

คู่มือแนวทางการจัดตั้ง และดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ





คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ

ISBN : 974-422-158-5

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กรกฎาคม 2548

จำนวนพิมพ์ : 2,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

คำปรารภ

โครงสร้างประชากรเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงในการกำหนดนโยบายสุขภาพและสังคมของประเทศ ในปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (population ageing) อัตราการเพิ่มของประชากรรวมอยู่ในระดับต่ำและมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ในขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุมีระดับสูงกว่าประชากรรวมและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต จากการศึกษาวิจัยสูงอายุมีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมกกว่าวัยอื่นถึง 4 เท่า มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และประสบปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญคือภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดและการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ใช้บริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความเท่าเทียม รวมถึงจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุและความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548 โดยให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในแต่ละระดับหน่วยบริการสุขภาพให้ได้อย่างน้อย 100 ในปี พ.ศ. 2549 เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างสะดวกรวดเร็วและมีคุณภาพ ดังนั้นกรมการแพทย์จึงได้จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุขึ้น ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการให้หน่วยบริการสุขภาพในแต่ละระดับได้เห็นเป็นรูปธรรมของการปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น โดยควรจะต้องเลือกปรับใช้ให้เหมาะสมกับศักยภาพ สถานการณ์ของแต่ละคลินิกผู้สูงอายุ และขอขอบคุณคณะทำงานผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ร่วมจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุฉบับนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



(นายแพทย์ชาติ บานชื่น)

อธิบดีกรมการแพทย์

28 มิถุนายน 2548

คำนำ

จากการที่ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ ทำให้อัตราพึ่งพิงประชากรของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาเรื่องของสุขภาพ จากความเสื่อมของร่างกายตามสภาพอายุ ตามสภาพโรคที่ป่วยอยู่ ดังนั้นการให้ความรู้ ข้อมูล คำแนะนำ ตลอดจนการดำเนินงานอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดการเจ็บป่วย ลดภาระโรค ลดการพึ่งพิง และสามารถดูแลตนเองได้ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีอายุยืนยาวขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมดังกล่าว

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะนำเสนอข้อมูลทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติแก่บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับชุมชน ในการให้คำแนะนำ คัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุ โดยมีมุ่งเน้นการนำเสนอแนวทางการดำเนินงานที่ได้รับการยอมรับจากนานาชาติประเทศมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ และให้ผลตอบแทนคุ้มค่า ซึ่งประกอบด้วยกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกผู้สูงอายุ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และการบำบัดรักษาโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จึงคาดหวังว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุตามความมุ่งหมาย อันจะส่งผลให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วกัน หากมีข้อเสนอแนะประการใดที่เห็นควรปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมโปรดแจ้งให้สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้ทราบ เพื่อที่จะนำไปพิจารณาใช้ปฏิบัติในโอกาสต่อไป

ดิฉันขอขอบคุณคณะทำงานทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าร่วมจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุฉบับนี้ จนมีประโยชน์ที่จะบังเกิดผลในทางปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



(แพทย์หญิงวารภรณ์ ภูมิสวัสดิ์)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

28 มิถุนายน 2548

คณะผู้พิมพ์

1. น.พ.บรรลุ ศิริพานิช ประธานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย
ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
2. น.พ.สถาพร ลีลานั้นทกิจ ที่ปรึกษาสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
3. พ.ญ.วิไล พัววิไล โรงพยาบาลราชวิถี
4. พ.ญ.สุตารัตน์ ต้นสุกสวัสดิกุล สถาบันโรคทรวงอก
5. พ.ญ.วัฒน์ยี เป็นจิตร โรงพยาบาลสงฆ์
6. พ.ญ.ไวยวรรณ ณะมัย โรงพยาบาลเลิดสิน
7. ผศ.พ.ญ.รวีวรรณ นิวัตพันธุ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8. น.พ.दनัยพันธ์ อัครสกุล โรงพยาบาลราชวิถี
9. พ.ญ.วรารณ ภูมิสวัสดิ์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
10. รศ.พ.ญ.วรพรรณ เสนาณรงค์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
11. น.พ.จรินทร์ อัครหาญฤทธิ์ สถาบันโรคทรวงอก
12. รศ.ประไพศรี ศิริจักรวาล สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
13. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
14. ผศ.ดร.กนกพร สุคำวัง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะผู้เชี่ยวชาญทบทวน

1. อ.พ.ญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. พ.ท.น.พ.เฉลิมชาติ วรรณพฤษช์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กองบรรณาธิการ

1. พ.ญ.วรารณ ภูมิสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
2. พ.ญ.พรเลขา บรรหารศุภวาท สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
3. นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
4. นางสาวจิตนภา วาณิชโรตม์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
5. นางสาวภัทรชนิตร หวังผล สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
6. นางสาวพวงงาม อุ่นมานิช สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
7. นางสาววิภาพรรณ สุวรรณะชฎ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
8. นางสาวสมฤดี หลั่นม่วง สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	8
บทนำ	11
กลยุทธ์เพื่อการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ	25
ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกผู้สูงอายุ	39
เกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุ	65
ภาคผนวก	80
กฎหมายและแผนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	81
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540	81
- ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542	81
- แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)	82
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548	86
การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ	87
โรคและภาวะต่างๆ ที่มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ	95
- โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน	95
- โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	109
- ผู้สูงอายุและความดันโลหิตสูง	124
- โรคเบาหวาน	141
- โรคกระดูกพรุน	151
- สุขภาพตาในผู้สูงอายุ	164
- ต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hypertrophy)	170
- มะเร็งต่อมลูกหมาก	185
- สมองเสื่อม (Dementia)	197
- ซึมเศร้า (Depression)	225
- เพ้อคลั่ง (Delirium)	237
- Sleep disorder ในผู้สูงอายุ	240
- ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุ	248
- แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่	251
- อาหารโภชนาการเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ	292
- หลักการให้ยาในผู้สูงอายุ	299
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	304
- แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	313
- คลินิกผู้สูงอายุในทันตะพยาบาล	319
- บทบาทนักสังคมสงเคราะห์กับคลินิกผู้สูงอายุ	325

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประชากรโลกในปัจจุบันและอนาคตจะเป็นโลกของผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรโลกจะมีอายุยืนยาวขึ้น และมีอัตราการเกิดลดน้อยลง ทำให้จำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันทั่วโลกพบว่ามีผู้สูงอายุประมาณ 600 ล้านคน (ผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า) แต่ในปี ค.ศ. 2025 จะเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคน หมายความว่าผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าเด็กและเยาวชนที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ในขณะที่สภาพปัญหาในอนาคตผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งมีแนวโน้มที่จะขาดการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับปัญหาการสูงอายุของประชากรในสังคม ในประเทศ

การที่ประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้นถือว่าเป็นความสำเร็จของการสาธารณสุข และเป็นผลของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม อย่างไรก็ตามประมาณการว่าประเทศที่กำลังพัฒนาจะได้รับผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งประเทศที่กำลังพัฒนาจะเป็นประเทศของผู้สูงอายุก่อนที่จะมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ในขณะที่ประเทศอุตสาหกรรมหรือประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีเศรษฐกิจดีแล้วค่อยมีการเพิ่มของผู้สูงอายุ

เนื่องจากสภาพร่างกายและความเสื่อมตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทุพพลภาพ เช่น ผู้ที่เป็นเส้นเลือดสมองตีบ แดก ตัน จากการไม่ได้ควบคุมความดันโลหิต จำเป็นต้องการผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนั้นจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาและทรัพยากร เพื่อให้มีการเตรียมการรับมือกับประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่วนสำคัญมากที่สุดก็คือการเตรียมความพร้อมของการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา เพื่อเน้นและให้ความสำคัญกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะโรคเรื้อรังแก่ผู้สูงอายุ การดำเนินงานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรคตั้งแต่ในชุมชน รวมถึงการบำบัดรักษาภายในหน่วยบริการจะสามารถลดภาวะโรคจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุได้ โรคเรื้อรังหลายโรคมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและมีผลกระทบต่ออายุไขของผู้สูงอายุ รวมถึงสภาวะเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในกรณีนี้สามารถป้องกันได้ อย่างไรก็ตามการให้ความสำคัญกับเรื่องของการป้องกันโรคในระดับบุคคล โดยการให้การศึกษาระดับบุคคลก่อนที่จะเกิดโรคจะสามารถเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี องค์การสหประชาชาติจึงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่ดีและมีความมั่นคง นั่นก็คือ Active Ageing ซึ่งจะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ประกอบด้วยประเด็นปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ สุขภาพร่างกาย ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน และการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการคัดกรองโรค จะสามารถทำให้ตรวจพบโรคได้ในระยะเริ่มแรก และสามารถที่จะบริหารจัดการได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับชุมชน ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิเหล่านี้ผู้สูงอายุสามารถที่จะเข้าถึงได้ จึงควรจัดให้มีการกระจายให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและสามารถให้บริการหรือมีการบริหารจัดการเรื่องของโรคและควบคุมโรคในผู้สูงอายุได้ ซึ่งถือเป็นแกนหลักสำคัญในระบบบริการสาธารณสุข และการแพทย์ หน่วยบริการปฐมภูมิถือเป็นด่านแรกและเป็นปราการด่านสำคัญ เนื่องจากสามารถมีความใกล้ชิดคุ้นเคยกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และญาติพี่น้องของผู้สูงอายุ การให้บริการอย่างสม่ำเสมอ การสามารถให้บริการออกไปในเชิงรุก และการสามารถให้การดูแลจะสามารถป้องกันโรค รวมถึงชะลอภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของโรคเรื้อรัง การจัดการกับปัญหาอุปสรรคของการเข้าถึงในหน่วยบริการของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาการเคลื่อนไหว การมองเห็น และการได้ยินที่เสื่อมสมรรถภาพลง ดังนั้น การสนับสนุนการบริการผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว มีความพึงพอใจต่อการรับบริการที่มีคุณภาพจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง

เป้าหมายการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรทั้งในเชิงรุกและเชิงรับดังนี้

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุคงความมีสุขภาพดี
2. สามารถค้นพบโรคทั้งทางกายและใจในระยะเริ่มแรก ให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา และฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม
3. ให้ผู้สูงอายุได้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีโรคเรื้อรัง
4. ให้การดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี

หลักการบริการผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ

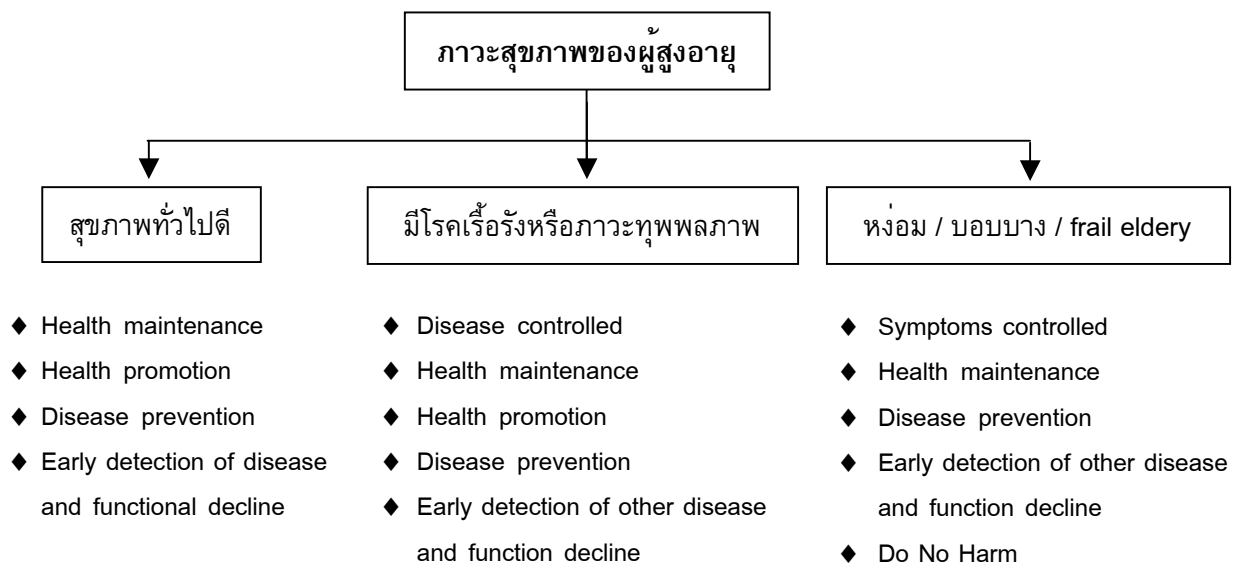
1. ข้อมูลข่าวสารการให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ การสื่อสาร และการฝึกอบรม ซึ่งรวมถึงการอบรมบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างเจตคติที่ดีในผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ และการเข้าถึงการสุขศึกษาในผู้สูงอายุ

2. หน่วยบริการ ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องมีกระบวนการปรับปรุงเพื่อตอบสนองความต้องการที่เป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลเครือข่ายทางด้านสาธารณสุขในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการลงบันทึกในเวชระเบียนอย่างเป็นระบบและเป็นปัจจุบันในแต่ละครั้งที่มาตรวจ มารับการรักษาบริการ

3. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความสะอาด ความสะดวก เท่าที่จะทำได้ เช่น ทางลาด แสงไฟให้สว่าง ห้องสุขาสำหรับผู้สูงอายุ

การดูแลให้คำแนะนำ และเน้นการมีส่วนร่วม ความร่วมมือของผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว ในการปรับพฤติกรรมและควบคุมโรคด้วยตัวเอง จะเป็นส่วนสำคัญที่จะสามารถชะลอหรือป้องกันความทุพพลภาพหรือความเสื่อมที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้เป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้มากกว่าที่จะต้องพึ่งพิงผู้อื่น สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ มากกว่าที่จะนั่งเฉย ซึมเศร้า และสามารถเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ มากกว่าที่จะแตกแยกจากครอบครัวหรือจากสังคมในชุมชน

การให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งเชิงรุกและเชิงรับตามภาวะสุขภาพ



การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุนั้นเราต้องศึกษาสถานการณ์ในปัจจุบัน เกี่ยวกับข้อมูลความเจ็บป่วย / การตาย / ภาวะโรค และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ (Situation analysis) รวมทั้ง ข้อมูลของบุคลากร ทีมงาน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวกับการให้บริการสนับสนุนในพื้นที่ แล้วนำมา วิเคราะห์และประเมินผล มีการพิจารณาสิ่งที่ได้ดำเนินงานไปในปีที่ผ่านมาโดยอาจเปรียบเทียบกับที่อื่นๆ ที่ทำได้ดีแล้ว แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน หรืออาจวิเคราะห์ส่วนต่างๆ ระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังว่ามีประเด็นใดที่ต้อง แก้ไขปัญหา หรือสามารถนำมาพัฒนาให้ดีขึ้นได้ เพิ่มความครอบคลุม เพิ่มกิจกรรม หาประเด็นมาพัฒนาคุณภาพงาน นำเสนอผลงานในหน่วยงาน โดยการมีส่วนร่วมของทีมงานมาร่วมสร้างวิสัยทัศน์หรือกลยุทธ์ใหม่ (Plan-Do-Check-Act) ให้ได้แนวคิด แนวร่วม สิ่งสนับสนุน กำลังใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ประคับประคองทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้ง มีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม ครอบคลุมแบบครบองค์รวม โดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง

บทนำ

สถานการณ์ สภาพปัญหา แนวทางการแพทย์และสาธารณสุข ของการศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุ ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

การเปลี่ยนแปลงของข้อมูลประชากรในศตวรรษที่ 21 แสดงให้เห็นชัดเจนถึงการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุ อันเป็นผลจากการลดลงของอัตราเกิด จากการลดลงของประชากรวัยหนุ่มสาว ร่วมกับพัฒนาการเทคโนโลยีทางการแพทย์ การรักษาโรค และการขจัดโรคติดต่อต่างๆ ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการและความสะอาดด้านสุขาภิบาลที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มมากขึ้นจากจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มีข้อสังเกตถึงลักษณะการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุคือ ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว การเพิ่มจำนวนประชากรจะเป็นลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเป็นไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในทวีปเอเชีย พบว่าประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะมีจำนวนการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุมากกว่าประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันตก และพบการเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ในกลุ่มประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอยู่ร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2513 คาดว่าจะเป็นร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2593 โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ในกลุ่มประชากรจำนวนทุก 7 คน จะพบผู้สูงอายุ 1 คน จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก พบประเด็นสาเหตุสำคัญและนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพคือ ปัญหาความยากจนและการมีรายได้น้อย ซึ่งส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง การรับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย และการรับบริการทางการแพทย์ลดลง มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในที่สุด ในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้น องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ประเทศบังคลาเทศ ภูฏาน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี เมียนมาร์ เนปาล และศรีลังกา เป็นกลุ่มประเทศรายได้น้อย (Low-income Countries) และประเทศอินโดนีเซีย มัลดีฟ และไทย เป็นประเทศรายได้น้อยระดับกลาง (Lower-middle Countries) นอกจากนี้ปัญหาความยากจนที่เป็นสาเหตุการเกิดปัญหาทางสุขภาพแล้ว ยังพบว่าปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการมีพัฒนาการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ส่งผลให้ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเปลี่ยนจากการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกประเทศในเขตภูมิภาคนี้ รวมทั้งประเทศไทย จะให้ความสนใจและให้การดูแลรักษา รวมทั้งจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้การช่วยเหลือกลุ่มประชากรผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

การศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุของประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 10 ประเทศ ที่เป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ บังคลาเทศ ภูฏาน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี อินเดีย อินโดนีเซีย มัลดีฟ เมียนมาร์ เนปาล ศรีลังกา และไทย โดย วิภาดา คุณาวิฑิตกุล และคณะ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภายใต้การสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก สำนักงานเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2004 พบข้อมูลที่นำเสนอจะนำไปสู่การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุได้ดังนี้

จำนวนประชากรผู้สูงอายุและการคาดการณ์

จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนประชากรในปี ค.ศ. 2001 และการคาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุในปี ค.ศ. 2011 ของประเทศในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ยกเว้นประเทศภูฏาน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี และเมียนมาร์ พบว่าทุกประเทศมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในประเทศอินเดียประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากที่สุด ส่วนใหญ่รวมทั้งประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีมากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามยังพบการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุเพศชายในอีกหลายประเทศที่จำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงใกล้เคียงกับจำนวนผู้สูงอายุเพศชาย ดังนั้นการวางแผนสำหรับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุในกลุ่มประชากรทั้ง 2 เพศจึงควรมีความสำคัญเท่าเทียมกัน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรผู้สูงอายุในปี ค.ศ. 2001 และจำนวนคาดการณ์ในปี ค.ศ. 2011

Projected Ageing Population in South East Asia Region

Country	2001 (Pop. In Thousand)				2011 (Pop. In Thousand)			
	Total Pop.	Ageing Pop.	Male	Female	Total Pop.	Ageing Pop.	Male	Female
Bangladesh	123,151	6,699	3,501	3,198	144,201	9,422	4,833	4,589
Bhutan	692	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
DPR Korea	22,837	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
India	1,027,015	70,931	36,387	34,544	1,184,393	96,369	49,079	47,829
Indonesia	195,283 (1995)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Maldives	270	16	9	7	318	33.1	16.8	16.3
Myanmar	51,137	4,082	1,862	2,219	NA	NA	NA	NA
Nepal	23,453	1,347	652	695	29,234	1,890	922	968
Sri Lanka	19,177	1,917	952	965	21,208	2,735	1,412	1,412
Thailand	62,408	5,733	2,637	3,096	67,234	7,639	3,477	4,162

ที่มา : World Health Organization. (2004). Health of the Elderly in South-East Asia : A Profile. p.16.

นอกจากนี้ในการศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มยังพบว่า อายุขัยเฉลี่ยของประชากรผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นในทุกประเทศด้วย โดยในประเทศบังคลาเทศพบว่า อายุขัยเฉลี่ยของผู้สูงอายุเพศชายเป็น 58.4 ปี ในปี ค.ศ. 2000 โดยเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 1990 ที่ผู้สูงอายุเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 56.5 ปี ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 58.1 ปี ในปี ค.ศ. 2000 จากเดิมปี ค.ศ. 1990 มีอายุขัยเฉลี่ย 55.7 ปี สำหรับประเทศอินเดียผู้สูงอายุเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 64.0 ปี ในปี ค.ศ. 2000 จากเดิมปี ค.ศ. 1990 มีอายุขัยเฉลี่ย 58.1 ปี โดยคาดว่าอายุขัยเฉลี่ยผู้สูงอายุเพศชายจะเพิ่มขึ้นเป็น 69.9 ปี ในปี ค.ศ. 2010 ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 65.4 ปี ในปี ค.ศ. 2000 จากเดิมปี ค.ศ. 1990 มีอายุขัยเฉลี่ย 59.1 ปี และคาดว่าผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 68.8 ปี ในปี ค.ศ. 2010 สำหรับประเทศไทยอายุขัยเฉลี่ยของผู้สูงอายุเพศชายจาก 66.48 ปี ในปี ค.ศ. 1995 เป็น 67.36 ปี ในปี ค.ศ. 2000 ขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 67.37 ปี จากปี ค.ศ. 1995 เป็น 71.04 ปี ในปี ค.ศ. 2000

จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุและจำนวนอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มมากขึ้นดังกล่าว ยังพบว่าอัตราการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุต่อคนวัยทำงาน (Dependency Ratio) ได้เพิ่มขึ้นในทุกประเทศของภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะในประเทศศรีลังกาและไทยที่มีการเพิ่มอัตราการพึ่งพิงอย่างรวดเร็ว โดยพบประเทศศรีลังกาในอัตรา 15.3 ในปี ค.ศ. 2000 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 17.2, 20.1 และ 23.8 ในปี ค.ศ. 2005, ค.ศ. 2010 และปี ค.ศ. 2015 ตามลำดับ ส่วนในประเทศไทยอัตราการพึ่งพิงในปี ค.ศ. 2000 คือ 14.3 จะเพิ่มเป็น 17.6 ในปี ค.ศ. 2010 และ 24.6 ในปี ค.ศ. 2020

การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ

ด้วยความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชากรในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในช่วงที่ผ่านมา มีผลให้ประชากรผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงและมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพมากมายที่ควรให้ความสนใจและหาแนวทางแก้ไข โดยพฤติกรรมเสี่ยงของประชากรผู้สูงอายุในประเทศบังคลาเทศ อินเดีย และไทย เรียงตามลำดับ 1-5 พบว่า ทั้ง 3 ประเทศ มีพฤติกรรมเสี่ยงของประชากรผู้สูงอายุคล้ายคลึงกัน ซึ่งควรให้ความสนใจเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา

ตารางที่ 2 แสดงลำดับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุของประเทศบังคลาเทศ อินเดีย และไทย

ลำดับที่	บังคลาเทศ	อินเดีย	ไทย
1	การสูบบุหรี่	การเคี้ยวยาสูบ	การสูบบุหรี่
2	สุขนิสัยการรับประทานอาหาร	การสูบบุหรี่	การดื่มสุรา
3	ขาดการออกกำลังกาย	การดื่มสุรา	สารเสพติด
4	การดื่มสุรา	สุขนิสัยการรับประทานอาหาร	สุขนิสัยการรับประทานอาหาร
5	สารเสพติด	ขาดการออกกำลังกาย	ขาดการออกกำลังกาย

ที่มา : World Health Organization. (2004). Health of the Elderly in South-East Asia : A Profile. p. 57-58.

ปัญหาสุขภาพ

จากข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่เป็นแบบโรคเรื้อรัง (โรคไม่ติดต่อ) ยกเว้นในประเทศเมียนมาร์ที่พบมาลาเรียเป็นปัญหาสุขภาพในลำดับแรกของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 แสดงลำดับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุของประเทศบังคลาเทศ อินเดีย เมียนมาร์ และศรีลังกา ในปี ค.ศ. 2000

บังคลาเทศ	อินเดีย	เมียนมาร์	ศรีลังกา (2002)
PU	Hypertension	Malaria	Joint pain
Fever (Cold & cough)	DM	Cataract	Hypertension
Arthritis	Coronary artery Disease	Hypertension	Asthma / Dyspnea
Asthma	Arthritis	Diarrhea / Gastroenteritis	DM
Senility	PU	TB	HD
Hypertension	Asthma / COPD	Resp. disease	Fracture
DM	Prostate gl.	Ischemic HD	Mental Illness
Waist pain	CA	Heart failure / PU	CA
Constant pain	CVA	COPD / Asthma	Other

ที่มา : World Health Organization. (2004). Health of the Elderly in South-East Asia : A Profile. p. 25-29.

สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจข้อมูลพบว่า อาการปวดเมื่อยบริเวณส่วนหลังและเอว อาการปวดข้อ ข้ออักเสบ การมีแผลในทางเดินอาหาร ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ต้อกระจก เบาหวาน และโรคไต เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้มากในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุเกิดจากหลายสาเหตุ จากการสำรวจพบปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การศึกษา เพศ ปัจจัยทางสังคม การมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งนี้ในประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประชากรผู้สูงอายุมิรายได้น้อย และเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากความยากจนถือเป็นอุปสรรคสำคัญในการป้องกันภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ จากข้อมูลพบรายได้ต่อประชากรประเทศ (GNP per Capita) ของประเทศอินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และไทย ซึ่งเป็นกลุ่มรายได้น้อยระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 766-3,055 US Dollar ในขณะที่ประเทศบังคลาเทศ ภูฏาน อินเดีย สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี เมียนมาร์ เนปาล และศรีลังกา ซึ่งเป็นกลุ่มประเทศรายได้น้อย มีรายได้ต่อประชากรของประเทศน้อยกว่า 766 US Dollar ข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นหลักฐานสำคัญที่ต้องคำนึงถึง ในการให้บริการทางด้านสุขภาพ

ในส่วนปัจจัยทางด้านการศึกษา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากการศึกษาช่วยให้บุคคลได้รับทราบและเข้าใจข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ โดยการศึกษา มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติที่มีผลต่อภาวะสุขภาพในระยะยาว พบว่าในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ประชาชนที่มีการศึกษาจะสามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพ และพบว่าได้มีการจัดการศึกษาในระบบสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้นในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามจากข้อมูลทางการศึกษาพบประชากรสูงอายุในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา โดยเฉพาะในประเทศบังคลาเทศ และอินเดีย ประชากรสูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา

ปัจจัยทางเพศเป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ พบว่าอัตราการเกิดปัญหาทางสุขภาพและการเกิดโรคในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายของประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นในการจัดตั้งคลินิกให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงควรคำนึงถึงการบริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุชาย

ปัจจัยทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน เนื่องจากช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับจากสังคม มีความเชื่อมั่น และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษารายชื่อพบว่ามีประชากรผู้สูงอายุของประเทศบังคลาเทศมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชน ในขณะที่ผู้สูงอายุประเทศอินเดียและไทยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนนโยบายทางการเมือง การร่วมกิจกรรมหารายได้ กิจกรรมทางสุขภาพ และกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ สำหรับประเทศภูฏาน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ เมียนมาร์ เนปาล และศรีลังกา ยังไม่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านนี้ชัดเจน

การบริการและสวัสดิการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ

การจัดบริการและสวัสดิการต่างๆ ของประเทศในกลุ่มภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่สามารถนำมาพิจารณาประกอบการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุนั้น ประกอบด้วยข้อมูลความเคลื่อนไหวด้านนโยบาย การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าประเทศในกลุ่มภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ส่วนใหญ่มีนโยบายในระดับชาติที่ชัดเจน ยกเว้นประเทศภูฏาน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี เมียนมาร์ และเนปาล โดยรายละเอียดข้อมูลแต่ละส่วนจำแนกได้ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. **ด้านนโยบายของชาติ** ประเทศต่างๆ มีการกำหนดนโยบายของชาติในลักษณะที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันไป ในประเทศบังคลาเทศพบว่า มีการกำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นประชาชนอาวุโสของประเทศ (To declare elder persons as senior citizen) กำหนดสวัสดิการด้านการรักษาดูแลและการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศอินเดียมีการกำหนดนโยบายสวัสดิการด้านการเงิน การบริการด้านสุขภาพ สวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ สวัสดิการสังคม การให้ความรู้และการศึกษาแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ดูแลด้วย ส่วนประเทศอินโดนีเซียมีการกำหนดนโยบายของชาติ โดยเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพสวัสดิการด้านสุขภาพสังคม สำหรับประชากรผู้สูงอายุของประเทศ ในขณะที่ประเทศศรีลังกาได้กำหนดนโยบายส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ การดูแล และการส่งเสริมความมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ และประเทศมัลดีฟมีการกำหนดนโยบายชาติในการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปีลงไปให้เหลือร้อยละ 50 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แล้ว จะเห็นว่านโยบายดังกล่าว จะส่งผลให้มัลดีฟมีประชากรสูงอายุที่มีคุณภาพได้ในอนาคต นอกจากนี้ประเทศมัลดีฟยังมีนโยบายส่งเสริมความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในผู้สูงอายุไปพร้อมกันด้วย

สำหรับประเทศไทยได้มีการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ปฏิญญาผู้สูงอายุ และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ทั้งนี้มุ่งเน้นกลยุทธ์การดูแลเพื่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ยังได้บัญญัติเกี่ยวกับการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 54 และมาตรา 80 อีกด้วย

2. **ด้านการบริการทางสุขภาพ** จากการศึกษพบว่า ประเทศกลุ่มภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งดำเนินการทั้งโดยหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ซึ่งจำแนกประเภทการบริการและจำนวนของสถานบริการของประเทศต่างๆ ไว้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงประเภท จำนวนสถานบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ บังคลาเทศ อินเดีย และไทย

setting	Bangladesh	India	Thailand
Geriatric Hosp.	1 (NGO)	1 (Private) 1 (Lions Club)	- -
Geriatric Ward	-	3 (Gov.)	-
Home for the Aged	-	-	16 (Gov.)
Geriatric Clinic	45 (NGO)	7 (Gov.) 10 (Private) 1 (Lions Club)	-
Respite Center	1 (NGO)	-	-
Nursing Home	-	Many	13 (Private)
Day Care Center	-	425 (Gov. & NGO)	13 (Gov.)
Senior Citizen Club	-	-	3,487 (NGO)
Health Promotion Center	-	3 (Gov. & NGO)	

ที่มา : World Health Organization. (2004). Health of the Elderly in South-East Asia : A Profile. p. 66.

3. ด้านสวัสดิการสังคม จากการศึกษาข้อมูลพบว่า ประเทศกลุ่มภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ส่วนใหญ่มีการจัดสวัสดิการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยในประเทศบังคลาเทศมีการจัดสวัสดิการด้านการเงินเป็นจำนวนคนละ 100 Takas ต่อเดือน ให้แก่ผู้สูงอายุในเขตที่ได้รับการคัดเลือกจำนวน 10 คน แยกเป็นผู้สูงอายุชาย 5 คน ผู้สูงอายุหญิง 5 คน และได้มีองค์กรทั้งของรัฐบาลและเอกชน ให้การสนับสนุนด้านอาหารและสวัสดิการความสะอาดอื่นๆ แก่ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราด้วย ในประเทศอินเดียซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นประเทศที่มีสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุของประเทศค่อนข้างมาก โดยผู้สูงอายุของอินเดียจะได้รับสวัสดิการส่วนลดร้อยละ 50 ในการโดยสารรถประจำทาง มีการจัดสวัสดิการจำนวน 75 Rupees ต่อเดือน สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ มีสวัสดิการด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จัด wheel chairs ไว้บริการตามสถานีรถไฟและสถานที่จอดรถโดยสารประจำทาง มีการจัดสวัสดิการด้านเสื้อผ้าสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และกำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิเป็นอันดับแรกในการชำระค่าไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์ และการรับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับประเทศเนปาล แม้จะไม่มีนโยบายด้านผู้สูงอายุระดับชาติที่ชัดเจน แต่พบว่าผู้สูงอายุชาวเนปาลจะได้รับการลดค่าโดยสารร้อยละ 25 และผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป จะได้รับเงินสวัสดิการช่วยเหลือจำนวน 150 Rupees ต่อเดือน และมีสวัสดิการเงินช่วยเหลือจำนวน 701 Rupees ต่อเดือน สำหรับผู้สูงอายุสตรีที่เป็นหม้าย และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอกจากนี้องค์กรของรัฐและเอกชนในประเทศเนปาลยังให้การสนับสนุนด้านอาหารและสวัสดิการอื่นๆ ในบ้านพักคนชราอีกด้วย ในส่วนของประเทศไทยได้มีการกำหนดสวัสดิการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุไว้ชัดเจน โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับส่วนลดร้อยละ 50 ในการเดินทางโดยรถไฟโดยสารชั้น 3 ในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายนของทุกปี และมีการจัดสรรเงินสวัสดิการจำนวน 300 บาทต่อเดือนแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนด้วย

สำหรับประเทศภูฏาน อินโดนีเซีย และเมียนมาร์ ยังไม่มีการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุมีเพียงการยกเว้นและการลดหย่อนค่าภาษี ส่วนประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลีจะมีการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุเฉพาะเมื่อเกิดเหตุวิกฤต เช่น น้ำท่วม หรือแผ่นดินไหวเท่านั้น

4. ความต้องการการบริการทางสุขภาพผู้สูงอายุ จากการศึกษาข้อมูลด้านความต้องการการบริการทางสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในภาพรวมของประเทศในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และความต้องการของประเทศไทยโดยเฉพาะ มีดังต่อไปนี้

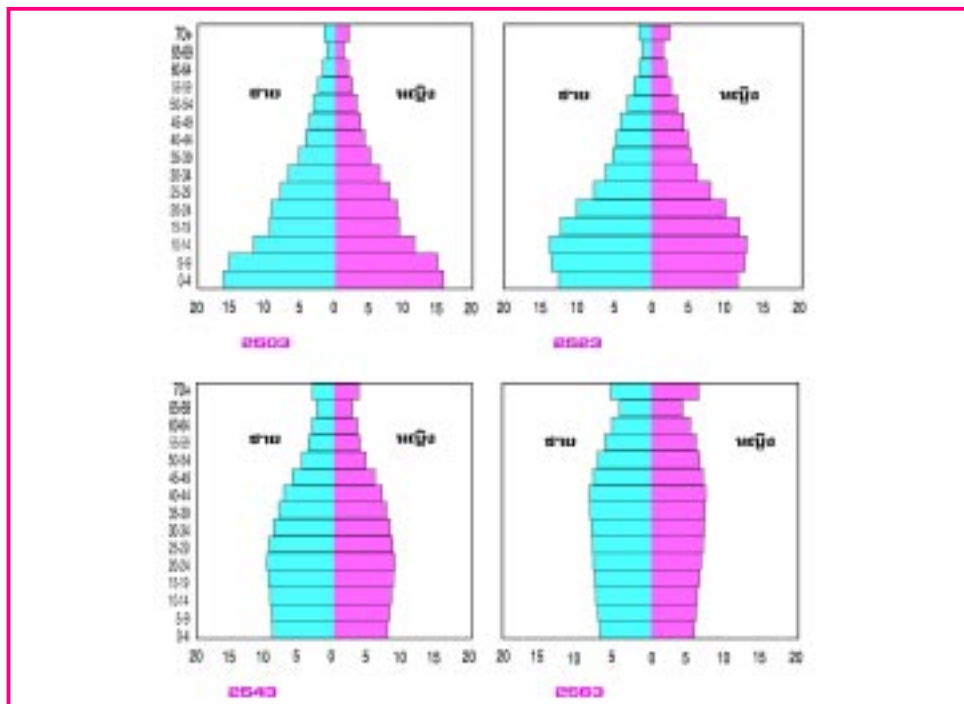
4.1 ความต้องการในภาพรวมของภูมิภาคฯ ประกอบด้วย ความต้องการสวัสดิการด้านการดูแลสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม สวัสดิการด้านการรักษา และสวัสดิการด้านอุปสรรคทางการแพทย์ ความต้องการการกำหนดนโยบายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ความต้องการโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันความเจ็บป่วยสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ความต้องการการดูแลปกป้องผู้สูงอายุจากการถูกทารุณกรรม ความต้องการให้มีบุคลากรที่มสุขภาพเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ ความต้องการสวัสดิการการตรวจรักษาเคลื่อนที่ และความต้องการให้มีทีมที่ปรึกษาแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่เกษียณอายุการทำงาน

4.2 ความต้องการเฉพาะของประเทศไทย ได้แก่ ความต้องการการพัฒนาและสนับสนุนระบบการดูแลและบริการผู้สูงอายุที่บ้าน การสนับสนุนส่งเสริมการมีรายได้สำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการดูแลปฐมภูมิโดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ความต้องการพัฒนาระบบการดูแลและสนองต่อที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรประสานงานระหว่างบุคลากรที่ให้บริการทางสุขภาพและบุคลากรที่ให้บริการทางสังคม และความต้องการพัฒนาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัคร ระบบครอบครัว และประชาชน

ความท้าทายสู่การจัดคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ช่วงต้น จะพบว่าประเทศต่างๆ ในภูมิภาคนี้ส่วนใหญ่ยังไม่มีบริการคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จึงเป็นความท้าทายสำหรับบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่จะหาแนวทางและร่วมมือกันผลักดันให้เกิดนโยบายดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุได้เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพทุกระดับและทุกแห่งของประเทศโดยเร็ว โดยเฉพาะในประเทศไทยซึ่งปัจจุบันมีปัจจัยที่ส่งเสริมหลายประการทั้งด้านบุคคล สถานที่ และระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างทั่วถึง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ภาวะประชากรสูงอายุเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีการลดลงของอัตราการเกิดและอัตราการตาย การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสามารถแสดงให้เห็นโดยง่ายจากการเปลี่ยนแปลงของลักษณะปิรามิดของประชากร (Population pyramid) ในระยะเวลาต่างๆ โดยจากลักษณะโครงสร้างที่มีรูปร่างปิรามิดชัดเจนในปี พ.ศ. 2503 ไปเป็นลักษณะระฆังคว่ำในปี พ.ศ. 2543 และรูปแจกันในปี พ.ศ. 2563 ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2503, 2523, 2543 และ 2563

ประเทศไทยจัดเป็นประเทศรายได้ต่ำระดับกลาง (Lower-middle countries) มีการพัฒนาทางการแพทย์ การสาธารณสุข การป้องกันควบคุมโรค และการรักษาโรค รวมถึงการควบคุมโรคติดต่อต่างๆ ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่อัตราการเกิดชะลอตัวลง ทำให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้จะพบว่าผู้สูงอายุหญิงมีมากกว่าผู้สูงอายุชายในอัตราส่วนประมาณ 1 ต่อ 1.23 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ทั้งในและนอกเขตเทศบาล เนื่องจากผู้หญิงมีชีวิตยืนยาวมากกว่าผู้ชาย

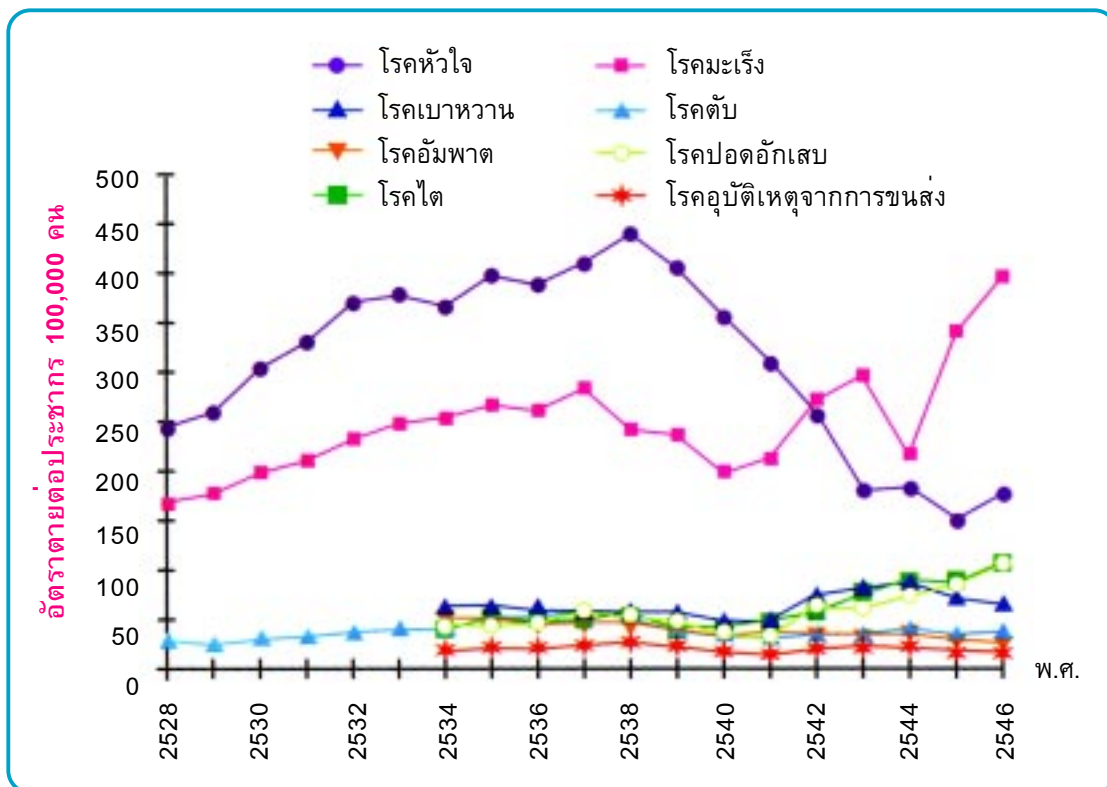
จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเปรียบเทียบกับอายุคาดเฉลี่ยที่จะมีสุขภาพดีมีความแตกต่างกัน 8-10 ปี โดยอายุคาดเฉลี่ยที่จะมีสุขภาพดีของชายไทยเท่ากับ 8.4 ปี และหญิงไทยเท่ากับ 10-12 ปี ดังนั้นประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมต้องให้ความสำคัญสนใจศึกษา เตรียมการ วางแผน และดำเนินการ

สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถประเมินได้โดยตรงกับผู้สูงอายุในแต่ละราย เช่น การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การใช้เครื่องมือในการสืบค้น เพื่อประเมินการสืบค้น และตรวจโรคจากรายงานขององค์การอนามัยโลก สำนักงานภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ ซึ่งรายงานโดยผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่ประเมินโดยตัวผู้สูงอายุเองมีแนวโน้มว่าจะมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น

ในการสำรวจหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพโดยผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบและประเมินตนเอง พบปัญหาสุขภาพจากมากไปน้อยดังนี้ โรคข้อเจ็บปวดตามข้อ 74.6 นอนไม่หลับ 58.8 เป็นลม 45.6 ท้องผูก 39.9 ความดันโลหิตสูง 10.8 ริดสีดวงทวาร 10.1 โรคหัวใจ 7.1 โรคเบาหวาน 2.2

จากข้อมูลของการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547 พบว่าสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน โรคตับ โรคไต อัมพาต ปอดอักเสบ และอุบัติเหตุ โดยโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับต้นๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง เป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุไทยด้วยโรคมะเร็งมีอัตราเพิ่มขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกลับมีอัตราลดลง โดยพบผู้สูงอายุมีอัตราเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นจาก 169.1 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2528 เป็น 399.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2546 และพบผู้สูงอายุมีอัตราเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงจาก 245 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2528 เป็น 175 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2546 นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานและโรคไตเพิ่มขึ้นด้วยดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงลำดับของโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุไทยต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2528-2546

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2545 พบว่า โรคหรืออาการของโรคที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกันมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง ปวดข้อ นอนไม่หลับ เวียนศีรษะ โรคเกี่ยวกับตา ความจำเสื่อม และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ โดยพบว่าโรคหรืออาการของโรคต่างๆ เหล่านี้พบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการเป็นโรคหรืออาการของโรคมากกว่าผู้สูงอายุชาย นอกจากนี้ยังพบว่า โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มอาการสมองเสื่อม เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท จากรายงานสุขภาพโลกโดยประมาณการว่า ในปี พ.ศ. 2543 โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตาย 7.1 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด อีกทั้งยังทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพที่ไม่ทำให้เสียชีวิตด้วย ส่วนกลุ่มอาการสมองเสื่อมพบว่าในปัจจุบันมีความชุกประมาณร้อยละ 3.04 และคาดว่าในอนาคตในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อมร้อยละ 3.4 ในจำนวนนี้จะเป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชายประมาณ 2 เท่า และยังพบว่าความชุกของโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นด้วย

และจากการศึกษา Disability Adjusted Life Years (DALYs) ของประเทศไทย ยืนยันชัดเจนว่าโรคที่เป็นปัญหาของประชากรสูงอายุในประเทศไทยคือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง โดยมีลักษณะไม่แตกต่างไปจากรายงานของประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ภาวะซึมเศร้า และการหกล้ม เป็นต้น (ตารางที่ 5) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นเท่าใดก็จะมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้นเท่านั้น โดยพบในผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 83.3 นอกเหนือจากโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่จากสาเหตุต่างๆ ในแต่ละเดือนถึงร้อยละ 43.6 โดยพบมากในผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท โรคหรือสาเหตุการเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะเป็นโรคไม่ร้ายแรง เช่น ไขหวัดหรือปวดข้อ

ตารางที่ 5 ความชุกของโรคและปัญหาสำคัญที่เป็นเหตุของการเจ็บป่วยในประชากรสูงอายุไทย

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะสั้น		การเจ็บป่วยเรื้อรัง	
ชนิด	ร้อยละ	ชนิด	ร้อยละ
ไขหวัด	24	โรคข้อเสื่อม-ปวดข้อเรื้อรัง	55-70
ปวดศีรษะ	12	ปวดหลังเรื้อรัง	50-55
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	โรคตา	40-45	
ปวดหลัง-เอว	7	นอนไม่หลับ	30-45
ปวดข้อต่างๆ	6	โรคความดันโลหิตสูง	20-30
มีนงง	5	ท้องผูก	20-25
เป็นลม	4	หูตึง	21
ปวดท้อง-จุกเสียด	4	หกล้ม	20
ไข้จากสาเหตุอื่นๆ	4	อาการซึมเศร้า	20
ท้องเสีย	2	โคเลสเตอรอลสูง	15-20
ไอ	2	กลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นประจำ	12-16
อ่อนเพลีย	2	โรคเบาหวาน	8-12
โรคกระเพาะอาหาร	โรคหัวใจอื่นๆ	4-6	
ความดันโลหิตสูง	2	โรคหลอดเลือดสมอง	3-7
หอบหืด	1-2	โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง	4-5
โรคเบาหวาน	1	กลุ่มอาการสมองเสื่อม	3-4
		โรคหลอดเลือดหัวใจ	2-3
		โรคต่อมลูกหมากโต	1-2
		ตาบอด	1
		หูหนวก	0.7
		มะเร็ง	0.5

จากการศึกษาระดับประเทศในกลุ่มประชากรสูงอายุ พบมีผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คน มีปัญหาสุขภาพที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่เคยทำได้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 18.9 มีปัญหาเช่นนี้มานานกว่า 6 เดือน (ประมาณ 1 ใน 5 คน) และถือว่ามีปัญหาภาวะทุพพลภาพระยะยาว ประการสำคัญมีผู้สูงอายุในประเทศไทยถึงร้อยละ 1.6 ที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้องใดโดยลำพัง และอีกร้อยละ 3.1 ที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้อย่างอิสระ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพระยะยาวในประชากรสูงอายุ

ระดับความรุนแรง	ลักษณะในการจำแนก	ร้อยละของประชากรทั้งหมด	ร้อยละของประชากรที่ทุพพลภาพ
ไม่มี	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ	81	-
น้อย	สามารถเคลื่อนที่นอกที่พักอาศัย	14.2	70.9
ปานกลาง	ไม่สามารถเคลื่อนที่นอกที่พักอาศัย แต่ยังสามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้องที่อยู่ได้	3.1	16.4
รุนแรง	ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือในห้อง แต่นั่งได้	0.7	3.8
รุนแรงมาก	ต้องนอนตลอดเวลาและต้องการการดูแลอย่างมาก	0.9	4.9

ประมาณร้อยละ 1.7-2.1 ของผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมาก โดยมีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) น้อยกว่า 12 คะแนน ซึ่งแสดงว่าจำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลช่วยเหลืออยู่เป็นประจำหรือตลอดเวลา สาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพระดับนี้คือ โรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันในอัตราค่อนข้างสูง (ตารางที่ 7) โดยเฉพาะกิจวัตรและกิจกรรมที่ต้องใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในชุมชน (Instrumental activity of daily living) เช่น การเดินทาง / ใช้ขนส่งสาธารณะ การใช้โทรศัพท์ และการประกอบอาหาร เป็นต้น ประการสำคัญมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 6.9 ที่ต้องพึ่งพาในกิจกรรมดูแลส่วนตัวอย่างน้อยหนึ่งอย่าง กิจกรรมเหล่านี้คือ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การสวมใส่เสื้อผ้า การเข้าใช้ห้องสุขา และการอาบน้ำ

ตารางที่ 7 อัตราความชุกของภาวะพึ่งพาในกิจวัตรต่างๆ

กิจวัตร	ความชุก (ร้อยละ)	95% confidence interval
การรับประทานอาหาร	2.4	1.9 - 2.9
การทำความสะอาดใบหน้า	2.5	2.0 - 3.0
การสวมใส่เสื้อผ้า	3.4	2.8 - 4.0
การอาบน้ำ	3.7	3.1 - 4.3
การเข้าใช้ห้องสุขา	4.4	3.8 - 5.0
การเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง	4.5	3.8 - 5.0
การเดินภายในห้อง/บ้าน	8.0	7.2 - 8.8
การเดินภายนอกบริเวณบ้าน	11.5	10.5 - 12.5
การทอนเงิน	18.0	16.8 - 19.2
การขึ้นบันได	22.7	21.4 - 24.0
การทำงานบ้าน	37.9	36.4 - 39.4
การทำครัว / ประกอบอาหาร	45.8	44.3 - 47.3
การเดินทาง / ใช้ขนส่งสาธารณะ	45.6	44.1 - 47.1
การกลืนออกจากระ	5.0	4.3 - 5.7
การกลืนปัสสาวะ	14.0	12.9 - 15.1

ภาวะทุพพลภาพระยะยาวและภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุไทย เป็นปัญหาที่พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุในเขตเมือง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ และผู้สูงอายุที่มีฐานะการเงินขัดสน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ และภาวะทุพพลภาพที่เป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพ

ผู้สูงอายุชายมีภาวะทุพโภชนาการ (ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ประมาณร้อยละ 13-27.8, 6.8-38.7 และ 28-38.9 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะทุพโภชนาการประมาณร้อยละ 5-24.5, 10.9-39.1 และ 29.2-53.6 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ นั่นคือผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการ ผู้สูงอายุในประเทศไทยร้อยละ 16 รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ และมีถึง 1 ใน 3 ที่รับประทานอาหารคนเดียวเป็นประจำ ผู้สูงอายุไทยจำนวนมากรับประทานผักผลไม้ไม่พอที่ควรจะเป็น โดยมีผู้สูงอายุที่รับประทานผักทุกวันหรือเกือบทุกวันเพียงร้อยละ 76 เท่านั้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุไทยจำนวนไม่น้อยที่ยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 27) และดื่มสุรา (ร้อยละ 23) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุชาย จะเห็นได้ว่าภาวะทุพโภชนาการ และการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพยังเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกภูมิภาค สำนักงานเอเชียอาคเนย์เองพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่สูงสุดของผู้สูงอายุในประเทศไทยคือเรื่องของการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าการดื่มสุรา โดยผู้สูงอายุชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรามากกว่าผู้สูงอายุหญิง และพบว่าผู้สูงอายุชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าการดื่มสุรา แต่ผู้สูงอายุหญิงมีพฤติกรรมการดื่มสุรามากกว่าการสูบบุหรี่ (ตารางที่ 8 และ 9) โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำลดลงจากร้อยละ 23.3 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 21.1 ในปี พ.ศ. 2544 แต่ในปี พ.ศ. 2546 ผู้สูงอายุไทยกลับมีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.5 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่จะมีอัตราการดื่มสุราเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2539 ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการดื่มสุราร้อยละ 20.4 ในปี พ.ศ. 2544 มีอัตราการดื่มสุราลดลงเพียงเล็กน้อยคือเป็นร้อยละ 20.0 และในปี พ.ศ. 2546 มีอัตราการดื่มสุราเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.2

ตารางที่ 8 แสดงอัตราการร้อยละของประชากรสูงอายุที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546

อัตราการร้อยละของประชากรสูงอายุที่สูบบุหรี่เป็นประจำ	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2546
ชาย	45.1	40.9	43.3
หญิง	4.8	4.3	4.6
รวม	23.3	21.1	21.5

- ที่มา :**
1. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร ปี พ.ศ. 2542 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
 2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร ปี พ.ศ. 2544 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
 3. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2546 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ตารางที่ 9 แสดงอัตราการย่อยละของประชากรสูงอายุที่ดื่มสุรา จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546

อัตราการย่อยละของประชากรสูงอายุที่ดื่มสุรา	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2546
ชาย	36.8	37.0	41.9
หญิง	6.3	5.7	8.6
รวม	20.4	20.0	23.2

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สภาวะสุขภาพหรือสถานภาพเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นผลสืบเนื่องจากพฤติกรรมและภาวะสุขภาพโรคของผู้คนตั้งแต่วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว และเมื่อเติบโตขึ้น ดังนั้นการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพร่างกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อมีโรค จึงเป็นเรื่องที่สำคัญและต้องเน้นให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความเสี่ยงนั้นร่วมมือดำเนินการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาและการฟื้นฟู

อย่างไรก็ตามบุคลากรสาธารณสุขจะต้องตระหนักในเรื่องปัญหาของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุว่ามีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่น โดยเฉพาะในกรณีของโรคติดเชื้อ ผู้สูงอายุอาจมาด้วยอาการไม่มีไข้ หรือผู้ป่วยสูงอายุที่ซึมเศร้าอาจจะไม่มีอาการชัดเจน ซึ่งพบได้บ่อยนั้นคือผู้ป่วยสูงอายุมักจะรู้สึกว่าคุณเองไม่มีค่าหรือรู้สึกผิดเมื่อเป็นโรคซึมเศร้า โดยทั่วๆ ไปอาการในผู้สูงอายุรวมถึงเรื่องการรับรู้เรื่องของความปวดจะน้อยกว่า และก็มีความจำเพาะน้อยกว่าในผู้ป่วยอายุน้อยด้วย จึงส่งผลให้การวินิจฉัยโรคเป็นไปได้ยาก ลำบาก อาการและอาการแสดงมีการซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคลากรสาธารณสุขอาจจะมองข้าม ละเลย หรือไม่ได้ให้ความสำคัญ นอกจากนี้ยังมีปัญหาอุปสรรคของผู้สูงอายุในการเดินทางไปยังหน่วยบริการ เนื่องจากผู้สูงอายุ / หูตาไม่ดี เคลื่อนไหวด้วยตัวเองไม่ได้ดี จำเป็นต้องการมีคนดูแล หรือบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล ขาดองค์ความรู้เรื่องของการดูแลรักษาผู้สูงอายุ การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ และค่าบริการ ค่ายา หรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าในกลุ่มอื่นทั้งหมดนี้จะทำให้เกิดสิ่งแวดลอมที่ไม่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการมารับบริการหรือการกลับมารับบริการอีกของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผลการรักษาด้วย การขจัดอุปสรรคโดยการสนับสนุนการสื่อสารสองทางระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ให้บริการ และการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ จึงเป็นส่วนที่มีความสำคัญในการพัฒนา และเกิดการปรับปรุงในระบบการให้บริการ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้มีการสำรวจ ประเมิน และสรุปเพื่อให้เป็นหลักการในการให้บริการผู้สูงอายุที่ดีไว้ดังต่อไปนี้

1. ทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดหรือซักถามในเรื่องสภาพปัญหาทางสุขภาพซึ่งบุคลากรสาธารณสุขหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทยมองข้ามหรือละเลยไป ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุต้องมารอที่แผนกผู้ป่วยนอกหลายชั่วโมง บางครั้งถึง 5-6 ชั่วโมง เพื่อจะพบแพทย์ไม่กี่นาที ไม่มีการซักถามประเด็นปัญหาหรือความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนั้นสถานบริการสุขภาพต้องให้มีการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุ ต้องให้การรักษาที่เท่าเทียม และถ้าเป็นไปได้ขอให้เอื้อต่อผู้สูงอายุให้มากที่สุด เพื่อที่ผู้สูงอายุจะได้เลือกแนวทางการบำบัดรักษาที่เหมาะสมด้วยตนเอง

2. การฝึกอบรมและการให้การศึกษา ปัญหาอุปสรรคสำหรับการให้บริการสุขภาพก็คือการขาดองค์ความรู้ ขาดทักษะของผู้ให้บริการในการที่จะมาดูแลผู้ป่วยกลุ่มพิเศษก็คือกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพบริการ ในกรณีที่บุคลากรมีทักษะจะส่งผลในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการ ผู้สูงอายุหลายรายคิดว่าความเจ็บป่วยทุพพลภาพเป็นภาวะคุกคามที่เคียงคู่มากับวัยที่สูงขึ้น หรือคิดว่ากลุ่มความเจ็บป่วยหรือความทุพพลภาพเป็นโรคราหรือความชราภาพ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเหล่านั้นยังไม่เข้าใจถึงสภาพทางกายภาพหรือการทำงานหรือความเจ็บป่วยนั้นสามารถจะดีขึ้นหรือป้องกันได้จากการบำบัดรักษา

3. ความแตกต่างของเพศชายและเพศหญิง ผู้หญิงส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญและดูแลสุขภาพของตนเอง ในขณะที่ผู้ชายมักจะไปพบแพทย์เมื่อมีอาการมากจนกระทั่งไม่สามารถทนอาการต่อไปได้

4. อุปสรรคของการมารับบริการ เช่น ให้ผู้สูงอายุอ่านหรือกรอกเอกสารหลักฐาน แบบฟอร์มประเมินต่างๆ มาก ในขณะที่ผู้สูงอายุมักมีสายตาที่มีความบกพร่องทางการเห็นหรือเขียนหนังสือไม่ได้

5. ระยะเวลาการรอคอยเพื่อรับบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่พบบ่อยที่สุดและมีผลกระทบต่อ การมารับบริการของผู้สูงอายุมาก สถานบริการควรจะมีการประเมินระยะเวลาที่จะต้องมารอพบแพทย์ ควรนัดหมายเวลาเพื่อที่จะไม่ต้องรีบมาแต่เช้าแล้วก็รอทั้งวันเพื่อรับการตรวจไม่กี่นาที ในประเด็นนี้ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 มาตรา 11 (1) ที่ให้มีการให้บริการทางการแพทย์สะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษในการนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลของรัฐจัดให้บริการช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ (รายละเอียดในภาคผนวก) นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพที่ให้บริการก็ควรให้มีความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุด้วย เช่น การให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอ พื้นไม้ลื่น พื้นทำทางลาด ราวเกาะ สุนัข อุปกรณ์ตกแต่งเฟอร์นิเจอร์ที่มีความมั่นคง ไม่แตกหักง่าย ทางเดินสะอาด สะดวก โล่ง

6. การให้บริการที่ขาดความต่อเนื่องและบริการแยกส่วน พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนี้อาจเกิดจากเขาระเบียบหาย บุคลากรที่ให้บริการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคล ขาดการประสานงาน ขาดการทำงานเป็นทีมในระหว่างผู้ให้บริการแบบสหสาขา ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ในโรงพยาบาล แพทย์ผู้รับส่งต่อ หรือผู้ที่ให้บริการในชุมชน ซึ่งควรจะมีข้อมูลที่ไปในรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้บุคลากรแพทย์ควรทบทวนการจ่ายยาหรือการได้รับยาของผู้ป่วยสูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อหลีกเลี่ยงฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์และอาการเจ็บป่วยที่อาจเกิดจากการได้รับยาหลายขนาน

อย่างไรก็ตาม การให้บริการของหน่วยบริการจำเป็นต้องมีการสนับสนุนและความร่วมมือจากบุคลากรและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการบำบัดรักษา การสร้างความไว้วางใจ การสนับสนุนการสืบค้นปัญหาสุขภาพ การสืบค้นโรคเพื่อการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ เช่น เรื่องของการลดพฤติกรรมเสี่ยง การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง รวมถึงเรื่องของการป้องกันระดับทุติยภูมิหรือคือการคัดกรองโรคเพื่อที่จะพบโรคในระยะเริ่มแรก เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งระยะเริ่มแรก ซึ่งจะสามารถลดและส่งผลให้ชะลอความเสื่อมและลดภาวะทุพพลภาพได้ สุขภาพทางกายภาพและการไม่เป็นผู้ทุพพลภาพเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถกลับไปทำงานได้ สามารถดำรงชีพอยู่ได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนดูแลคนในสังคม ในครอบครัว เลี้ยงลูกเลี้ยงหลานได้ นอกจากนี้การฝึกอบรมบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจะสามารถลดความผิดพลาดในการวินิจฉัยได้ ซึ่งการวินิจฉัยที่ผิดพลาดจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่จะรับผลกระทบตามมา นอกเหนือจากเรื่องคดีที่จะมีการฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการรักษาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นและสำคัญมาก

กลยุทธ์เพื่อการการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ที่ 1 กลยุทธ์การจัดทำมาตรฐานเพื่อพัฒนาการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ แผนปฏิบัติการ

1. โครงการจัดทำมาตรฐานรูปแบบและแนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการ
ของรัฐ (โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำมาตรฐานและรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ
2. เพื่อจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ
3. เพื่อจัดทำสื่อการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

วิธีการดำเนินงาน

1. จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อกำหนดมาตรฐาน และรูปแบบการดำเนินงานการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ
2. จัดประชุมคณะกรรมการเพื่อกำหนดมาตรฐาน และรูปแบบการดำเนินงานการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ
3. จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบโครงการ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาองค์ความรู้แนวทางการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ

แผนปฏิบัติการ

1. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องนโยบายและแนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (สำหรับผู้บริหาร)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบหลักได้ทราบถึงนโยบาย และกลยุทธ์การดำเนินงานการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ และสามารถนำไปดำเนินการ เพื่อให้เป็นกิจกรรมของระบบการให้บริการผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการดำเนินงาน

จัดประชุมชี้แจงผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบหลักได้ทราบถึงนโยบาย และกลยุทธ์ดำเนินงานการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบโครงการ

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. ผู้ตรวจราชการเขต กระทรวงสาธารณสุข

2. โครงการถ่ายทอดองค์ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในการจัดตั้งและดำเนินกิจกรรมคลินิกผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. ประเมินความรู้ผู้เข้ารับการอบรมด้านคลินิกผู้สูงอายุ

2. เผยแพร่คู่มือรูปแบบมาตรฐานการจัดตั้งและดำเนินกิจกรรมคลินิกผู้สูงอายุ
3. อบรมเชิงปฏิบัติการจัดตั้งและดำเนินกิจกรรมคลินิกผู้สูงอายุ
4. วิเคราะห์ สรุปผลการประเมินความรู้ผู้เข้ารับการอบรมด้านคลินิกผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบโครงการ

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3 การจัดทำฐานข้อมูลและติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนคลินิกผู้สูงอายุ แผนปฏิบัติการ

1. โครงการฐานข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุแต่ละระดับสถานบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนคลินิกผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการ

1. สร้างแบบรายงานเพื่อจัดทำฐานข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุแต่ละระดับสถานบริการ
2. กำหนดรูปแบบและระยะเวลาการรายงาน
3. วิเคราะห์ผลการรายงานคลินิกผู้สูงอายุแต่ละระดับสถานบริการ
4. สรุปผลและทำฐานข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบโครงการ

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
3. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. โครงการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลคลินิกผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้เกิดการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุให้เป็นมาตรฐาน

วิธีดำเนินงาน

1. จัดตั้งคณะกรรมการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลคลินิกผู้สูงอายุ
2. จัดทำแบบรายงานติดตาม ประเมินผลคลินิกผู้สูงอายุ
3. กำหนดรูปแบบและระยะเวลาในการติดตาม ประเมินผลคลินิกผู้สูงอายุ
4. สรุปผลและทำรายงานการติดตาม ประเมินผลคลินิกผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบโครงการ

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. ผู้ตรวจราชการเขต กระทรวงสาธารณสุข

3. โครงการศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ

วิธีการดำเนินงาน

1. จัดตั้งคณะกรรมการศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ
2. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมองในการศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ
3. เก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ
4. วิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ
5. สรุปผล ทำรายงาน เผยแพร่ผลการศึกษาในรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ

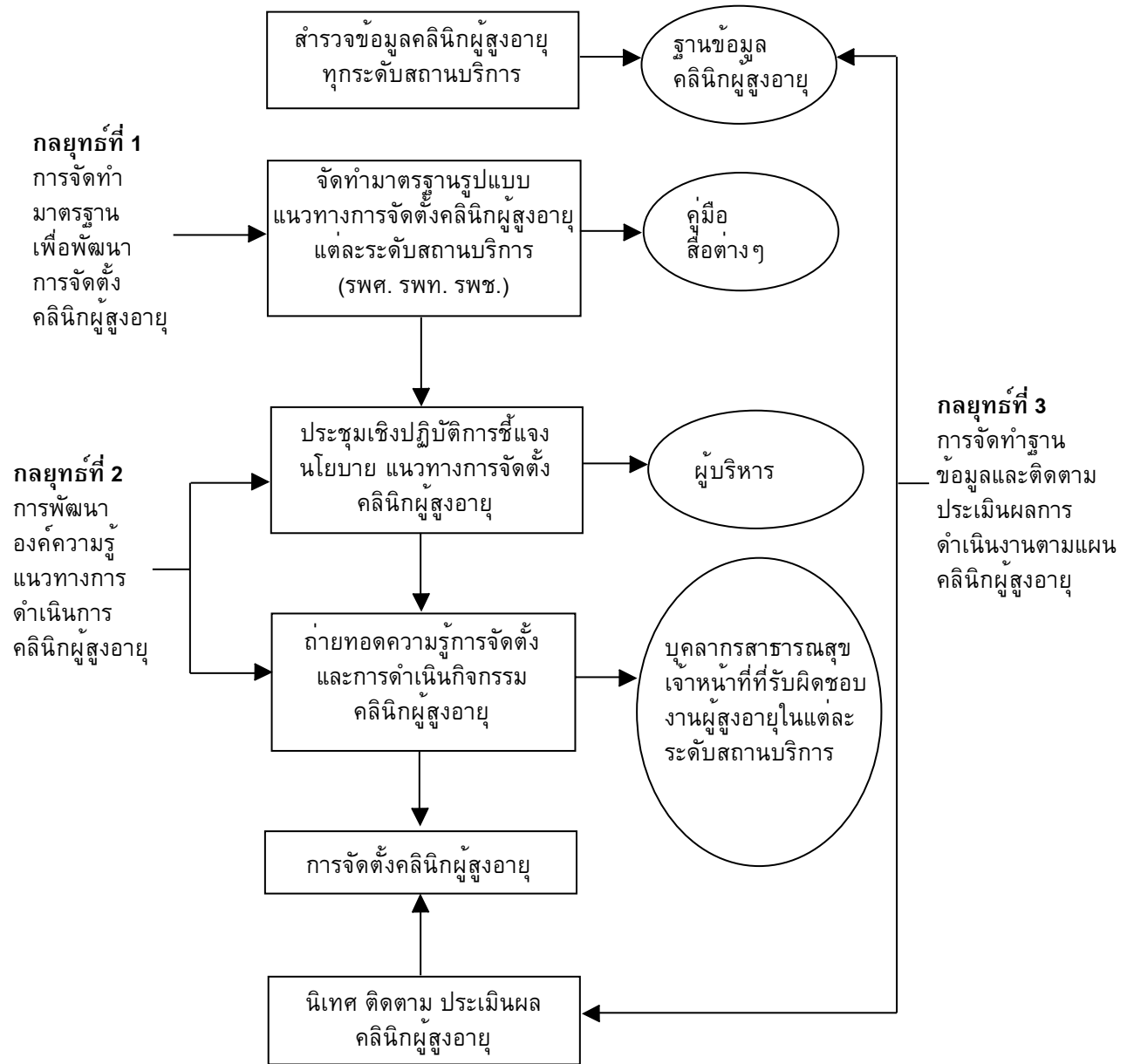
ผู้รับผิดชอบโครงการ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

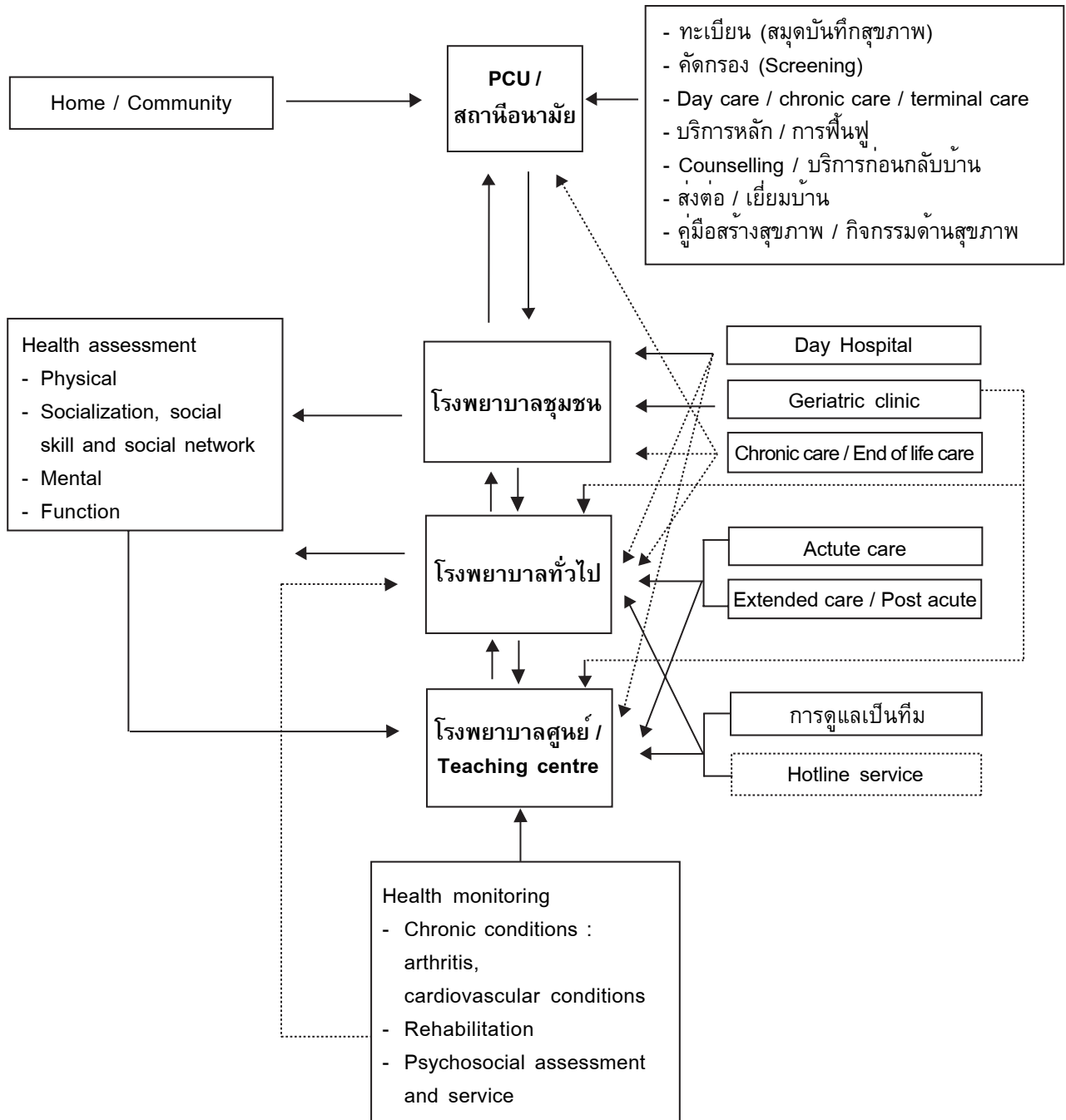
ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของอำเภอที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (หนึ่งอำเภอต่อหนึ่งคลินิกผู้สูงอายุ)

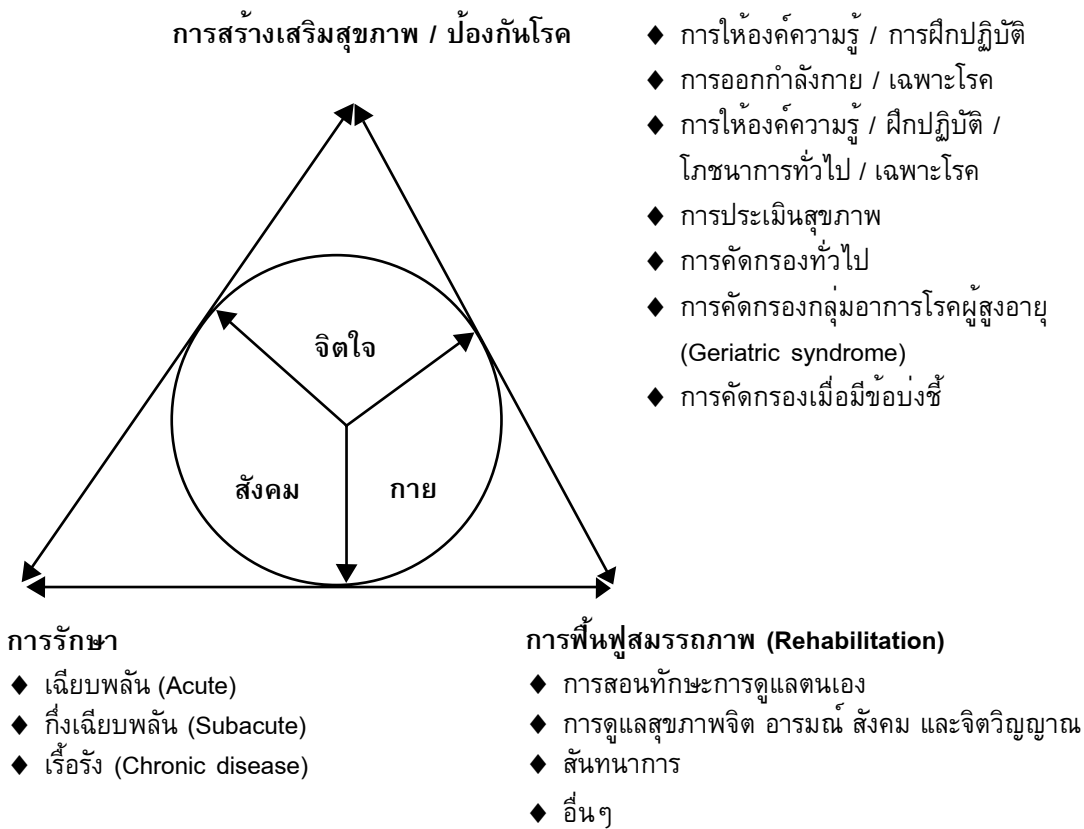
กลยุทธ์การพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ



การให้บริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุ



กิจกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ



การรักษาพยาบาล

ตัวอย่างศูนย์บริการผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ (Day Center)

คำจำกัดความของ Day Center

คือ “สถานที่ซึ่งผู้สูงอายุมาอยู่ร่วมกัน เพื่อตอบสนองความต้องการร่วมกัน” หรือ “เป็นอุปกรณ์ในชุมชนอย่างหนึ่ง ให้บริการหลายประเภท และเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุจัดขึ้นเพื่อผู้สูงอายุ”

จุดมุ่งหมายของ Day Center

สามารถช่วยบรรเทาปัญหาของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

1. ปัญหาด้านสังคม
2. ปัญหาด้านโภชนาการ
3. ปัญหาด้านยารักษาโรค
4. ปัญหาด้านคำแนะนำทางด้านกฎหมาย
5. ปัญหาอื่นๆ

กิจกรรมบริการใน Day Center

ตัวอย่างเช่น

1. ยารักษาโรค
2. การส่งเสริมสุขภาพ / การให้คำแนะนำช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล
3. ให้คำแนะนำด้านกฎหมาย / พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ
4. กิจกรรมทางสังคม
5. การช่วยเหลือแนะนำเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ
6. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในฐานะอาสาสมัคร / คนงาน
7. กิจกรรมด้านโภชนาการ : การทำอาหาร
8. การใช้เวลาร่วมของผู้สูงอายุ : คลายเหงา
9. กิจกรรมทางศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม
10. การจัดกิจกรรมทางการศึกษา : ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
11. กิจกรรมส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน : แลกเปลี่ยนความรู้ของผู้สูงอายุในชุมชน
12. กิจกรรมส่งเสริมรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ

ประโยชน์ของ Day Center

1. ป้องกันและผ่อนคลายความเหงา
2. ให้การดูแลและบริการส่วนตัวแก่ผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำ
3. จัดอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ
4. รักษาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้านการป้องกัน ดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ให้บริการทางการแพทย์

5. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความกระฉับกระเฉงและพร้อมอยู่เสมอ โดยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและนันทนาการ
6. จัดกิจกรรมในด้านการหารายได้หรือแลกเปลี่ยนทักษะ เพื่อให้สามารถพึ่งตนเอง และเกิดความนับถือตนเอง
7. เป็นแหล่งเผยแพร่ข่าวสารด้านผู้สูงอายุ เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ
8. ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการ กฎหมาย และปัญหาส่วนตัวของผู้สูงอายุ

มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ

1. คำจำกัดความ “ผู้สูงอายุ”

ที่ประชุมสมัชชาผู้สูงอายุแห่งโลก ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อ พ.ศ. 2525 ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง”

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2546 กำหนดว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี และมีสัญชาติไทย

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ สามารถแบ่งโดยใช่

1.1 วัย (Chronological age) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (Living in an ageing world)

- ◆ Young - old คือ อายุระหว่าง 60 - 69 ปี
- ◆ Medium - old คือ อายุระหว่าง 70 - 79 ปี
- ◆ Old - old คือ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป

1.2 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Functional assessment) ได้แก่

◆ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรส่วนตัว (Basic activities of daily living : basic ADLs) เช่น การลุกจากเตียง การใช้ห้องน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การรับประทานอาหาร

◆ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ซับซ้อนกว่า basic ADLs (Instrumental activities of daily living : instrumental ADLs) เช่น การซักผ้า การล้างจาน การจ่ายตลาด การบริหารเงิน การปรุงอาหาร การใช้โทรศัพท์ การบริหารยา

โดยประเมินว่า ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้

- ◆ ด้วยตนเอง
- ◆ โดยต้องมีผู้อื่นช่วย
- ◆ ไม่ได้เลย

อาจใช้ 3 คำถามหลักในการสัมภาษณ์ประวัติผู้สูงอายุ ดังนี้

- ◆ การทำกิจวัตรประจำวัน
- ◆ การเดินทางออกนอกบ้าน
- ◆ ประวัติการหกล้มในบ้าน

1.3 ความมีโรค แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- ◆ ไม่มีโรคแข็งแรง (Health elderly)
- ◆ มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (Frailty หรือ Frail elderly)

2. กิจกรรมบริการ

2.1 Primary care

2.1.1 การดูแลอย่างมีทักษะเช่น Nursing care, Rehabilitation รวมทั้งการให้บริการคัดกรอง (Screening) ภาวะสุขภาพ และ Geriatric syndrome (สมองเสื่อม หกล้มบ่อย เดินลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ความพิการ)

2.1.2 Geriatric clinic ให้การดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้ได้ดีที่สุด นานที่สุด ให้บริการผู้ที่อายุมาก ๆ เช่น ผู้ที่มีอายุอย่างน้อย 75 ปีขึ้นไป หรือมี Geriatric syndrome (สมองเสื่อม หกล้มบ่อย เดินลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ความพิการ)

2.1.3 Chronic care เป็นการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว / ชุมชน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.1.4 Terminal care เป็นการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความทรมาน เช่น การดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.2 Secondary care

2.2.1 Acute care

2.2.2 Extended care

2.3 Tertiary care

2.3.1 Acute care

3. การให้บริการในสถานบริการ

การให้บริการผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นการจัดการเหมือนหรือผู้ป่วยปกติ โดยเพิ่มการให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และการให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และวิชาว่าด้วยผู้สูงอายุ (Geriatric medicine and Gerontology) ให้ผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในหอผู้ป่วยต่างๆ ซึ่งต้องเพิ่มความรู้ด้านการดูแลรักษาผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรผู้ให้บริการทุกระดับ

3.1 บ้าน / ชุมชน

3.2 สถานเอนามัย ใช้เกณฑ์การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

3.3 โรงพยาบาลชุมชน ใช้เกณฑ์การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

3.4 โรงพยาบาลทั่วไป รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน

3.5 โรงพยาบาลศูนย์ รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป

แนวทางการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

1. การส่งเสริมสุขภาพ

1.1 บริการดูแลผู้สูงอายุ

1.2 บริการที่บ้าน

1.3 การส่งเสริม ป้องกัน ทัศนสุขภาพ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ

1.4 การให้คำปรึกษา

1.5 การคัดกรอง (Screening) ภาวะสุขภาพ / Geriatric syndrome (สมองเสื่อม หกล้มบ่อย เดินลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ความพิการ) / โรคภัยแรงหรือเรื้อรัง เพื่อการป้องกันล่วงหน้า

2. การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน

2.1 การค้นหาปัญหาผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อส่งต่อรักษา / ฟื้นฟู

2.2 การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล

3. การรักษาพยาบาล
 - 3.1 ปัญหาสุขภาพทั่วไป
 - 3.2 ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย
 - 3.3 การคัดกรอง (Screening) ภาวะสุขภาพ / Geriatric syndrome (สมองเสื่อม หกล้มบ่อย เดินลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ความพิการ) โรคเรื้อรังหรือโรครุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
 - 3.4 การดูแลที่บ้าน (Home care)
 - 3.5 การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุก่อนส่งต่อ
 - 3.6 บริการตรวจชั้นสูตรพื้นฐาน (ทำเอง / ส่งต่อ)
 - 3.7 บริการทันตกรรมพื้นฐาน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณีปกติ
4. การควบคุมป้องกันโรค
 - 4.1 การค้นหาผู้ป่วย
 - 4.2 การเฝ้าระวัง
 - 4.3 การฉีดวัคซีน
 - 4.4 การรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติต่างๆ
5. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล องค์กรประชาชนด้านสุขภาพ มีความรู้เรื่องปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง มีการดำรงชีวิตที่ดี (กิน พักผ่อน ออกกำลังกาย)
6. บริการด้านยา

ตารางกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ

บริการ	สถานบริการ					หมายเหตุ
	บ้าน/ชุมชน	PCU / สอ.	รพช.	รพท.	รพศ.	
Primary care						
1. Day care						
◆ ออกกำลังกาย	/	/	/	/	/	แนะนำออกกำลังกาย
◆ ชั่งน้ำหนัก	/	/	/	/	/	
◆ วัดสวนสูง	/	/	/	/	/	
◆ วัด BMI	/	/	/	/	/	ดูตาราง BMI > 25 กก./ม. ² แนะนำ
◆ วัดความดันโลหิต	/	/	/	/	/	
◆ จับชีพจร	/	/	/	/	/	
◆ เยี่ยมบ้าน	/	/	/	/	/	
◆ ให้ความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ ออกกำลังกาย / โภชนาการ	/	/	/	/	/	
◆ ประวัติครอบครัว	/	/	/	/	/	
◆ ประวัติส่วนตัว : บุหรี่ สุรา ยา	/	/	/	/	/	
◆ ตรวจสอบสุขภาพประจำปี	/	/	/	/	/	
◆ การคัดกรองในชุมชน	/	/	/	/	/	

ตารางกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ (ต่อ)

บริการ	สถานบริการ					หมายเหตุ
	บ้าน/ชุมชน	PCU / สอ.	รพช.	รพท.	รพศ.	
2. Day hospital						
◆ ตรวจสอบสุขภาพ วัดสายตา ช่องปาก		/	/	/	/	
◆ คัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ						
- Blood pressure		/	/	/	/	ดูเกณฑ์ปกติ
- Blood sugar		/	/	/	/	ดูเกณฑ์ปกติ
- Cr			/	/	/	ดูเกณฑ์ปกติ
- LDL			/	/	/	ดูเกณฑ์ปกติ
- Hb/Hct			/	/	/	ดูเกณฑ์ปกติ
- Stool exam : stool occult blood			/	/	/	ดูคู่มือการเก็บ
- EKG			/	/	/	ทำเฉพาะตรวจครั้งแรก
◆ คัดกรอง geriatric syndrome						
- สมองเสื่อม		/	/	/	/	ดูแบบคัดกรอง
- ซึมเศร้า		/	/	/	/	ดูแบบคัดกรอง
- หกล้มบ่อย		/	/	/	/	ดูแบบคัดกรอง
- เดินลำบาก		/	/	/	/	
- กลืนปัสสาวะไม่ได้		/	/	/	/	
- ท้องผูก		/	/	/	/	
- นอนไม่หลับ		/	/	/	/	
- น้ำหนักลด		/	/	/	/	
- เจ็บหน้าอก / เหนื่อยง่าย		/	/	/	/	
- การได้ยินของหู / โรคของหู		/	/	/	/	
- แผลในปาก		/	/	/	/	
- ความพิการ		/	/	/	/	
◆ คัดกรองเมื่อมีข้อบ่งชี้						
- Urine protein			/	/	/	ผู้เป็นเบาหวาน
- SGPT			/	/	/	ดูเกณฑ์ปกติ
- Triglyceride, HDL			/	/	/	ดูเกณฑ์ปกติ
- CXR			/	/	/	ประวัติการไอ
- PSA, CEA				/	/	ดูเกณฑ์ปกติ
- Mamogram				/	/	
- Bone Desitometry				/	/	

ตารางกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ (ต่อ)

บริการ	สถานบริการ					หมายเหตุ
	บ้าน/ชุมชน	PCU / สอ.	รพช.	รพท.	รพศ.	
3. Geriatric clinic						
◆ คัดกรอง Geriatric syndrome						
- สมองเสื่อม		/	/	/	/	
- หกล้มบ่อย		/	/	/	/	
- เดินลำบาก		/	/	/	/	
- กลืนปัสสาวะไม่ได้		/	/	/	/	
- ความพิการ		/	/	/	/	
◆ Multidisciplinary team : แพทย์ / พยาบาล / เภสัชกร / นักสังคมสงเคราะห์ / นักโภชนาการ / นักกายภาพบำบัด						
- บริการเยี่ยมบ้าน		/	/	/	/	
- ออกกำลังกาย		/	/	/	/	
- ค้นหาปัญหา			/	/	/	
- แยกผู้ป่วยหนัก / ไม่หนัก			/	/	/	
◆ องค์ความรู้ : Guideline						
- ภาวะฉุกเฉิน			/	/	/	
- การส่งต่อ			/	/	/	
- รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ			/	/	/	
- บุคลากร (แพทย์ พยาบาล)			/	/	/	
- การสื่อสาร			/	/	/	
◆ การบริหารจัดการ						
- ทีม (ผู้ให้บริการ / รับบริการ / Self help group)			/	/	/	
- การรับไว้ในโรงพยาบาล			/	/	/	
- สิ่งแวดล้อม			/	/	/	
- การส่งต่อ 24 ชั่วโมง			/	/	/	

ตารางกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ (ต่อ)

บริการ	สถานบริการ					หมายเหตุ
	บ้าน/ชุมชน	PCU / สอ.	รพช.	รพท.	รพศ.	
◆ กิจกรรม						
- Moral system / ครอบครัว			/	/	/	
- Intermediate care			/	/	/	
- Rehabilitation			/	/	/	
- แพทย์แผนไทย / ทางเลือก			/	/	/	
- Pre hospital care			/	/	/	
- Holistic care			/	/	/	
Secondary care						
1. Acute care						
◆ ค้นหาปัญหาให้เร็วที่สุด				/	/	
◆ เริ่มวางแผนการรักษาให้เร็ว				/	/	
◆ ระวัง CO-MOBID ปัญหาการใช้ยา แนวทางการรักษา (Guideline)				/	/	
◆ ความเข้าใจโรค / ความคาดหวัง ของผู้ป่วยและญาติ				/	/	
◆ Discharge Plan (การป้องกันการ การสานต่อระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน ระบบเครือข่าย)				/	/	
◆ องค์ความรู้ผู้สูงอายุ / ผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุ / บุคลากรผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล ฯลฯ)				/	/	
◆ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย			/	/	/	
2. Extended care						
◆ ระหว่างรักษา						
- Assessment (การประเมิน ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม)				/	/	
- การจัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย				/	/	
- แนวทางการรักษา (Guideline)				/	/	
- Multidisciplinary team เช่น Care, Rehabilitation				/	/	
- รวบรวมข้อมูล				/	/	
- ระบบการส่งต่อ				/	/	

ตารางกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ (ต่อ)

บริการ	สถานบริการ					หมายเหตุ
	บ้าน/ชุมชน	PCU / สอ.	รพช.	รพท.	รพศ.	
◆ การเชื่อมโยงระหว่างบ้าน ชุมชน โรงพยาบาล						
- ประเมินความคาดหวัง				/	/	
- Intermediate care				/	/	
- การดูแลตนเองที่บ้าน				/	/	
- Self help group				/	/	
- การผลิตบุคลากร / ผู้ดูแล กลุ่มรับจ้าง / เจ้าหน้าที่สถานเอนามัย				/	/	
- การเชื่อมโยงข้อมูล				/	/	
- การเยี่ยมบ้าน				/	/	
- Respite care				/	/	
- Hot line				/	/	
- Day care				/	/	
- Day hospital เช่น Rehabilitation				/	/	
- Team meeting / Family education				/	/	
- สถาบันศาสนา	/	/	/	/	/	

4. การบริการแบบสหสาขาวิชา

4.1 โภชนาการ

4.2 ฟื้นฟูสมรรถภาพ (PT/OT)

4.3 จิตเวช

4.4 แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์ เกษัช ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย / จีน แพทย์พื้นบ้าน

4.5 ทันตกรรม

ที่มา : การประชุมเชิงปฏิบัติการ “โครงการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา”
เพื่อกำหนดวิธีการศึกษารูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ และการดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 11 มีนาคม 2547
ณ ห้องประชุม 1 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกผู้สูงอายุ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานนี้เป็นข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานสำหรับคลินิกผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม และระบบติดตามประเมินคุณภาพ ซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานนี้มุ่งหมายที่จะใช้เป็นพื้นฐานสำคัญในการ

1. ประเมินการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานของหน่วยงาน
2. ประเมินการให้บริการเฉพาะของหน่วยงานที่ให้บริการผู้สูงอายุ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานสำหรับคลินิกผู้สูงอายุนี้ เป็นเพียงแนวทางเพื่อให้โรงพยาบาลที่มีการให้บริการในรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุมีรูปธรรมของการปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น โดยให้แต่ละแห่งเลือกและปรับใช้ให้เหมาะสมตามศักยภาพและสถานการณ์ โดยยึดหลักการสำคัญคือ

1. ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ดีที่สุดภายใต้ศักยภาพ สถานการณ์ และทรัพยากรของโรงพยาบาล
2. ทีมงานของคลินิกผู้สูงอายุทำงานด้วยใจ ร่วมใจทำ ทำด้วยใจที่มุ่งมั่น ทำด้วยความเข้าใจในข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน

3. มีการออกแบบระบบงานหรือกระบวนการทำงาน เพื่อป้องกันปัญหา และอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามนโยบายหรือจุดยืนของโรงพยาบาลด้านการให้บริการผู้สูงอายุ

หัวใจสำคัญของการพัฒนาตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน

หัวใจสำคัญของการพัฒนาตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานคือ การวิเคราะห์หาจุดอ่อนในระบบที่เป็นอยู่ และดำเนินการปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง วิธีการในการใช้ข้อกำหนดและมาตรฐานนี้ได้แก่

1. วิเคราะห์หาจุดอ่อนในระบบที่เป็นอยู่ คือ การที่ทีมงานหรือหน่วยงานมาร่วมกันพิจารณาข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานว่า ประเด็นใดคือสิ่งที่หน่วยงานทำได้ดีแล้ว ประเด็นใดยังเป็นจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้น แยกแยะออกเป็นประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งสามารถทำได้ง่าย และประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก กำหนดแนวทางดำเนินการเพื่อปรับปรุง พร้อมทั้งระบุทีมงานหรือบุคคลผู้รับผิดชอบ ในช่วงนี้จะเป็นการทำความเข้าใจกับความมุ่งหมายหรือประโยชน์ของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานด้วย ไม่ควรจะทำไปโดยปราศจากความเข้าใจในความมุ่งหมายหรือประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น

2. ดำเนินการปรับปรุงหรือจัดวางระบบใหม่ โดยคัดเลือกประเด็นที่สามารถกระทำได้ง่ายมาดำเนินการก่อน

3. ทบทวนข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานเป็นระยะ เพื่อดูความก้าวหน้าในการปรับปรุง และหาโอกาสพัฒนาที่จะทำให้อีกขึ้น เป็นระบบมากขึ้น เชื่อมโยงประสานกันได้ดีขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น ใช้นวัตกรรมหรือความคิดสร้างสรรค์ให้มากขึ้น มีตัวชี้วัดประสิทธิภาพการดำเนินงานที่ชัดเจนขึ้น

4. จัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร อย่างสั้นๆ และง่ายต่อการนำไปใช้ เพื่อเป็นหลักประกันว่าระบบงานที่ปรับปรุงนั้นจะยั่งยืน

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานมี 9 ข้อ ดังนี้

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 1 พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ขอบเขต เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของหน่วยงาน เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่าง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้สูงอายุได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและ ประสิทธิภาพ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม เพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัด รักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 5 คู่มือและวิธีปฏิบัติ

มีคู่มือและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งครอบคลุมถึงความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจในการให้บริการผู้สูงอายุ กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการ ปฏิบัติ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้สูงอายุอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 7 เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน / กระบวนการให้บริการผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความ ต้องการของผู้สูงอายุ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของการให้บริการผู้สูงอายุโดยการทำงานเป็นทีม และ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 1 พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ขอบเขต เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของหน่วยงาน เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 1.1 มีพันธกิจและขอบเขตของการจัดบริการผู้สูงอายุเป็นลายลักษณ์อักษร บ่งบอกภาระหน้าที่อย่างชัดเจน

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้สูงอายุที่เป็นไปได้ และสามารถวัดได้

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ขอบเขต เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และความเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ และทราบบทบาทของตนเองในการทำให้บรรลุตามเป้าหมายของหน่วยงาน

ขยายความ

ความหมายของคำ

พันธกิจ (mission) คือ ข้อความที่ระบุอย่างกว้างๆ ถึงเป้าประสงค์ (purpose) หน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งมุ่งมั่นที่จะทำ (what it does) และเหตุผลของการมีองค์กรหรือหน่วยงาน (why it exists) รวมถึงคุณค่าของการมีองค์กรหรือหน่วยงานนั้นต่อผู้รับบริการ ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย (goals) และวัตถุประสงค์ (objectives) ขององค์กรหรือหน่วยงานต่อไป โดยพันธกิจในการจัดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุควรมีการ ทบทวนอย่างน้อยทุก 3 ปี หรือเมื่อจำเป็น

ขอบเขตของการจัดบริการ (scope of service หรือ function) คือ กรอบของหน้าที่รับผิดชอบในการ จัดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุของหน่วยงาน เช่น การคัดกรอง การบำบัดรักษา ระดับและขั้นตอนการให้บริการ

เป้าหมาย (goals) คือ ข้อความที่กล่าวอย่างกว้างๆ ถึงผลลัพธ์ของการให้บริการ อันเนื่องมาจาก หน้าที่หลัก เป้าหมายจะต้องสอดคล้องกับพันธกิจที่กำหนดไว้ โรงพยาบาลแต่ละระดับควรมีเป้าหมายของ ตนเองที่ชัดเจนและสนับสนุนซึ่งกันและกัน

วัตถุประสงค์ (objectives) คือ จุดมุ่งหมายของงานที่มุ่งกระทำให้สำเร็จเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ควรเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของแผนปฏิบัติการที่มีกำหนดตัวผู้รับผิดชอบ และเงื่อนไขเวลาที่ชัดเจน วัตถุประสงค์ควรเป็นสิ่งที่ยวัดได้และเป็นไปได้ ควรมีการกำหนดเป็นปีๆ ไป และมีการ ติดตามว่าบรรลุตามที่กำหนดไว้หรือไม่

การกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์

1. ควรเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีความ มุ่งมั่นที่จะให้งานบรรลุผลสำเร็จ

2. ควรศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุ ครอบครัวของผู้สูงอายุ ลูกค้ำ ตลอดจน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการเหล่านั้นได้

ลูกค้า (customer) ในที่นี้หมายถึงบุคคลหรือหน่วยงานใดที่เข้ามาครอบครองหรือใช้ประโยชน์จาก กระบวนการจัดบริการ โดยไม่จำเป็นว่าจะต้องมีการจ่ายค่าบริการเสมอไป ซึ่งมีทั้งลูกค้าภายนอก (external customer) เช่น ผู้สูงอายุและครอบครัว และลูกค้าภายใน (internal customer) ซึ่งได้แก่ บุคลากรหรือผู้ร่วมงาน ในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพที่ทำงานเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในการคัดกรอง ควบคุมป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

การตอบสนองความต้องการในที่นี้ไม่ได้หมายความว่าเพียงทำให้ลูกค้าเหล่านี้พึงพอใจเท่านั้น แต่เป็น การตั้งใจให้เลือกใช้บริการที่หน่วยงานนี้ด้วย

การศึกษานี้ความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า อาจทำได้โดย การสนทนา การสัมภาษณ์ตัวต่อตัว การใช้แบบสอบถาม การใช้บัตรประเมินความคิดเห็น การวิเคราะห์ คำร้องเรียน เป็นต้น

กลไกการสื่อสารพันธกิจ ขอบเขต เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 1.3) อาจได้แก่ การปฐมนิเทศ การจัดทำคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงาน การประชุม การใช้บันทึกข้อความ เป็นต้น

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 2 การจัดการและการบริหาร

มีการจัดการและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 2.1 โครงสร้างองค์กรของหน่วยงานที่ให้บริการผู้สูงอายุชัดเจนและเหมาะสม

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับการมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุผลตามพันธกิจที่กำหนดไว้

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 2.5 มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจ และกำหนดนโยบายของการบริการในคลินิกผู้สูงอายุในภาพรวม

ขยายความ

โครงสร้างองค์กร (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 2.1) ได้แก่

- ◆ โครงสร้างของหน่วยงานที่ให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ
- ◆ การบริหารงานในรูปแบบคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทุกสาขา ในการให้บริการคัดกรอง ควบคุมป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ มีการประชุมคณะกรรมการสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าปีละ 4 ครั้ง เพื่อพิจารณากำหนดทิศทางการบริหารปรับปรุงคุณภาพการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ และสร้างบรรยากาศความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการ

การพิจารณาความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กร ควรดูในประเด็นต่อไปนี้

- ◆ การรายงาน ทั้งระบบรายงานปกติและเมื่อเกิดปัญหา
- ◆ ความรับผิดชอบของหัวหน้างานและเจ้าหน้าที่
- ◆ การแก้ปัญหา
- ◆ การตัดสินใจพิจารณาสั่งการ
- ◆ การสื่อสารกับฝ่ายบริหาร

ควรมีแผนภูมิแสดงสายการบังคับบัญชาและสายการประสานภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน ซึ่งจะช่วยให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจโครงสร้างขององค์กร และมีการใช้ประโยชน์จากแผนภูมิในการแก้ปัญหา มีการทบทวนโครงสร้างอย่างน้อยทุก 3 ปี หรือเมื่อมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน

หัวหน้าหน่วยงาน (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 2.2)

ความเหมาะสมของ **คุณสมบัติ** ของผู้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงาน ควรพิจารณาจากการศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์ด้านการการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรนำข้อกำหนดขององค์กรวิชาชีพเข้ามาพิจารณาว่า สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดเหล่านั้นได้หรือไม่ หากไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดได้ ได้มีความพยายามที่จะแก้ปัญหาอย่างไร ควรใช้เกณฑ์ความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถ และการสร้างผลงานเป็นหลักในการคัดเลือกและแต่งตั้ง

หัวหน้าหน่วยงานควรมีความสามารถในการถ่ายทอดพันธกิจ ขอบเขต นโยบาย เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงาน

หัวหน้าหน่วยงานควรมีความรับผิดชอบในการบริหารหน่วยงาน จัดระบบงาน จัดทำแผนปฏิบัติการ และแผนงบประมาณ พัฒนาเจ้าหน้าที่ ประสานงานกับหน่วยงานอื่น วางระบบประเมินและปรับปรุงคุณภาพบริการในคลินิกผู้สูงอายุ และประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

การกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 2.3)

คำบรรยายคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (job description) ควรประกอบด้วย

- ◆ ขอบเขตความรับผิดชอบ
- ◆ อำนาจหน้าที่
- ◆ คุณสมบัติของตำแหน่ง

ควรมีการทบทวนคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งอย่างน้อยทุก 3 ปี

คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานแต่ละตำแหน่ง (เฉพาะตำแหน่งที่มีความสำคัญในการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ)

◆ หัวหน้าด้านบริการการแพทย์ เป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรมและ/หรือมีประสบการณ์ในด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

◆ หัวหน้าด้านบริการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมในด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษา (counseling) และมีประสบการณ์ทำงานดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ปี

◆ บุคลากรการแพทย์ อาจเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ กัลโหล การกำหนดแนวทางปฏิบัติงาน การสื่อสาร และแก้ปัญหา (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 2.4) กัลโหลอาจจะอยู่ในรูปแบบต่างๆ เช่น การประชุมภายในหน่วยงาน การจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ การจัดทำจดหมายข่าว เป็นต้น ทั้งนี้โดยมีหลักการว่า

- ◆ กัลโหลนั้นครอบคลุมทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ
- ◆ เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม
- ◆ การค้นหาปัญหา การประเมินสถานการณ์ และการแก้ปัญหา เป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ควรมีการประชุมในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบนโยบาย กิจกรรมของโรงพยาบาล และพิจารณาผลการให้บริการผู้สูงอายุ มีการจัดทำบันทึกหรือรายงานการประชุมไว้เป็นหลักฐาน และถ่ายทอดผลการประชุมให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยทั่วถึง

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 2.5)

หน่วยงานควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องที่มีผลต่อการปฏิบัติของหน่วยงาน เช่น

- ◆ การกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ของหน่วยงานและคลินิกผู้สูงอายุ
- ◆ นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในความรับผิดชอบ
- ◆ การจัดทำแผนงานของคลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่ แผนงบประมาณ แผนปฏิบัติการ แผนพัฒนาทรัพยากร

บุคคล

- ◆ การจัดทำแผนพัฒนาการบริการผู้สูงอายุ การเลือกสรรเทคโนโลยี

การมีส่วนร่วมอาจอยู่ในรูปของการร่วมเป็นกรรมการ การรายงานหรือการนำเสนอข้อมูล เป็นต้น

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 3.1 การจัดกำลังคน

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจด้านการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานในคลินิกผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 3.3 เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงานจะต้องปฏิบัติงานด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความ

การจัดกำลังคน (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 3.1)

การจัดกำลังคนจะต้องพิจารณาความเพียงพอในการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุทั้งในเวลาทำการปกติและนอกเวลาทำการ รวมทั้งการเตรียมการในยามฉุกเฉินตามความจำเป็น ทั้งนี้มีการจัดทำตารางเวรตลอดจนบัญชีรายชื่อเจ้าหน้าที่ที่ติดไว้

การประเมินความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 3.1.2)

ควรเริ่มด้วยการศึกษาปริมาณงานด้านการให้บริการผู้สูงอายุของหน่วยงาน ซึ่งอาจดูจาก

- ◆ สถิติและแนวโน้มผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- ◆ ประเภท ลักษณะ สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุ

- ◆ การใช้เวลาของเจ้าหน้าที่กับผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับความรุนแรงต่างๆ เมื่อทราบปริมาณงานแล้ว จึงพิจารณาความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ซึ่งอาจทำได้โดย

- ◆ เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละสาขาวิชาชีพ

- ◆ ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

- ◆ เปรียบเทียบปริมาณงานการให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุและจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ระหว่างหน่วยบริการในโรงพยาบาลหรือภายนอกโรงพยาบาลซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกัน

การประเมินผลการปฏิบัติงาน (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 3.2)

เป้าหมาย ควรเน้นการประเมินเพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติงานของคลินิกผู้สูงอายุ

เกณฑ์ประเมิน ควรกำหนดให้ชัดเจน เช่น

- ◆ การปฏิบัติหน้าที่ตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งที่กำหนดไว้

- ◆ การปฏิบัติตามนโยบายและวิธีทำงานที่กำหนดไว้ในด้านต่างๆ เช่น การคัดกรองโรค การให้คำปรึกษา

- ◆ การบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

- ◆ การร่วมทำงานเป็นทีมในคลินิกผู้สูงอายุ

- ◆ การปฏิบัติตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ

กลไกการประเมิน อาจประกอบด้วย

- ◆ การประเมินตนเอง การประเมินโดยเพื่อนร่วมงาน
- ◆ การประเมินโดยผู้บังคับบัญชา
- ◆ การใช้ข้อมูลจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาร่วมประเมิน

การบันทึกผล

ควรระบุจุดเด่นในการปฏิบัติงานของคลินิกผู้สูงอายุและประเด็นที่ควรปรับปรุง

การประเมินระบบประเมิน

ควรมีการประเมินความเหมาะสมของระบบประเมินผลการปฏิบัติงานของคลินิกผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ การกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบหรือหักเหี่ยนฝีกงาน (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน

ที่ 3.3)

ผู้ทำหน้าที่กำกับดูแล คือ ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือมีใบประกอบวิชาชีพหรือมีใบประกอบโรคศิลปะในสาขานั้นๆ รวมถึงเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในด้านการให้บริการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นที่ยอมรับของหน่วยงาน

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม เพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุของหน่วยงาน / บริการ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุก่อนเข้าประจำการ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ สำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ในรูปแบบการเปลี่ยนพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/การให้บริการแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

ขยายความ

การประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาวิชาการด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 4.1)

ในการปฐมนิเทศ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล และการศึกษาต่อเนื่อง ควรมีการประเมินความต้องการ และกำหนดเนื้อหาวิชาการด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลต่อไปนี้

◆ ข้อมูลจากการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

◆ ข้อมูลจากกิจกรรมคุณภาพด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

◆ การเปลี่ยนแปลงพันธกิจ ขอบเขตงาน ความก้าวหน้าทางวิชาการ และเทคโนโลยีด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และมีการจัดลำดับความสำคัญให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่หน่วยงานมีอยู่

แผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 4.2)

แผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล อาจประกอบด้วย

- ◆ แผนการปฐมนิเทศ
- ◆ แผนการส่งเจ้าหน้าที่ไปรับการอบรม / ศึกษาต่อเนื่องในหลักสูตรต่างๆ ด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ทั้งหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาว
- ◆ แผนการฝึกอบรมภายในโรงพยาบาลด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

การเตรียมความพร้อมก่อนประจำการ (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 4.3)

เจ้าหน้าที่ใหม่ควรได้รับการประชุมชี้แจง / ปฐมนิเทศทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน

การประชุมชี้แจง / ปฐมนิเทศระดับโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ได้รับทราบ

- ◆ นโยบาย
 - ◆ วิธีปฏิบัติในยามปกติและเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน
 - ◆ การรักษาความปลอดภัย
 - ◆ การรักษาความลับของผู้ป่วย
 - ◆ การจ่ายค่าตอบแทน
 - ◆ ความคาดหวังของโรงพยาบาลต่อตัวเจ้าหน้าที่
- การประชุมชี้แจง / ปฐมนิเทศระดับหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ควรได้รับทราบ
- ◆ เรื่องเกี่ยวกับหน่วยงาน
 - ◆ การเตรียมตัวรับบทบาทและหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
 - ◆ นโยบายและวิธีปฏิบัติของหน่วยงานในยามปกติและเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน
 - ◆ การรายงานอุบัติเหตุ และ/หรืออุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์
 - ◆ ระบบประสานงาน และการขอคำปรึกษา / ความช่วยเหลือ
 - ◆ ความคาดหวังของหน่วยงานต่อตัวเจ้าหน้าที่

กิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 4.4)

กิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ควรจะสอดคล้องกับผลการประเมินความต้องการฝึกอบรม และแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล โดยเน้นหนักสิ่งที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพงานด้านผู้สูงอายุ

การจัดกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะอาจทำได้หลายรูปแบบ ควรเลือกให้เหมาะสมกับปัญหาและสถานการณ์ของโรงพยาบาล เช่น

1. รูปแบบ อาจเป็นการบรรยายในที่ประชุม การประชุมกลุ่มย่อยระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพเดียวกัน และร่วมกับวิชาชีพอื่น การส่งเจ้าหน้าที่ไปร่วมประชุมวิชาการกับกลุ่มวิชาชีพหรือสถาบันทางวิชาการเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ การชวนช่วยหาความรู้ด้วยตนเอง การร่วมดำเนินการวิจัยด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. เนื้อหา ควรครอบคลุมทั้งด้าน

- ◆ เทคนิคบริการด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ
- ◆ การทำงานร่วมกับผู้อื่น
- ◆ การพัฒนาคุณภาพงานด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ
- ◆ พฤติกรรมบริการ

3. วิทยากร อาจจะเป็นวิทยากรภายนอก หรือวิทยากรในโรงพยาบาลเอง หรือเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งหากโรงพยาบาลสามารถจัดกิจกรรมการเพิ่มพูนความรู้ด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ที่ไม่ต้องอาศัยวิทยากรภายนอกได้มากเท่าไรก็ยิ่งเป็นผลดี เพราะสามารถจัดได้บ่อยและทันกับปัญหาการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น

4. สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สถานที่ประชุม เอกสารวิชาการ และโสตทัศนอุปกรณ์ เพื่อใช้ในกิจกรรม ส่งเสริมความก้าวหน้าทางวิชาการด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ซึ่งควรมีทั้งในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล

5. การสนับสนุนให้มีการพัฒนาตนเองในเนื้อหาที่ไม่เกี่ยวกับเทคนิคการปฏิบัติหน้าที่โดยตรง แต่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาในด้านความคิด ความมีเหตุผล บุคลิกภาพ การสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ทักษะในด้านการบริหารจัดการ ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ๆ โรงพยาบาลอาจประสานงานกับหน่วยงานการศึกษา เช่น ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน สถาบันการศึกษาในท้องถิ่นเพื่อจัดหลักสูตรการศึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ในเรื่องดังกล่าว

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 5 คู่มือและวิธีปฏิบัติในการให้บริการผู้สูงอายุ

มีคู่มือและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งครอบคลุมถึงความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจ กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 5.1 มีกระบวนการจัดทำคู่มือ / วิธีปฏิบัติด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งมีระบบในการรับรองเผยแพร่และทบทวน

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 5.2 คู่มือ / วิธีปฏิบัติด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุ และครอบครัว

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 5.3 เจ้าหน้าที่ รับผิดชอบ เข้าใจ และปฏิบัติตามคู่มือ / วิธีปฏิบัติด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 5.4 มีการประเมินเพื่อทบทวนการใช้คู่มือและวิธีปฏิบัติด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

เป้าหมายของการมีคู่มือการปฏิบัติงานด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานขั้นต้นของคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อมุ่งหวังที่จะลดความแตกต่างในการปฏิบัติงานและความเสี่ยงของการดูแลผู้สูงอายุ ในการจัดทำคู่มือและวิธีปฏิบัติดังกล่าวนี้ควรเริ่มด้วยการตั้งคำถามพื้นฐาน 3 ข้อ ว่า

- ◆ การปฏิบัติงานใดที่มีโอกาสก่อให้เกิดความเสียหายได้มาก หากไม่ปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติที่ดี
- ◆ การปฏิบัติงานใดที่มีโอกาสเกิดความแตกต่างของการปฏิบัติได้มาก ระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

- ◆ การปฏิบัติงานใดที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงแก่ผู้สูงอายุ

การจัดทำเอกสารคู่มือและวิธีปฏิบัติด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 5.1)

- ◆ ควรจัดทำโดยกระบวนการกลุ่ม คือ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานร่วมปรึกษาหารือกับเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่น ตลอดจนตัวแทนวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

- ◆ ควรมีระบบการรับรองอย่างเหมาะสม เช่น หัวหน้าหน่วยงาน ผู้บริหารระดับสูงขึ้นไปหนึ่งชั้น หรือคณะกรรมการ

- ◆ ควรมีกลไกที่ทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบคู่มือและวิธีปฏิบัติในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงคู่มือและวิธีปฏิบัติ

- ◆ ควรมีการทบทวนคู่มือและวิธีปฏิบัติอย่างน้อยทุก 3 ปี หรือเมื่อเห็นว่าจำเป็น
- ตัวอย่างคู่มือและวิธีการปฏิบัติด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ที่ควรมี (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 5.2)**

ด้านการบริหารจัดการ

- ◆ กิจกรรมทบทวนและพัฒนาคุณภาพ
- ◆ การบริหารงานบุคคล
- ◆ การรับสวัสดิการและสิทธิพิเศษของเจ้าหน้าที่ ในกรณีเกิดการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน
- ◆ การดำเนินการทางวินัย
- ◆ การร้องทุกข์
- ◆ กระบวนการรับคำร้องเรียน / คำร้องทุกข์จากผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่
- ◆ ระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วย
- ◆ การบำรุงรักษาเครื่องมือ / อุปกรณ์ที่จำเป็น

ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

- ◆ การรับ / จำหน่าย / เคลื่อนย้าย / ส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุ
- ◆ การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุเมื่อแรกรับ
- ◆ ข้องชี้ในการปรึกษาแพทย์ด้านการบำบัดรักษาผู้สูงอายุ
- ◆ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

- ◆ การรักษาความลับของผู้สูงอายุ
- ◆ การเปิดเผยข้อมูลของผู้สูงอายุ
- ◆ การยินยอม / ไม่ยินยอมรับการรักษาของผู้สูงอายุ

ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

- ◆ การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้สูงอายุ
- ◆ การบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ความผิดพลาด อุบัติการณ์ คำร้องเรียน

ด้านความปลอดภัย

- ◆ แผนรองรับอุบัติเหตุ / อุบัติภัย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- ◆ การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ

- ◆ การรักษาความปลอดภัยในการทำงาน ความปลอดภัยในชีวิต/ทรัพย์สิน
- ◆ การป้องกันอัคคีภัย
- ◆ วิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ความผิดพลาด หรืออุบัติเหตุ

การปฏิบัติตามคู่มือ / วิธีปฏิบัติ (GEN.5.3)

ควรมีการประเมินว่า เจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานปฏิบัติตามคู่มือ / วิธีปฏิบัติด้านการคัดกรอง การควบคุม ป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุหรือไม่ โดยอาจใช้วิธีต่อไปนี้

- ◆ การตรวจสอบ
- ◆ การทบทวนคำติชม
- ◆ การวิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์และอุบัติเหตุ
- ◆ การสัมภาษณ์
- ◆ การสังเกต
- ◆ การสำรวจ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้สูงอายุอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการหรือหน่วยงานมีความเหมาะสม สะดวก ต่อการเข้าถึงบริการของคลินิกผู้สูงอายุ และสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายใน เหมาะสมสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงานมีความปลอดภัย มีการระบาย อากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาด และเป็นระเบียบ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 6.4 สถานที่ตรวจ / รักษา / ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน

ขยายความ

ลักษณะสภาพทั่วไปของหน่วยงาน (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 6.3)

ลักษณะทั่วไปของอาคารสถานที่ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติงานหรือให้บริการผู้สูงอายุ ควรมีองค์ประกอบดังนี้

- ◆ คลินิกผู้สูงอายุเป็นไปตามข้อกำหนดด้วยมาตรฐานความปลอดภัย
- ◆ มีการถ่ายเทอากาศหรือการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นเหม็นรบกวน ทั้งในบริเวณที่ใช้เครื่องปรับอากาศ และบริเวณที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ
- ◆ มีแสงสว่างและระดับอุณหภูมิเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ
- ◆ ไม่มีสิ่งรบกวนที่มีผลกระทบต่อการทำงานการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เช่น เสียง ฝุ่นละออง
- ◆ มีความสะอาดและเป็นระเบียบ จัดวางวัสดุครุภัณฑ์เป็นระเบียบเรียบร้อย สะดวกต่อการใช้ ไม่กีดขวางทางสัญจรของผู้ให้และรับบริการ

ลักษณะเฉพาะของสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ของคลินิกผู้สูงอายุ

◆ สภาพแวดล้อมของคลินิกผู้สูงอายุเป็นสัดส่วน ปราศจากความเสี่ยงทางด้านกายภาพในการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และสามารถบริหารความเสี่ยง ด้านการพลัดตกหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุได้

- ◆ มีห้องทำกิจกรรม / ให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก / ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 7.3 มีผู้ใช้เครื่องมือพิเศษด้านการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ โดยได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะและมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี

กำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็นด้านการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา

กำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

กำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความ

หลักเกณฑ์การคัดเลือก / ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ (ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 7.1)

- ◆ การรับรองโดยหน่วยงานผู้ควบคุม
- ◆ การยอมรับของแพทย์ / ผู้ใช้
- ◆ ความคุ้มค่า
- ◆ บริการหลังจำหน่าย
- ◆ มาตรฐานความปลอดภัยและสุขอนามัยในที่ทำงาน
- ◆ ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ เช่น

- ◆ เครื่องช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน / รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน พร้อมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ครบถ้วน
- ◆ แผ่นตรวจวัดสายตาพื้นฐาน

ระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ อาจอยู่ในรูปแบบดังต่อไปนี้

◆ หน่วยงานจัดเตรียมสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็นในการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุไว้ให้พร้อม

◆ หน่วยงานมีระบบที่จะจัดหาเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็นในการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุมาจากหน่วยงานอื่นได้อย่างทันที่

ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ การบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพควรมีองค์ประกอบดังนี้

◆ มีคู่มือปฏิบัติในการดูแลรักษาเครื่องมือเพื่อป้องกันการเสื่อมชำรุด และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในหน่วยงานมีความเข้าใจวิธีการดังกล่าวเป็นอย่างดี

◆ มีระบบในการดูแลเครื่องมือที่มีความละเอียดอ่อนหรือซับซ้อนเป็นการเฉพาะ เช่น มีช่างบริการที่ได้รับบริการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะ หรือมีระบบติดต่อหน่วยงานบริการนอกโรงพยาบาลได้ทันที

◆ มีบันทึกประวัติของเครื่องมือ ผู้ขาย และการบำรุงรักษาเครื่องมือแต่ละชิ้น

◆ มีบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นกับเครื่องมือแต่ละชิ้น ประกอบด้วย ลักษณะปัญหา สาเหตุการแก้ไข ค่าใช้จ่าย และระยะเวลาที่ไม่สามารถใช้งานได้

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 8 ระบบงาน / กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน / กระบวนการให้บริการผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ ในการให้บริการผู้สูงอายุ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 8.2 ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการรับบริการ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 8.4 ผู้สูงอายุแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการบำบัดรักษาเป็นระยะเพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 8.5 กระบวนการให้บริการผู้สูงอายุเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเหมาะสมภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่เหมาะสม

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 8.6 มีการบันทึกข้อมูลและปัญหาของผู้สูงอายุ แผนการคัดกรองการควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการให้บริการ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 8.7 มีกระบวนการที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ สามารถกลับไปดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดูแลและพึ่งพาตนเอง อยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม

ขยายความ

การดูแลผู้สูงอายุ มีความหมายครอบคลุมถึงบริการด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น ไม่ได้จำกัดเฉพาะการบำบัดรักษาที่กระทำโดยแพทย์เท่านั้น แต่รวมการดูแลอื่นๆ ด้วย เช่น การให้บริการพยาบาล การบริหารทางเภสัชกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงครอบคลุมถึงกระบวนการในการค้นหาผู้ป่วยเพื่อการเข้าถึงบริการการปรับกระบวนการในการบำบัดรักษาในเชิงรุก

การทำงานร่วมกันเป็นทีม อาจอยู่ในรูปแบบต่อไปนี้

- ◆ การประเมินผู้สูงอายุร่วมกันโดยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- ◆ การบันทึก การวางแผนการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และทบทวนผลร่วมกันโดยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- ◆ การทำกิจกรรมประเมินและพัฒนาคุณภาพร่วมกันโดยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- ◆ การประชุมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ / ผู้สูงอายุ / ครอบครัว
- ◆ การประชุมร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการ

การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ ได้แก่กิจกรรมต่อไปนี้

- ◆ การจัดลำดับความสำคัญของภาวะเสี่ยง การเจ็บป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือและบำบัดรักษาที่เร่งด่วนได้อย่างทันเหตุการณ์
- ◆ การให้ข้อมูลทั่วไปที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น ขั้นตอนในการบำบัดรักษา สถานที่ เวลาเยี่ยม ผู้ให้บริการ สิทธิ ความรับผิดชอบ ระเบียบและข้อกำหนดต่างๆ ของโรงพยาบาล
- ◆ การลงนามยินยอมรับการรักษาของผู้สูงอายุหรือญาติหลังจากได้รับการอธิบายจนเข้าใจแล้ว

การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้สูงอายุกับทีมผู้ให้บริการ ได้แก่กิจกรรมต่อไปนี้

- ◆ ผู้สูงอายุและครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูลเกี่ยวข้องของการเจ็บป่วยแก่ทีมผู้ให้บริการอย่างครบถ้วน
- ◆ ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่จำเป็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลบำบัดรักษา ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ทางเลือกในการรักษา และการพยากรณ์โรค

การประเมินและวางแผนการคัดกรอง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ได้แก่กิจกรรมต่อไปนี้

- ◆ การซักประวัติ การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อจำกัดของผู้สูงอายุ
- ◆ การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย (investigation) ในเวลาที่เหมาะสมเมื่อจำเป็น
- ◆ การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องในเวลาเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- ◆ การวางแผนการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุแต่ละราย โดยผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจในบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

กระบวนการให้บริการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ โดยกระบวนการที่เหมาะสมภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล ควรมีองค์ประกอบต่อไปนี้

- ◆ ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- ◆ มีการให้การดูแลบำบัดรักษาครบถ้วนทุกองค์ประกอบตามความเหมาะสม ได้แก่
 - การรักษาชีวิต
 - การป้องกันการสูญเสียและรักษาสภาพ / หน้าที่ของอวัยวะ
 - การรักษาเพื่อทุเลาอาการ
 - การดูแลความสุขสบายทางร่างกาย
 - ความอบอุ่นทางจิตใจ
 - ยา
 - อาหาร
 - หัตถการต่างๆ
 - การป้องกันการติดเชื้อและอุบัติเหตุ
- ◆ มีการจัดระบบเพื่อให้การดูแลบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่ปลอดภัย ด้วยการ
 - ให้ผู้สูงอายุอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
 - ผู้สูงอายุทุกรายได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง
 - ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยหนักซึ่งถูกเคลื่อนย้ายไปยังจุดอื่นจะมีผู้ติดตาม ซึ่งมีความสามารถในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขปัญหา / อันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะนำส่ง
- ◆ มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลบำบัดรักษาโดยบุคคลที่เหมาะสม
- ◆ มีการปฏิบัติตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพและข้อพึงปฏิบัติ ซึ่งเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาลและได้รับการกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
- ◆ มีการประเมินผลการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุเป็นระยะๆ เพื่อดูการตอบสนองต่อแผนการบำบัดรักษาที่วางไว้

กระบวนการที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สามารถกลับไปดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดูแลและพึ่งพาตนเอง อยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม กระบวนการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับระยะเวลาการนอนของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลให้เหมาะสมที่สุด (ในกรณีรับไว้เป็นผู้ป่วยใน) ผู้สูงอายุได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน ซึ่งอาจมีหลายรูปแบบ เช่น การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) หรือการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อดูแลตนเอง (self care education) โดยคำนึงถึงระดับความรู้ความสามารถ ข้อจำกัดของผู้สูงอายุและ/หรือครอบครัว ควรเริ่มกระบวนการนี้โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น ตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล โดยการกำหนดร่วมกันในลักษณะสหสาขาด้วยรูปแบบหรือแนวคิด **M-E-T-H-O-D** ทำให้สามารถพิจารณาองค์ประกอบได้ครบถ้วนขึ้น

- ◆ M (Medication) ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ
- ◆ E (Environment & Economic) ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน การจัดการเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจและสังคม เช่น การฝึกอาชีพ
- ◆ T (Treatment) ผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการบำบัดรักษา สามารถสังเกตอาการหรือพฤติกรรมของตนเองและรายงานอาการหรือพฤติกรรมที่สำคัญให้แพทย์ / พยาบาลทราบ มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะที่เสี่ยงด้วยตนเองอย่างเหมาะสมก่อนมาถึงโรงพยาบาล
- ◆ H (Health) ผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าใจภาวะการป้องกันโรคของตน ตลอดจนการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน รวมถึงความสามารถในการปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เอื้อต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถป้องกันโรคได้
- ◆ O (Outpatient Referral) ผู้สูงอายุเข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะเสี่ยง รวมทั้งการส่งต่อ สรุปผลการบำบัดรักษา และแผนการบำบัดรักษาให้กับหน่วยงานอื่นที่จะรับช่วงดูแลต่อ
- ◆ D (Diet) ผู้สูงอายุเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับภาวะและข้อจำกัดด้านสุขภาพ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือการให้บริการผู้สูงอายุ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9.1 หน่วยงานหรือหน่วยที่ให้บริการผู้สูงอายุมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ / ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุหรือบุคคล / หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานของคลินิกผู้สูงอายุที่สำคัญ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการ ค้นหาสาเหตุ (root causes) ที่แท้จริงตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence - based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9.3.1 มีกระบวนการนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

ขยายความ

การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติ เป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่สำคัญ การควบคุมกำกับเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาโอกาสในการพัฒนา และเพื่อให้ทราบว่าหน่วยงานสามารถธำรงรักษาสิ่งที่ได้พัฒนาไปแล้วได้หรือไม่ การเลือกใช้เครื่องชี้วัดตัวใดต้องพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

◆ มิติของคุณภาพงานในหน้าที่ของหน่วยงานนั้น ซึ่งมักจะพิจารณาในเชิงผลลัพธ์ เช่น ผลลัพธ์ของงานคลินิกบริการหลัก ได้แก่

- ผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน / อันตราย อัตราการติดเชื้อ เป็นต้น
- ผลลัพธ์ด้าน function ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการกลับไปดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดูแลและพึ่งพาตนเอง อยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม ภาวะทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุและครอบครัว ความร่วมมือในการมาติดตามการรักษา เป็นต้น

- ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัว ทั้งความพึงพอใจในภาพรวม และในประเด็นสำคัญ เช่น ความพึงพอใจต่อการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจต่อระยะเวลาารอคอยและค่าบริการ ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจต่อสถานที่และความสะดวกทั่วไป

- ทรัพยากรและระยะเวลาที่ต้องใช้ในการให้บริการจนหายหรือครบกำหนดการรักษา

- ◆ การวัดในส่วนของกระบวนการทำงาน (process indicator) ซึ่งอาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการให้บริการ
- ◆ ความยากง่ายและทรัพยากรที่ต้องใช้ในการเก็บข้อมูล ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดความถี่ของการควบคุมกำกับข้อมูล

- ◆ ประโยชน์อันอาจมีขึ้นจากการควบคุมกำกับเครื่องชี้วัดนั้นๆ

การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการที่สำคัญมาประเมินและพัฒนา ควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมหรือกระบวนการที่มีลักษณะดังนี้

◆ มีโอกาสปรับปรุงระบบงานในการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุให้ดีขึ้นน้อยลง

- ◆ มีความเสี่ยงสูงหรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ
- ◆ มีความแตกต่างในวิธีการปฏิบัติ
- ◆ มีปริมาณมากหรือเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
- ◆ มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาหรือมีความเสี่ยง
- ◆ ต้องอาศัยการประสานงานระหว่างหน่วยงาน / สาขาวิชาชีพ
- ◆ เป็นความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุและครอบครัว

กิจกรรมทบทวนการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ (clinical review) หรือเดิมเรียกว่าการตรวจสอบ (medical audit, nursing audit, clinical audit) ซึ่งให้ความรู้สึกในทางลบว่าเป็นการมุ่งจับผิดที่ตัวบุคคล จึงไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร ในปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพ (quality improvement) และแนวคิดทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานยอมรับทางวิทยาศาสตร์ (evidence - based practice) เข้ามาประสานกับแนวคิด clinical audit ดังเดิม เปิดโอกาสให้มีการใช้แนวคิดเชิงบวกและความรู้ทางวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้มากขึ้นในการทบทวนเพื่อหาจุดอ่อนที่ตัวระบบ และความแตกต่างจากความรู้ทางวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งอาจทำได้หลายรูปแบบ เช่น

1. การทบทวนเพื่อติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) เป็นกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติ และการนำไปปฏิบัติจริง กล่าวคือ ทบทวนเพื่อดูว่า guideline ที่กำหนดไว้เหมาะสมหรือไม่ ขณะเดียวกันเป็นการทบทวนว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นสอดคล้องกับข้อมูลทางวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุหรือไม่

2. การทบทวนระหว่างสาขาวิชาชีพทางคลินิก เป็นกระบวนการระดมความคิดจากผู้ให้บริการทุกสาขา มาทบทวนปัญหาาร่วมกัน เพื่อหาทางออกที่เหมาะสม เป็นการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

3. การทบทวนเฉพาะด้าน เช่น การเสียชีวิต การติดเชื้อ การเจ็บป่วย การเกิดโรค / ภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา การใช้ทรัพยากร คำร้องเรียนที่มีมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

แนวทางการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพคลินิกผู้สูงอายุที่ให้บริการทุกระดับทั่วประเทศ

<p>ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 1</p>	<p>พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ : มีการกำหนดพันธกิจ ขอบเขต เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการคัดกรอง / ควบคุมป้องกันโรค / บำบัดรักษา / ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน</p>
<p>หลักฐาน</p>	<p>มีการกำหนดพันธกิจและขอบเขตของการจัดบริการคัดกรอง / ควบคุมป้องกันโรค / บำบัดรักษา / ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุเป็นลายลักษณ์อักษร บ่งบอกภาระหน้าที่ของคลินิกผู้สูงอายุอย่างชัดเจน (ดูบันทึก)</p> <p>หน่วยงานมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการคัดกรอง / ควบคุมป้องกันโรค / บำบัดรักษา / ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่เป็นไปได้ และสามารถวัดได้ (ดูจากแผนปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุต่อเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการที่คลินิกผู้สูงอายุจัดทำขึ้น)</p> <p>เจ้าหน้าที่ในคลินิกผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบพันธกิจ ขอบเขต เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการคัดกรอง / ควบคุมป้องกันโรค / บำบัดรักษา / ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุของหน่วยงาน และทราบบทบาทของตนเองในการทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว (สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในคลินิกผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)</p>

<p>ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 2</p>	<p>การจัดองค์กรและการบริหาร : มีการจัดองค์กรและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ</p>
<p>หลักฐาน</p>	<p>มีการจัดโครงสร้างองค์กรของหน่วยงานที่ให้บริการผู้สูงอายุอย่างชัดเจนและเหมาะสม (ดูจากแผนภูมิโครงสร้างองค์กร / สายการบังคับบัญชาของหน่วยงาน รวมถึงการประสานงานภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน)</p> <p>มีการคัดเลือกหัวหน้าหน่วยงานที่ให้บริการผู้สูงอายุจากผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม มีการมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุผลตามพันธกิจที่กำหนดไว้ (ดูจากเกณฑ์การเข้าสู่ตำแหน่ง และคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งของหัวหน้างาน / แบบประเมินประสิทธิภาพการนำองค์กรของหัวหน้าหน่วยงาน)</p> <p>มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งในบุคลากรทุกระดับในหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษร และเจ้าหน้าที่รับทราบหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง (ดูจากเอกสารคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงานที่จัดทำขึ้น / สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของหน่วยงาน)</p> <p>หน่วยงานมีกลไกในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจและกำหนดนโยบายของคลินิกผู้สูงอายุในภาพรวม (ดูจากบันทึกรายงานการประชุม หรือรูปแบบต่าง ๆ ของกลไกดังกล่าวที่หน่วยงานจัดทำขึ้น เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ การจัดทำจดหมายข่าว เป็นต้น ดูจากประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในคลินิกผู้สูงอายุ)</p>

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 3	การจัดการทรัพยากรบุคคล : มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้สูงอายุได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ
หลักฐาน	<p>มีจำนวนเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับภาระหน้าที่ด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ / ในกรณีที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอสามารถมีกลไกให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม (ดูจากอัตรากำลัง / ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน)</p> <p>มีการติดตามและประเมินความเพียงพอของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ (ดูบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติงาน และ/หรือการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของงาน และ/หรือการวิเคราะห์ภาระงานที่หน่วยงานจัดทำขึ้นเพื่อประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่)</p> <p>มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ดูจากบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติงานและการนำผลการประเมินมาวางแผนปรับปรุงแก้ไข)</p> <p>ในกรณีที่มีเจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกหัด จะต้องปฏิบัติงานด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุภายใต้การกำกับดูแลของผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ หรือผู้มีประสบการณ์เป็นที่ยอมรับของหน่วยงาน (ดูจากแบบติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน และ/หรือแบบติดตามนิเทศงานผู้ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ)</p>

<p>ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 4</p>	<p>การพัฒนาทรัพยากรบุคคล : มีการเตรียมความพร้อม เพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ</p>
<p>หลักฐาน</p>	<p>มีการประเมินความต้องการและความจำเป็นในการฝึกอบรม รวมถึงมีการกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ (ดูจากแบบประเมินความต้องการและความจำเป็นในการฝึกอบรม : Training Need Survey และการวิเคราะห์การสำรวจเพื่อกำหนดเนื้อหาการอบรม)</p> <p>มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุของหน่วยงาน/บริการ (ดูจากแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานและโรงพยาบาล)</p> <p>ในกรณีเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานใหม่ เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุก่อนเข้าประจำการ (ดูจากบันทึกการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ / หลักสูตรการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่)</p> <p>มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ สำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ (ดูจากแผนพัฒนาบุคลากร)</p> <p>มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลกระทบต่อการดูแล / การให้บริการแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว (ดูจากการประเมินผลแผนพัฒนาบุคลากรและการวางแผนพัฒนาบุคลากรต่อภายหลังการประเมินแผน)</p>

<p>ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 5</p>	<p>คู่มือและวิธีปฏิบัติการให้บริการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ : มีคู่มือและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจ / กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดเป็นแนวทางในการปฏิบัติ</p>
<p>หลักฐาน</p>	<p>มีกระบวนการจัดทำคู่มือ / วิธีปฏิบัติด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน (ดูบันทึกแนวทางการจัดทำ / แนวทางการรับรอง เผยแพร่ และทบทวนคู่มือและวิธีปฏิบัติ)</p> <p>มีการจัดทำคู่มือ/วิธีปฏิบัติด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุของคลินิกผู้สูงอายุที่มีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุ และครอบครัว (ดูจากคู่มือ / วิธีปฏิบัติของคลินิกผู้สูงอายุที่จัดทำขึ้นว่ามีความครอบคลุมประเด็นหลักในการให้บริการมากน้อยเพียงใด)</p> <p>เจ้าหน้าที่รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามคู่มือ / วิธีปฏิบัติด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่จัดทำขึ้น (จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ / การสังเกตการปฏิบัติงาน / การวิเคราะห์ รายงานอุบัติการณ์)</p> <p>มีการประเมินคู่มือและวิธีปฏิบัติด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน (ดูจากผลการทบทวนการใช้คู่มือ)</p>

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 6	สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ : สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้สูงอายุอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
หลักฐาน	<p>สถานที่ตั้งหน่วยบริการหรือหน่วยงานมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ และสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ สภาพทั่วไปภายในคลินิกผู้สูงอายุมีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่ (ดูจากสภาพแวดล้อม / อาคารสถานที่ที่ให้บริการ / รายงานอุบัติการณ์หรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ ซึ่งเกิดจากโครงสร้างทางกายภาพ)</p> <p>มีสถานที่ตรวจ / รักษา / ให้คำปรึกษากับผู้สูงอายุที่เป็นสัดส่วน และมีความมิดชิดพ้นจากสายตาและการได้ยินโดยบุคคลอื่น (ดูจากสภาพของสถานที่ที่ให้บริการ)</p>

ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 7	เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก : มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
หลักฐาน	มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการผู้สูงอายุ (ดูจากบันทึกหลักเกณฑ์และแนวทางในการคัดเลือกเครื่องมือ อุปกรณ์)
	มีเครื่องและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุ (ดูจากการประเมินความเพียงพอของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการ)
	ในกรณีมีเครื่องมือพิเศษด้านการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในหน่วยงาน ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษจะต้องได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี (ดูจากประวัติการอบรมการใช้เครื่องมือพิเศษ)
	มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็นด้านการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุให้พร้อมที่จะให้บริการได้ตลอดเวลา รวมถึงมีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา (ดูจากแนวทางการจัดเตรียมและจัดหาเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น / แนวทางการตรวจสอบเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ให้สามารถพร้อมใช้งานได้ทันท่วงที)
	มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ (ดูจากบันทึกประวัติเครื่องมือ / ระบบในการดูแลเครื่องมือ / คู่มือในการดูแลรักษาเครื่องมือเพื่อป้องกันการเสื่อมชำรุด)

<p>ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 8</p>	<p>ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ (งานคลินิกบริการ) : มีระบบงาน / กระบวนการให้บริการผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ</p>
<p>หลักฐาน</p>	<p>มีการทำงานร่วมกันเป็นที่ระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ ในการให้บริการผู้สูงอายุ (ดูจากระบบการทำงาน/การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ รายงานการประชุมของการทำงานระหว่างสาขาวิชาชีพ)</p> <p>ผู้สูงอายุได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการรับบริการ (ดูจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ / แนวทางหรือกิจกรรมเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวก่อนการรักษา / การสังเกตการปฏิบัติงาน)</p> <p>มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นระหว่างผู้สูงอายุกับทีมผู้ให้บริการ (ดูจากกิจกรรม กลไกหรือแนวทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูล / จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ)</p> <p>ผู้สูงอายุแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการคัดกรอง ควบคุมป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นระยะเพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ (ดูจากบันทึกเวชระเบียน / จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ / จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ)</p> <p>มีกระบวนการให้บริการผู้สูงอายุที่เป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในสถานการณของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม (ดูจากระบบการให้บริการที่สามารถตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาได้ทันที / ครบถ้วนทุกองค์ประกอบของการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่ปลอดภัย)</p> <p>มีการบันทึกข้อมูลและปัญหาของผู้สูงอายุ แผนการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการให้บริการ (ดูจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วย)</p> <p>มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุได้กลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม (ดูจากการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) / จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ / จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว)</p>

<p>ข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 9</p>	<p>กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ : มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือการให้บริการผู้สูงอายุ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>
<p>หลักฐาน</p>	<p>หน่วยงานหรือหน่วยที่ให้บริการผู้สูงอายุมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ / ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน โดยใช้ความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence - based) ดูจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานที่เกิดขึ้น 2. การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานของคลินิกผู้สูงอายุที่สำคัญ 3. มีการเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง 4. มีการค้นหาสาเหตุ (root causes) ที่แท้จริง 5. ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ ๆ 6. มีการประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ 7. มีการเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ เช่น แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคต่าง ๆ และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ 8. มีกิจกรรมทบทวนการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

เกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุ

เกณฑ์ขั้นต่ำที่ยอมรับได้ (Minimal Passing Level)

คลินิกผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินอย่างน้อยจะต้องมีการปฏิบัติหรือตรวจพบในลักษณะต่อไปนี้

1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

1.1 ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนให้คลินิกผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ มีการมอบหมายทั้งเชิงนโยบาย และให้มีทีมผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีการติดตามปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพงานผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

1.2 ทีมผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุมีความเข้าใจในแนวคิดการพัฒนาคุณภาพงานผู้สูงอายุที่ชัดเจน เข้าใจความมุ่งหมายของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกผู้สูงอายุ ทราบบทบาทของตนเองต่อการทำให้งานคลินิกผู้สูงอายุบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีการกำหนดกลยุทธ์และแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจนว่าจะไปสู่เป้าหมายรวมได้อย่างไร

2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

2.1 มีการสนับสนุนและจัดสรรทรัพยากรให้กับงานผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพงานและตอบสนองต่อการให้บริการผู้สูงอายุ

2.2 มีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีในการจัดบริการ มีการใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา มาใช้ในการวางแผนการให้บริการ มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ปัญหาการให้บริการ และ/หรือวางแผนการให้บริการ

2.3 มีโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการให้บริการ ปราศจากความเสี่ยง สร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และเอื้อต่อการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ

2.4 มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและระบบรักษาความปลอดภัย สำหรับอาคารสถานที่ เครื่องมือ ซึ่งได้รับการปฏิบัติโดยบุคคลที่มีความรู้ และมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ

2.5 มีการจัดกำลังคนปฏิบัติโดยอาศัยปริมาณงาน / ความต้องการของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์ มีการกำหนด training need ของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน มีการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ และมีการพัฒนาความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่ตาม training need ที่วิเคราะห์ได้

3. การประกันและพัฒนาคุณภาพ

3.1 มีการวิเคราะห์ความต้องการ / ความคาดหวังของผู้สูงอายุและผู้รับผลงานอื่นๆ มีการทบทวนโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงขึ้นในสิ่งแวดล้อมและระบบบริการ

3.2 มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติงานสำหรับกระบวนการที่สำคัญและมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหา และผู้ปฏิบัติงานรับทราบแนวทางปฏิบัติงานดังกล่าว

3.3 มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุ (clinical practice guideline) และมีหลักฐานว่านำแนวทางเวชปฏิบัติที่จัดทำขึ้นไปปฏิบัติ

3.4 มีการกำหนดเครื่องชี้วัดและติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญ

3.5 มีระบบที่จะติดตามการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

4. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

4.1 มีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสิทธิของตน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตระหนักในเรื่องสิทธิผู้ป่วย และมีการจัดระบบเพื่อคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

4.2 มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในเรื่องที่จะเป็นปัญหาด้านสิทธิผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการกำหนดค่าบริการ การเรียกเก็บเงิน การรับ / ส่งต่อ / จำหน่ายผู้ป่วย

5. ระบบการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

5.1 มีการทำงานเป็นทีมและการประสานงานที่ดีระหว่างวิชาชีพที่ให้บริการผู้สูงอายุ

5.2 ผู้สูงอายุและครอบครัวมีโอกาสให้และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เพียงพอ

5.3 มีการประเมินผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องในระยะเวลาที่เร็วที่สุด

5.4 ผู้สูงอายุอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างต่อเนื่อง ได้รับการตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาได้ทันที่วงที่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ได้รับการบำบัดรักษาครบถ้วนทุกองค์ประกอบโดยบุคคลที่เหมาะสม

5.5 มีการบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่ครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถสื่อสารระหว่างวิชาชีพอย่างเพียงพอ เกิดประโยชน์ต่อการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

5.6 มีการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ และให้ความรู้เพื่อดูแลตนเองตามระดับความรู้ความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุ

ประเด็นในการประเมิน	การออกแบบระบบ / แนวทางปฏิบัติ / ความตั้งใจ / โครงสร้าง	การนำไปปฏิบัติ / ความเข้าใจ / กระบวนการ	การวัดผล และ ผลลัพธ์
หมวด 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ			
1. ผู้บริหารระดับสูง - มีรูปธรรมของการให้การสนับสนุนให้คลินิกผู้สูงอายุปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ - มีการกระตุ้น ติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพงานผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ			
2. ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ/ที่รับผิดชอบ - เข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพงานผู้สูงอายุ เข้าใจข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกผู้สูงอายุ - มีการกำหนดเป้าหมายของงานผู้สูงอายุ (พันธกิจ วิสัยทัศน์) กำหนดกลยุทธ์และแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจน - การนำแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล			
หมวด 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร			
3. การจัดสรร / บริหารทรัพยากร และประสานบริการ - การสนับสนุนและจัดสรรทรัพยากรให้กับงานผู้สูงอายุ			

ประเด็นในการประเมิน	การออกแบบระบบ / แนวทางปฏิบัติ / ความตั้งใจ / โครงสร้าง	การนำไปปฏิบัติ / ความเข้าใจ / กระบวนการ	การวัดผล และ ผลลัพธ์
<ul style="list-style-type: none"> - การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการ - การนำข้อมูลทางระบาดวิทยาที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาใช้ในการวางแผนการให้บริการ 			
<p>4. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดให้มีเจ้าหน้าที่เหมาะสมทั้งปริมาณและคุณภาพ - การประเมินความต้องการในการอบรมและดำเนินการพัฒนาศักยภาพ - การประเมินการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมการพัฒนาตนเอง 			
<p>5. การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม มีความปลอดภัย เหมาะสมต่อการให้บริการ 			
<p>6. เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ - ระบบสำรองเครื่องมือ - ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ 			
<p>หมวด 3 การประกันและพัฒนาคุณภาพ</p>			
<p>7. การประกันและพัฒนาคุณภาพบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การวิเคราะห์ความต้องการ / ความคาดหวังของผู้รับผลงาน - การจัดทำแนวทางปฏิบัติงานการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุ (CPG) - การติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพ / ทบทวนตรวจสอบระบบงาน - การแก้ไข / ป้องกันปัญหา - การทบทวนและปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุ (patient care review) 			
<p>หมวด 4 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย</p>			
<p>8. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสิทธิของตน - มีการจัดระบบเพื่อคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน - การทบทวนผลการปฏิบัติ 			

ประเด็นในการประเมิน	การออกแบบระบบ / แนวทางปฏิบัติ / ความตั้งใจ / โครงสร้าง	การนำไปปฏิบัติ / ความเข้าใจ / กระบวนการ	การวัดผล และ ผลลัพธ์
หมวด 5 ระบบการคัดกรอง การควบคุม ป้องกันโรค การบำบัดรักษา และ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ			
9. การทำงานเป็นทีมในการคัดกรอง การควบคุม ป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้สูงอายุ - การสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการ - การประเมินและวางแผนดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน			
10. การเตรียมความพร้อมสูงอายุและครอบครัว - การคัดกรองความรุนแรง - การแลกเปลี่ยนข้อมูล			
11. การประเมินและวางแผนการคัดกรอง การ ควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้สูงอายุ - การประเมินผู้สูงอายุ - การตรวจพิสูจน์ - การวินิจฉัยโรค - การประเมินซ้ำ			
12. กระบวนการให้บริการคัดกรอง การควบคุม ป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้สูงอายุ - การจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย - การดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม			
13. การบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ - การตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึก - มีข้อมูลและรายละเอียดในการบันทึก เพียงพอสำหรับการสื่อสาร ความต่อเนื่องของ การรักษา และการประเมินคุณภาพ			
14. การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง - การวางแผนจำหน่าย - การให้ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ/ญาติ ก่อนจำหน่าย - การประสานงานเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ต่อเนื่องหลังจากจำหน่าย			

แนวทางการให้คะแนน

1. คุณภาพของระบบงาน / แนวทางปฏิบัติ (System Design / Approach) พิจารณาจาก
 - การมีเป้าหมายที่ชัดเจน
 - ครอบคลุมประเด็นในข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ
 - มีมาตรการป้องกันปัญหา
 - มีนวัตกรรม
2. คุณภาพของการปฏิบัติตามระบบงานที่กำหนดไว้ (Deployment) พิจารณาจาก
 - ความสอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้
 - การปฏิบัติเต็มตามศักยภาพ
 - การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ มีการประสานงานที่ดี
 - การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ
3. การประเมินและผลลัพธ์ พิจารณาจาก
 - ความเหมาะสมและเพียงพอของข้อมูลและเครื่องชี้วัด
 - การวิเคราะห์ผลและนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง
 - ผลลัพธ์

ตารางที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนน

Compliance	0 (No)	1 (Minimal)	2 (partial)	3 (Significant)	4 (Substantial)	5 (Role Model)
ระบบงาน / แนวทางปฏิบัติ (system Design / Approach) - เป้าหมาย ทิศทาง วัตถุประสงค์ - ครอบคลุมประเด็นในข้อกำหนด และเกณฑ์มาตรฐาน - มีมาตรการป้องกันปัญหา - มีนวัตกรรม	ไม่ชัดเจน ไม่มี ไม่มี ไม่มี	ไม่ชัดเจน ประเด็นปลีกย่อย เป็นการตั้งรับ ไม่มี	ไม่ชัดเจน ประเด็นสำคัญ บางประเด็น เริ่มป้องกัน ไม่มี	ชัดเจน ประเด็นสำคัญ ทั้งหมด ป้องกันดี เริ่มมี	ชัดเจน ทุกประเด็น ป้องกันดีมาก เด่นชัด	ชัดเจน ทุกประเด็น ป้องกันดีมาก เด่นชัด
การปฏิบัติ (Deployment) - ความสอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ - การปฏิบัติเพิ่มตามศักยภาพ - การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ - สถานงานดี - การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ	ไม่สอดคล้อง น้อย ไม่เป็นระบบ ไม่เข้าใจ	ไม่สอดคล้อง น้อย หลากหลาย ไม่เป็นระบบ ไม่เข้าใจ	บางส่วน กึ่งหนึ่ง ยังไม่เป็นระบบ ไม่ชัดเจน	ส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่ เป็นระบบและ สถานงานดี เข้าใจ	เกือบทั้งหมด เกือบเต็ม เป็นระบบและ สถานงานดีมาก เข้าใจ	ทั้งหมด เต็ม เป็นระบบและ สถานงานดีเยี่ยม เข้าใจ
การประเมินผลและผลลัพธ์ (Assessment & Result) - ความเหมาะสมและเพียงพอของเครื่องมือวัด - การวิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์ - ผลลัพธ์	ไม่มีการวัดผล ไม่มี แนวใหม่เชิงลบ	มีข้อมูลพื้นฐาน บางตัว ไม่มี คงตัว	ที่สำคัญบางตัว ไม่มาก เป็นไปตาม เป้าหมาย ที่ตั้งไว้	ที่สำคัญครบถ้วน สม่ำเสมอ แนวใหม่ดี ต่อเนื่อง เป็นไปตาม เป้าหมาย	ครบถ้วน ใช้ประโยชน์สูง แนวใหม่ดี ต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 ปี เทียบกับคู่แข่งได้	ครบถ้วน ใช้ประโยชน์สูงมาก เป็นเลิศในกลุ่ม เป็นอย่างดี อ้างอิงได้

แนวทางการตัดสินใจรับรอง

1. ในส่วนของการออกแบบระบบงานและการปฏิบัติจะต้องได้ 3 คะแนนขึ้นไป ยกเว้นในการประเมินรอบแรกของคลินิกผู้สูงอายุจะผ่อนผันให้สำหรับเรื่องใหม่และต้องใช้เวลาในการพัฒนา เช่น แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) เวชระเบียน จะยอมรับคะแนน 2 ไม่เกิน 2 หัวข้อ และจะตั้งเงื่อนไขให้คลินิกผู้สูงอายุพัฒนา โดยมีทีมไปประเมินซ้ำภายใน 6-12 เดือน

2. ในส่วนการประเมินและผลลัพธ์ การประเมินรอบแรกจะต้องได้ 2 คะแนนขึ้นไป และในรอบต่อๆ ไปจะต้องได้ 3 คะแนนขึ้นไป

3. คลินิกผู้สูงอายุที่จะได้รับการรับรองต้องไม่มีความเสี่ยง ซึ่งจะส่งผลต่อผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่อย่างชัดเจน

การติดตามนิเทศและประเมินผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

ประเด็นสำคัญของการติดตามนิเทศและประเมินผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

1. การสนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงานจากผู้บริหารคลินิกผู้สูงอายุ
2. การดำเนินงานตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน
 - การกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขต เป้าหมายของการจัดบริการผู้สูงอายุ
 - โครงสร้างองค์กรเอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุ
 - บุคลากรมีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ
 - มีแนวทางการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ
 - สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่เอื้อและปลอดภัยต่อการให้บริการคัดกรอง ควบคุมป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ
 - มีระบบงาน / กระบวนการให้บริการคัดกรอง ควบคุมป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ และสนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว
 - มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพการให้บริการคัดกรอง ควบคุมป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ
3. ผลสัมฤทธิ์ของการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ
4. ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน
5. ความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลาง

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของคลินิกผู้สูงอายุที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน
2. ร้อยละของคลินิกผู้สูงอายุที่ได้รับการติดตามนิเทศตามแผน
3. อัตราการเป็นซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. คะแนนประเมินบรรยากาศต่อการติดตามนิเทศคลินิกผู้สูงอายุ
5. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคลินิกผู้สูงอายุที่ได้รับการนิเทศ / ปี

แบบรายงานการติดตามนิเทศและรับรองคุณภาพคลินิกผู้สูงอายุ

ชื่อคลินิกผู้สูงอายุ / โรงพยาบาล.....
(ระบุชื่อโรงพยาบาล อำเภอ จังหวัด).....

รูปแบบ / ขอบเขตการให้บริการผู้สูงอายุ.....
(ระบุประเภทของโรงพยาบาล จำนวนเตียง ขั้นตอนการให้บริการ).....

จุดเด่น.....

โอกาสพัฒนาและข้อเสนอแนะต่อคลินิกผู้สูงอายุ.....

ความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลาง.....

หมายเหตุ : ประเด็นการติดตามนิเทศ

1. การสนับสนุนของทีมนำ / ผู้บริหารโรงพยาบาล ทั้งในด้านการกำหนดนโยบาย การให้การสนับสนุนทรัพยากร การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการที่ช่วยเอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุ

2. การดำเนินงานในการให้บริการผู้สูงอายุตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานที่ 1-9

3. ความเหมาะสมของคลินิกผู้สูงอายุ (การมีสถานที่โดยเฉพาะสำหรับให้บริการผู้สูงอายุมิให้ปะปนกับผู้ป่วยประเภทอื่น การมีวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมและเพียงพอในการให้บริการผู้สูงอายุ การมีบุคลากรเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมเพียงพอในการปฏิบัติงานตลอดเวลาทำการ และความสามารถในการให้บริการผู้สูงอายุ)

แบบประเมินตนเองตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานสำหรับโรงพยาบาล ทุกระดับที่ให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ : การบริหารคุณภาพงานผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หน่วยงานที่ให้บริการผู้สูงอายุใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพตนเอง
2. เพื่อเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้ติดตามนิเทศและรับรองคุณภาพงานคลินิกผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลของกิจกรรมและการพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้น

เนื้อหาของแบบประเมิน

ตอนที่ 1 เป็นแบบประเมินภาพรวมของการบริหารคุณภาพงานผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาล ผู้ตอบแบบประเมินคือ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หรือที่ปรึกษา หรือผู้บริหารสูงสุดขององค์กร

ตอนที่ 2 เป็นแบบประเมินภาพการบริหารคุณภาพงานผู้สูงอายุระดับหน่วยงาน โดยยึดเนื้อหาของข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกผู้สูงอายุ (GEN.1-9) เป็นหลัก ผู้ตอบแบบประเมินคือ ผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ โดยมีทั้งระดับหัวหน้าและระดับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน

เนื้อหาของแบบประเมินมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ภาพรวมการบริหารคุณภาพงานผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาล

1. การนำองค์กร
2. ทิศทางและนโยบายด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ
3. การบริหารทรัพยากร

ตอนที่ 2 ภาพรวมการบริหารคุณภาพงานผู้สูงอายุระดับหน่วยงาน

1. สรุปข้อมูลสำคัญของคลินิกผู้สูงอายุ (Unit Profile)
2. รายละเอียดเพิ่มเติมของการปฏิบัติตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกผู้สูงอายุ
3. รายละเอียดของการปฏิบัติตามมาตรฐานเฉพาะด้าน
 - 3.1 แนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ
 - 3.2 แนวทางการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุก่อนเข้ารับบริการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - 3.3 แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม
 - 3.4 แนวทางเชิงรุกในการแก้ไขปัญหา / อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารคุณภาพงานผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาล¹

ชื่อโรงพยาบาล / คลินิกผู้สูงอายุ.....

พันธกิจของโรงพยาบาล (mission)².....

ขอบเขตบริการ (scope of service)³.....

ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของโรงพยาบาล (ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ).....

1. การนำองค์กร

1.1 ขอให้อธิบายว่าที่มำนำสูงสุดของโรงพยาบาลสนับสนุน ผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไรเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ และที่มำนำสูงสุดของโรงพยาบาลได้ช่วยจัดอุปสรรคดังกล่าวอย่างไร

1.2 ในรอบปีที่ผ่านมาที่มำนำสูงสุดของโรงพยาบาลได้พิจารณาหรือตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุอะไรบ้าง

2. ทิศทางนโยบาย

ที่มำนำสูงสุดของโรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง ยุทธศาสตร์หรือแผนงานสำคัญที่ตอบสนองนโยบายดังกล่าวมีอะไรบ้าง มีการประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หรือแผนงานอย่างไร เรื่องใดที่บรรลุตามเป้าหมาย เรื่องใดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย มีการตอบสนองหรือปรับแผนอย่างไร

3. การบริหารทรัพยากร

มีแนวทางการจัดสรรหรือสนับสนุนทรัพยากรให้คลินิกผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพอย่างไร ในรอบปีที่ผ่านมาได้ตัดสินใจในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรให้กับคลินิกผู้สูงอายุที่สำคัญอะไรบ้าง ผลการประเมินเรื่องความพอเพียงของทรัพยากรและประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรเป็นอย่างไร

¹ ประเมินโดยที่มำนำสูงสุดของโรงพยาบาล

² ให้ระบุข้อความพันธกิจของโรงพยาบาล หรือข้อความอื่นที่มีความหมายเกี่ยวกับหน้าที่และเหตุผลที่ต้องมีโรงพยาบาลนี้

³ ให้ระบุขอบเขตบริการที่โรงพยาบาลสามารถให้ได้ เช่น กลุ่มเป้าหมาย ระดับความสามารถในการให้บริการ

ตอนที่ 2 ภาพรวมการบริหารคุณภาพงานคลินิกผู้สูงอายุระดับหน่วยงาน

1. สรุปข้อมูลสำคัญของคลินิกผู้สูงอายุ (Unit Profile)

ชื่อหน่วยงาน.....

พันธกิจของหน่วยงาน¹.....

ขอบเขตของการจัดบริการ².....

เครื่องชี้วัดคุณภาพของหน่วยงาน³.....

วัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ⁴

วัตถุประสงค์ / กลยุทธ์	เครื่องชี้วัด ⁵	เป้าหมาย (Target)	ระดับที่ปฏิบัติ

กระบวนการหลักของหน่วยงาน⁶.....

¹ ข้อความที่ระบุถึงหน้าที่รับผิดชอบ เหตุผลของการจัดให้มีบริการ / หน่วยงานนี้ รวมถึงคุณค่าของการมีหน่วยงานนั้นต่อผู้รับบริการ พันธกิจระดับหน่วยงานนี้อาจเรียกอีกอย่างว่าความมุ่งหมายหรือเจตจำนงของหน่วยงาน

² ให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายใด ระดับความสามารถในการให้บริการเพียงใด

³ ให้ระบุเครื่องชี้วัดของหน่วยงานซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงาน

⁴ ให้ระบุวัตถุประสงค์หรือกลยุทธ์ของแผนงานด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

⁵ ระบุสิ่งที่ใช้วัดการบรรลุวัตถุประสงค์หรือกลยุทธ์

⁶ ระบุงานหลักของหน่วยงาน อาจเขียนเป็นขั้นตอนการปฏิบัติงาน Top-down flow chart, Process flow chart หรือรูปแบบอื่นๆ

วิเคราะห์โอกาสพัฒนา

กระบวนการหลัก	จุดมุ่งหมาย / คุณค่า ⁷	ความเสี่ยง / ปัญหา / โอกาสพัฒนา ⁸

แนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญในหน่วยงาน

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน / หลีกเลี่ยง / แก้ไข
- การบริหารยาที่มีไว้ใช้ในการบำบัดรักษา	
- การติดเชื้อ / การแพร่กระจายเชื้อในระหว่างการบำบัดรักษาของผู้สูงอายุของคลินิกผู้สูงอายุ	
- ความเสี่ยงอื่นๆ ระบุ.....	

บทบาทของสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ

สาขาวิชาชีพ	บทบาทของวิชาชีพ	ผลงานสำคัญ

การจัดองค์กรและการบริหาร (แผนภูมิโครงสร้างของหน่วยงาน)

.....

.....

.....

.....

⁷ ให้ระบุจุดมุ่งหมายของกระบวนการหลักว่าทำไปเพื่ออะไร หรือจะเกิดประโยชน์อะไร

⁸ ให้ระบุว่าแต่ละกระบวนการหลักมีอะไรที่ยังเป็นความเสี่ยง มีอะไรที่ยังทำได้ไม่ดี หรือมีอะไรที่ทำให้สามารถทำได้ ในแต่ละกระบวนการหลัก

ปริมาณงานเฉลี่ยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ประเภทของงาน ⁹	ผลงาน / ผลผลิต / หน่วยนับ
จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการ อื่น ๆ ระบุ.....	

อัตรากำลังของหน่วยงาน

ประเภทของเจ้าหน้าที่ ¹⁰	จำนวนที่มี	คุณวุฒิ / ประสบการณ์ทำงานด้านผู้สูงอายุ

แผนงานการฝึกอบรม/ศึกษาต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย	เนื้อหา / หลักสูตร	เหตุผล / ข้อมูลสนับสนุน

เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และยาที่จำเป็นในหน่วยงาน

เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และยา	แนวทางการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และการตรวจสอบความพร้อม

⁹ เช่น จำนวนผู้ป่วยสูงอายุเฉลี่ย จำนวนการตรวจคัดกรอง

¹⁰ ให้ระบุกำลังคนทุกประเภทและทุกระดับที่มีในหน่วยงานนี้

สรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น.....

การพัฒนากระบวนการและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่กำลังดำเนินการหรือมีแผนที่จะดำเนินการต่อไป.....

ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่น / หน่วยงานอื่น.....

2. รายละเอียดเพิ่มเติมของการปฏิบัติตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกผู้สูงอายุ

ขอให้อธิบายว่าทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาลให้การสนับสนุน ผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในคลินิกผู้สูงอายุอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไรเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาลได้ช่วยจัดอุปสรรคดังกล่าวอย่างไร

3. รายละเอียดของการปฏิบัติตามมาตรฐานเฉพาะด้าน

3.1 คลินิกผู้สูงอายุมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง

3.2 คลินิกผู้สูงอายุมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุก่อนเข้ารับบริการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ

3.3 คลินิกผู้สูงอายุมีแนวทางในการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสมอย่างไรบ้าง

3.4 คลินิกผู้สูงอายุมีแนวทางเชิงรุกในการแก้ไขปัญหา / อุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานด้านการคัดกรอง การควบคุมป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง

บรรณานุกรม

1. กรกพร สุคำวัง. (2547). “สถานการณ์ สภาพปัญหา แนวทางการแพทย์และสาธารณสุขของการศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทยแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้”. ใน เอกสารประกอบคำบรรยายการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุในหน่วยบริการสาธารณสุข วันที่ 9 ธันวาคม 2547 ณ ห้องประกายเพชร โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ.
2. กรมการแพทย์. (2547). คู่มือแนวทางการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทย. นนทบุรี : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
3. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรณ. การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, พ.ศ. 2540.
4. ประเสริฐ อัสสันตชัย และสมหวัง เลชะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร : กองบริการงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2542.
5. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบลูย์ สุริยวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2543.
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆ ของประเทศ. กรุงเทพมหานคร : สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤกษวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ. 2543.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพฯ : สำนักฯ.
8. Chayovan, N. & k node, J. (1998). Survey on Health Status of the Elderly in Thailand. The Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, Thailand.
9. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population : development of a new index. Age Ageing 1994 ; 23 : 97-101.
10. Ministry of public health. (2002). Thailand Health Profile 1992-2000. Bangkok : Bureau of Policy and Strategy.
11. Sitthi-Amorn C, Chandraprasert S, Bunnag SC, Plengvidhya CS. The prevalence and risk factors of hypertension in Klong Toey slum and Klong Toey government apartment house. Int J Epidemiol 1989 ; 18 : 89-94.
12. World Health Organization. (2004). Health of the Elderly in South-East Asia A profile. New Delhi : Region Office for South-East Asia.

ภาคผนวก

- กฎหมายและแผนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
 - ◆ รัฐธรรมนูญแห่งพระราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540
 - ◆ ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542
 - ◆ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)
 - ◆ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548
- การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
- โรคและภาวะต่าง ๆ ที่มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ
 - ◆ โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน
 - ◆ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - ◆ ผู้สูงอายุและความดันโลหิตสูง
 - ◆ โรคเบาหวาน
 - ◆ กระดูกพรุน
 - ◆ สุขภาพตาในผู้สูงอายุ
 - ◆ ต่อมลูกหมากโต
 - ◆ มะเร็งต่อมลูกหมาก
 - ◆ สมองเสื่อม (Dementia)
 - ◆ ซึมเศร้า (Depression)
 - ◆ เพ้อคลั่ง (Delirium)
 - ◆ Sleep disorder ในผู้สูงอายุ
 - ◆ ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุ
 - ◆ แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่
 - ◆ โภชนาการ
 - ◆ หลักการให้ยาในผู้สูงอายุ
 - ◆ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - ◆ แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ
 - ◆ คลินิกผู้สูงอายุในทันตะพยาบาล
 - ◆ บทบาทนักสังคมสงเคราะห์กับคลินิกผู้สูงอายุ

กฎหมายและแผนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

มาตรา 54 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 80 รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย ส่งเสริมและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542

ข้อที่ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้งและละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อที่ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัว โดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อที่ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้านเพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้สมวัย

ข้อที่ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อที่ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

ข้อที่ 6 ผู้สูงอายุได้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และกับบุคคลทุกวัย

ข้อที่ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุตามเป้าหมาย

ข้อที่ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ คุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อที่ 9 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยม ให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมที่เน้นความกตัญญู กตเวทิตะ และความเอื้ออาทรต่อกัน

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ได้จัดแบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

1. มาตรการ หลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
 - 1.1 ขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป
 - 1.2 ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยทำงาน
 - 1.3 ลดหย่อนภาษีเพื่อส่งเสริมการออมสำหรับวัยสูงอายุ
2. มาตรการ การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
 - 2.1 ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยตั้งแต่วัยเด็ก ให้มีหลักสูตรวิชาการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย
 - 2.2 ส่งเสริมและจัดบริการการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อความเข้าใจชีวิตและพัฒนาการในแต่ละวัย และเพื่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม
 - 2.3 รณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
 - 2.4 เตรียมการสำหรับผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุให้มีความรู้ที่ถูกต้องในทุกเรื่องที่เป็น (pre-retirement program)
3. มาตรการ การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ
 - 3.1 ส่งเสริมให้ประชาชนทุกวัยเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบครอบครัว ผู้สูงอายุและชุมชน
 - 3.2 จัดให้มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย โดยเริ่มตั้งแต่ระดับอนุบาล
 - 3.3 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับคนทุกวัย โดยดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และการกีฬา
 - 3.4 รณรงค์ให้สังคมมีจิตสำนึกและตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ

1. มาตรการ ส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันดูแลตนเองเบื้องต้น
 - 1.1 จัดบริการการอบรมในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ
 - 1.2 จัดบริการให้คำปรึกษาทั่วไปในสถานบริการทางสุขภาพของรัฐและเอกชน
 - 1.3 ดำเนินการให้มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
2. มาตรการ ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ
 - 2.1 ส่งเสริมการจัดตั้งและดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุและเครือข่าย
 - 2.2 สนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ
3. มาตรการ ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
 - 3.1 ส่งเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา ทั้งในระบบและนอกระบบ
 - 3.2 ส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับวัยและความสามารถ
 - 3.3 ส่งเสริมการรวมกลุ่มของชุมชนเพื่อจัดทำกิจกรรมเสริมรายได้ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมด้วย
4. มาตรการ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
 - 4.1 ประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม
 - 4.2 ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุและให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมด้านต่างๆ

5. มาตรการ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

5.1 ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ

5.2 ส่งเสริมการผลิตและการเข้าถึงสื่อและข่าวสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุ

5.3 ดำเนินการให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ได้อย่างต่อเนื่อง

6. มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

6.1 กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับสถานสงเคราะห์คนชราและหน่วยงานที่ให้บริการด้านที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุไม่ว่าของรัฐหรือเอกชน และหน่วยงานของเอกชนที่ให้บริการด้านนี้ต้องได้รับอนุญาตจัดตั้งและจดทะเบียนกับทางราชการ

6.2 สนับสนุนให้องค์กรทั้งภาครัฐ ชุมชน และเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ และจัดบริการด้านที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

6.3 กำหนดมาตรการแหล่งเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อที่อยู่อาศัย การปรับปรุงเพื่อที่อยู่อาศัย และระบบสาธารณสุขปโภคสำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1. มาตรการ คุ้มครองด้านรายได้

1.1 จัดสวัสดิการด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีแหล่งพึ่งพิงที่เพียงพอ

1.2 ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

2. มาตรการ หลักประกันด้านสุขภาพ

2.1 พัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุทุกคน

3. มาตรการ ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

3.1 ลดหย่อนภาษีรายได้ให้แก่บุตร ซึ่งเป็นผู้อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่เป็นบุพการีและไม่มีเงินได้รวมทั้งไม่ได้รับผลประโยชน์อื่นใดมาก่อน

3.2 เร่งรัดให้มีกฎหมายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ

3.3 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต

3.3.1 รณรงค์ให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ

3.3.2 ส่งเสริมค่านิยมในการอยู่รวมกันกับผู้สูงอายุ

3.3.3 ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับบริการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์

4. มาตรการ ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4.1 ปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม และบุคคล

4.1.1 ลดราคาค่าโดยสารระบบขนส่งสาธารณะและระบบขนส่งมวลชนแก่ผู้สูงอายุ

4.1.2 ปรับปรุงบริการระบบขนส่งสาธารณะให้สะดวกเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

4.1.3 จัดทำมาตรฐานสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดิน อาคาร ห้องสุขา

4.1.4 จัดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดิน อาคาร ห้องสุขา

4.1.5 จัดทำมาตรฐานสวนสาธารณะและสนามกีฬา สำหรับออกกำลังกายและพักผ่อนที่เหมาะสม

และปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

4.1.6 จัดให้มีสวนสาธารณะและสนามกีฬา สำหรับออกกำลังกายและพักผ่อนที่เหมาะสมและ

ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

4.2 จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้าน และมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยควรครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้

- 4.2.1 ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (multipurpose senior center)
 - 4.2.2 ศูนย์ดูแลกลางวัน (day care center)
 - 4.2.3 บริการเยี่ยมบ้าน (home visit)
 - 4.2.4 บริการดูแลที่บ้าน (home care)
 - 4.2.5 บริการสุขภาพที่บ้าน (home health care)
 - 4.2.6 บริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล
 - 4.2.7 ส่งเสริมการจัดตั้งระบบเฝ้าระวัง เกื้อกูล และดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน
 - 4.2.8 สนับสนุนระบบอาสาสมัคร
 - 4.2.9 สนับสนุนและส่งเสริมความรู้ความสามารถให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแล
- 4.3 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชน และองค์กรสาธารณประโยชน์มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยกระบวนการประชาคม
- 4.3.1 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 4.3.2 ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนที่ดำเนินการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ
 - 4.3.3 ส่งเสริมให้องค์กรทางศาสนามีส่วนร่วมในการพัฒนาจิตใจและดูแลจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ
- 4.4 เกื้อหนุนให้เอกชนจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการให้เป็นธรรมร่วมด้วย
- 4.5 จัดบริการแพทย์ทางเลือก เช่น แพทย์แผนไทย ฯลฯ เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพ
- 4.6 จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยสูงอายุ และสถานบริการสุขภาพเรื้อรัง สำหรับผู้สูงอายุที่เพียงพอแก่การให้บริการและสามารถรองรับปัญหาในผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

- 1. มาตรการ การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ
 - 1.1 ส่งเสริมให้คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติมีศักยภาพในการดำเนินการให้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติได้รับการนำไปปฏิบัติ และเป็นสื่อกลางในการประสานงานกิจกรรมและการดำเนินการต่างๆ ทั้งระหว่างองค์กรต่างๆ ภายในประเทศและต่างประเทศ
 - 1.2 คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสม.) ดำเนินการให้มีการพัฒนาและปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ที่เหมาะสมกับสถานการณ์เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง
 - 1.3 จัดให้มีเครือข่ายการบริหารและพัฒนาผู้สูงอายุขึ้นในระดับตำบลและหมู่บ้านเชื่อมโยงกับคณะกรรมการระดับชาติ
- 2. มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
 - 2.1 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ทั้งในระดับวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ และผู้ดูแลทั่วไป อย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
 - 2.2 กำหนดแผนการผลิตบุคลากรด้านผู้สูงอายุให้เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของประเทศ และดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และติดตามประเมินผล การดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

1. มาตรการ สนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวล และพัฒนาองค์ความรู้ด้าน ผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ ผู้สูงอายุ

2. มาตรการ สนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนด นโยบาย การพัฒนาการบริการ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

3. มาตรการ ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง

4. มาตรการ พัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย



ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้
โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ
พ.ศ. 2548

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 3 และมาตรา 11 (1) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และข้อ 2 แห่งประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดให้หน่วยงานรับผิดชอบในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ลงวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงออกประกาศดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้หน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

(1.1) จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก

(1.2) กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจน และให้มีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการด้วย

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสามสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2548

(ลงชื่อ) สุชัย เจริญรัตนกุล
(นายสุชัย เจริญรัตนกุล)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122 ตอนที่ 45 ง ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2548

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

น.พ.บรรลุ ศิริพานิช

บททั่วไป

การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายมนุษย์ จะทำหน้าที่ได้มากและสูงสุดในช่วงอายุ 20-30 ปี หลังอายุ 30 ปีแล้ว การทำหน้าที่ทางสรีรวิทยาลดน้อยลง ซึ่งจะเห็นความเสื่อมของร่างกายเป็นรูปธรรมก็เมื่ออายุมากกว่า 60 ปี การเสื่อมของสภาพร่างกายนอกจากจะเกิดตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังขึ้นกับกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลด้วย

ความเปลี่ยนแปลงในระบบโครงร่าง ผิวหนัง

การเปลี่ยนแปลงของลักษณะรูปร่าง

เมื่ออายุมากขึ้นรูปร่างของมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปคือ หลังโก่งงอ หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง จมูกกว้างขึ้น หูยาวขึ้น ไหล่แคบลง ทรวงอกมีความลึกเพิ่มขึ้น กระดูกเชิงกรานกว้างขึ้น ความลึกของช่องท้องเพิ่มขึ้น ขณะที่น้ำหนักตัวลดลง บริเวณใบหน้าเกิดรอยย่น บริเวณหน้าผากมักเกิดรอยย่นขึ้นก่อนบริเวณอื่น เนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าผาก รอยย่นนี้เริ่มเกิดเมื่ออายุเพียง 20 ปี และจะมีมากขึ้นเมื่ออายุ 30-40 ปี ยิ่งสูงอายุขึ้นรอยย่นก็ยิ่งเพิ่มความลึก รอยย่นบนใบหน้าเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ ประกอบกับไขมันใต้ผิวหนังและความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลงเมื่อผิวหนังหย่อนมากจึงถูกแรงโน้มถ่วงของโลกดึง ทำให้หนังตาตก หูยาวและเหนียงยาน

การเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อ

ปริมาตรของกระดูกที่บริเวณแกนกลางสูญเสียเร็วกว่าบริเวณรอบนอก พบว่าจะเริ่มมีการสูญเสียปริมาตรของกระดูกบริเวณอู่เชิงกรานตั้งแต่อายุ 30 ปี จากการศึกษาเปรียบเทียบปริมาตรของ trabecular bone ที่ iliac crest ในผู้หญิงอายุ 18-55 ปี พบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น กระดูกจะสูญเสียไป 0.7 % ต่อปี และจากการศึกษาโดยการวัดความหนาแน่นของกระดูกผู้หญิง พบว่าจะมีการสูญเสียกระดูกตลอดช่วงอายุของผู้ใหญ่ในอัตราประมาณ 1 % ต่อปี ผู้ชายก็มีการสูญเสียเช่นกันแต่น้อยกว่าผู้หญิงประมาณครึ่งหนึ่ง การสูญเสียมวลกระดูกทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ซึ่งพบมากในสตรีช่วงวัยหมดประจำเดือน จึงทำให้กระดูกสันหลังของผู้หญิงโก่งได้เร็ว เป็นสาเหตุให้กระดูกขาอ่อนบนและปลายกระดูกแขนหักได้ง่าย ส่วนข้อเข่า พบว่าการเปลี่ยนแปลงเริ่มเมื่ออายุ 20 ปี โดยมีการเสื่อมของกระดูกอ่อน

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

ผิวหนังประกอบด้วยชั้นต่างๆ ดังนี้

1. หนังกำพร้า (epidermis) ในผู้สูงอายุชั้นหนังกำพร้าจะมีความชื้นลดลง ผิวแตกง่าย บางลงเล็กน้อย ทำให้ลอกหลุดได้ง่าย Melanocytes ลดน้อยลง ทำให้ป้องกันแสงอัลตราไวโอเล็ตได้น้อยลง หน้าของ Melanocytes เปลี่ยนไป ทำให้สีผิวและขนหงอกขาว
2. หนังแท้ (dermis) ในผู้สูงอายุชั้นหนังแท้จะมีความหนาแน่นลดลง และ collagen ลดลง 1 % เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี ความยืดหยุ่นลดลง จำนวนเซลล์ในหนังแท้ลดลง จากการศึกษาพบว่า เซลล์ในหนังแท้ลดลงครึ่งหนึ่งเมื่ออายุ 61 ปี เทียบกับเมื่อเป็นทารก และลดลง 20 % เมื่อเทียบกับอายุ 30 ปี หลอดเลือดลดลงทำให้ผิวหนังซีดเหลืองอ่อนแอ การควบคุมอุณหภูมิร่างกายทำไม่ได้ดี การดูดซึมสารต่างๆ ทางผิวหนังลดลง และต้องใช้เวลา

3. ใต้ผิวหนัง ไชมันในชั้นใต้ผิวหนังเพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 70 ปี แต่จะแตกต่างกันไปตามส่วน ไชมันใต้ผิวหนังลดลงบริเวณหน้าและหลังมือ แต่เพิ่มมากขึ้นบริเวณหน้าท้องและต้นขา ต่อมเหงื่อลดลง ทำให้เหงื่อออกน้อยลง ต่อมกลิ่นลดลง ทำให้กลิ่นตัวลดลง ต่อมไขมัน (sebaceous gland) โตขึ้น แต่หลังน้ำมันออกน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีผิวหนังแห้ง อัตราการงอกของผมลดลง เส้นผมจะมีขนาดเล็กลงด้วย เส้นผมบนศีรษะลดน้อยลง แต่มีขนเพิ่มขึ้นบริเวณหู คิ้ว รูขุมขน

ความเปลี่ยนแปลงในระบบสมองและประสาท

การรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุจะลดน้อยลง การประสานตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมก็ลดลงด้วย

การเปลี่ยนแปลงที่สมอง

เมื่อคนสูงอายุมากขึ้นน้ำหนักของสมองจะลดลง จากการศึกษาพบว่า เมื่อคนอายุ 70 ปี น้ำหนักสมองจะลดลง 5 % ลดลง 10 % เมื่ออายุ 80 ปี และจะลดลง 20 % เมื่ออายุ 90 ปี เซลล์ประสาทของสมองตายและสูญเสียไป แต่ก็ไม่ได้เกิดกับเซลล์ประสาททุกชนิด การสูญเสียเซลล์ประสาทอย่างเดียว จึงไม่เป็นเหตุผลเพียงพอที่จะอธิบายถึงความสามารถที่ลดลงของระบบสมองและประสาท

ระบบสมองและประสาทติดต่อกันด้วยการสื่อประสาท เช่น Catecholamine, Serotonin และ Acetylcholine จากการศึกษาส่วนหนึ่งมีจำนวนลดน้อยลงทำให้การสื่อสารลดลง มีการเปลี่ยนแปลงในสติปัญญา ความจำ และข้อมูลทางจิตวิทยาของผู้สูงอายุพบว่า

1. ความฉลาด (Intellectual performance) พบว่าคนมีความสามารถสูงสุดในช่วงอายุ 20-30 ปี ความสามารถนี้จะคงอยู่ตลอดชีวิต เว้นแต่มีโรคแทรกซ้อน
2. ความสามารถเชิงความเร็วในการจัดการกับข้อมูล พบว่าคนมีความสามารถสูงเมื่ออายุ 20 ปี หลังจากนั้นจะลดลงช้าๆ ตลอดเวลาของอายุที่มากขึ้น
3. ความสามารถในการพูด (Verbal skill) ของผู้สูงอายุจะลดลง
4. พฤติกรรมและกระบวนการด้านใช้ความเร็ว ด้านกายภาพของร่างกายลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น
5. การเรียนรู้และความจำ การหลงลืม เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ การศึกษาแสดงว่ามีความเสื่อมของการเรียนรู้และความจำในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภายหลังอายุ 70 ปี

การเปลี่ยนแปลงของประสาทระบบรับรู้ความรู้สึก

1. การเห็นเสื่อมลง เนื่องจากเซลล์ของเรตินาลดลง รวมทั้งรูม่านตาก็ลดลงด้วย จึงทำให้ความไวต่อแสงแดดลดลง จากการทดลองพบว่า ในที่มีคนอายุ 80 ปี ลดลงกว่าอายุ 20 ปี ถึง 100 เท่า ความคมชัดของการเห็นลดลง และจะลดลงมากในช่วงอายุ 80 ปี เหตุที่ลดลงเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เลนส์และประสาทรับสัมผัสลดลง

2. การได้ยิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการได้ยิน ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี จะมีอาการหูตึง สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงของตัวรับเสียง (receptor) รวมทั้งการสูญเสีย hair cell ซึ่งอยู่ในหูส่วนใน (cochlea) การศึกษาเกี่ยวกับหูตึงในผู้สูงอายุพบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น จะพบอาการหูตึงเพิ่มขึ้น 3 เท่า และเมื่ออายุ 75-79 ปี จะพบอาการหูตึงถึง 48 %

3. การทรงตัวเสื่อมลง ทำให้ไม่มั่นคง ไม่มีความสมดุลที่ดี เกิดอาการวิงเวียน ความรู้สึกนี้พบได้มากกว่า 50 % ของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี การรักษาสมดุลของร่างกายเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ร่างกายต้องอาศัยระบบ vestibular system ในหู ระบบการเห็น และระบบทางเดินของประสาทสั่งการในสมองผสมผสานกัน เมื่ออายุมากขึ้นระบบดังกล่าวเสื่อมลง อาจมีอาการวิงเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ หรืออาจมีอาการไม่สมดุลระหว่างเดิน ทำให้ต้องเดินกางขาเพื่อถ่วงน้ำหนัก หรือมีความเสี่ยงที่จะหกล้ม

4. การได้กลิ่น ความสามารถในการรับกลิ่นของผู้สูงอายุลดน้อยลงเมื่ออายุ 60 ปี และในช่วงอายุ 80 ปี จะลดลง 60 %

5. การรับรสลดลง เพราะตุ่มรับรสลดลง

6. การรับสัมผัสทางกาย การรับสัมผัสและต้องในผู้สูงอายุจะเสื่อมลง โดยการรับการสัมผัสสะท้อนบริเวณขาจะรู้สึกมากกว่าแขน

การเปลี่ยนแปลงของประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nerve)

ระบบประสาทอัตโนมัติมีหน้าที่ควบคุมสภาพแวดล้อมภายในร่างกายให้อยู่ในดุลยภาพ (homeostasis) จำนวนเซลล์ประสาทลดลง pigmentation และ vacuolation เพิ่มขึ้น จึงทำให้หน้าที่ของประสาทอัตโนมัติในผู้สูงอายุเสื่อมลง พบได้บ่อยคือ รูม่านตาเล็กลง ตอบสนองต่อแสงและ accommodation น้อยลง ความดันโลหิตลดลงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอิริยาบถ มีความเสื่อมของการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เช่น มีอาการตัวเย็น แม้ไม่ได้รับความเย็นจากภายนอก หรือมีอาการหนาวสั่นได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสั่งการ (Motor nerve)

การสูญเสียเซลล์ประสาทและอัตราการนำพลังประสาทของเส้นประสาทในผู้สูงอายุจะลดลง 10-15 % ความสามารถในการส่งทอดพลังประสาทในไซแนปส์ลดลง ประกอบกับสารเคมีที่ปลายประสาทก็ลดน้อยลงด้วย จึงทำให้คำสั่งที่จะส่งไปยังกล้ามเนื้อในการปฏิบัติการช้าลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้า ชื่องช้าลง ปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction time) และเวลาการเคลื่อนไหว (movement time) ยาวขึ้น (หมายถึงการเคลื่อนไหวช้าลง)

ความเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อ

กล้ามเนื้อในร่างกายมนุษย์มี 2 ชนิด คือ กล้ามเนื้อลาย ได้แก่ กล้ามเนื้อโครงร่างภายนอก และกล้ามเนื้อเรียบ ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อของอวัยวะภายใน เช่น หัวใจ กระเพาะอาหาร ลำไส้ ฯลฯ ผลโดยตรงของการมีอายุมากขึ้นต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่พบเห็นในระบบนี้ก็คือ

การสูญเสียน้ำและเกลืออินทรีย์

การขาดไปแต่สเซียมนในกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ทำให้การหดตัวสูงสุดของกล้ามเนื้อลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงบ่นว่ามีอาการเหนื่อยง่ายและไม่ค่อยมีแรง ผู้สูงอายุที่ขาดน้ำจะแสดงให้เห็นด้วยขนาดของกล้ามเนื้อที่ลดลง รวมทั้งมีอาการอ่อนเพลีย จึงแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น และเพิ่มน้ำและไปแตสเซียมจากการกิน

การเปลี่ยนแปลงของเอ็นไซม์

เอ็นไซม์ส่วนใหญ่ในกล้ามเนื้ออยู่ในไมโทคอนเดรีย การเปลี่ยนแปลงของเอ็นไซม์เกิดได้เร็วเพียง 2-3 วัน หลังจากที่ถูกกล้ามเนื้อไม่ได้ใช้งาน โดยเอ็นไซม์จะลดน้อยลง ทำให้กล้ามเนื้อไม่สามารถสลายอาหารเพื่อนำมาใช้เป็นพลังงานได้ จึงทำให้เกิดอาการไม่มีแรง การเปลี่ยนแปลงของการเสื่อมสลายของเอ็นไซม์เป็นกระบวนการที่สามารถกลับคืนได้ถ้ากล้ามเนื้อได้ถูกใช้งานอีก และค่อยๆ เพิ่มขึ้นใน 2-3 วัน แต่ในผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นกลับคืนจะเป็นไปได้ช้ากว่าคนหนุ่มสาว

การเปลี่ยนแปลงในโปรตีนที่ใช้หดตัว

โปรตีนที่ใช้หดตัวทำให้กำลังงานของผู้สูงอายุมีการสลายตัว ซึ่งอาจเกิดจากการขาดไปประสาทสั่งการทำให้ส่วนที่จะทำการหดตัวของเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง

การเปลี่ยนแปลงของเลือดที่ไหลผ่านกล้ามเนื้อ

เลือดที่ไหลผ่านกล้ามเนื้อลดลง เป็นผลให้การขนส่งอาหารและสิ่งจำเป็นต่างๆ ที่มาตามเลือดลดลง

ผลโดยรวมจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้กำลังกล้ามเนื้อลดลง โดยเริ่มลดลงเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป การลดลงของกล้ามเนื้อเมื่ออายุมากขึ้นนั้น จะต้องคิดถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น มีการออกกำลังกายหรือไม่ เพศ และขนาดของร่างกาย โดยพบว่าการศึกษาที่มีผลต่อพลังกล้ามเนื้อเป็นอย่างมาก ผู้ที่ได้รับการฝึก (ออกกำลังกาย) จะทำให้พลังกล้ามเนื้อลดลงน้อยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

ความเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด

ระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นระบบที่สำคัญ เพราะเป็นระบบชีวิต หากระบบล้มเหลว และไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสภาพได้จะทำให้เสียชีวิต การที่ผู้สูงอายุเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดกันมาก เป็นผลโดยตรงจากการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น รวมทั้งปัจจัยเสริมอื่นอีก เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของหัวใจ

1. กล้ามเนื้อหัวใจ โดยปกติจะมีเนื้อเยื่อ (collagen) แทรกอยู่ทั่วไปในเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่ออายุมากขึ้น collagen จะมากขึ้น เป็นผลให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ประสิทธิภาพของการหดและคลายตัวของหัวใจลดลง น้ำหนักของหัวใจจะลดลง และมีสาร amyloid ไปสะสมที่กล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นตามอายุ

2. ลิ้นหัวใจ คนมีลิ้นหัวใจ 3 ลิ้น ได้แก่ เอออร์ติก ไมตรัล และไตรคัสปิด เมื่อคนมีอายุมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงมากที่เอออร์ติกและไมตรัล เกิดจากการลดลงของจำนวนนิวเคลียส มีการสะสมไขมันใน fibrous stroma และมีการเสื่อมของคอลลาเจน ประกอบกับมีการสะสมของแคลเซียม มีผลทำให้ลิ้นหัวใจเคลื่อนไหว ปิด-เปิดน้อยลง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอาจถึงลิ้นหัวใจเอออร์ติกติดแคบเล็กน้อย ส่วนไมตรัลก็เปลี่ยนแปลงคล้ายคลึงกันแต่น้อยกว่า

3. ระบบสื่อไฟฟ้าของหัวใจ (conductive system) พบว่ามีการลดลงของ pacemaker cell ใน Sino-atrial node โดยเริ่มมีการลดลงช้าๆ ในช่วงอายุกลางคน และหลังอายุ 60 ปี จะลดลงอย่างรวดเร็ว เมื่ออายุ 75 ปี จะพบ pacemaker cell ที่ S-A node เหลือเพียง 10 % ของจำนวนปกติหลังอายุ 60 ปี Left bundle branch จะลดลงกว่าร้อยละ 50 และถูกแทนที่ด้วยพังผืด (fibrous tissue)

4. หลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Arteries) พบว่ามีปริมาณเนื้อเยื่อยืดหยุ่น (elastic) ในผนังหลอดเลือดจะลดลง 1 ใน 3 (เป็นผลมาจากการเสื่อมของ elastic laminae) มีการสะสมของแคลเซียมและไขมันมากขึ้น คล้ายกับการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (arteriosclerosis)

การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของหัวใจ

1. อัตราการเต้นของหัวใจลดลง เพราะ S-A node ทำงานลดลง

2. การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่ Ventricle ช้าลง โดยพบว่าลดลงประมาณ 50 % เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จาก 20 เป็น 80 ปี

3. ปริมาณเลือดของหัวใจ (Cardiac output) ขณะพักจะลดลง พบว่าคนอายุ 70 ปี ปริมาณเลือดจะลดลง 25 % ของคนอายุ 25 ปี ทั้งนี้เป็นผลจากการเต้นของหัวใจช้าลง และ Stroke volume ลดลง

การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด

เมื่ออายุสูงขึ้นผนังหลอดเลือดจะลดความยืดหยุ่นลงและเส้นเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น ภาวะนี้เริ่มพบได้ตั้งแต่อายุ 40 ปี โดยเปลี่ยนแปลงจากชั้นในสุดของหลอดเลือดซึ่งจะหนาขึ้น และมีการแตกสลาย มีโปรตีนมาเกาะมากขึ้น ผนังชั้นกลางซึ่งประกอบด้วยกล้ามเนื้อเรียบก็มีการเสื่อมสลาย และมีไขมันมาพอกพูนมากขึ้น ในระยะหลังจะเริ่มมีแคลเซียมมาเกาะติดมากตามไปด้วย ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็งตัว (arteriosclerosis) แทนการยืดหยุ่น ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแตกหรืออุดตัน หากเกิดพยาธิสภาพในอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ และสมองอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้

การเปลี่ยนแปลงของแรงดันเลือด

โดยปกติของประชากรส่วนใหญ่ ความดันเลือดทั้งความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุจนถึงอายุ 60 ปี หลังจากนั้นความดันไดแอสโตลิกจะลดลง แต่ความดันซิสโตลิกจะยังสูงขึ้นต่อไป ทำให้ช่วงระหว่างซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (pulse pressure) เพิ่มมากขึ้น ความดันเลือดยังมีส่วนสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว อัตราการเต้นของหัวใจ ระบบ venin-angiotensin-aldosterone ด้วย โดยคนน้ำหนักมากเกินมาตรฐาน ความดันเลือดจะสูงกว่าคนปกติหรือคนผอม มีการศึกษาพบว่าคนบางกลุ่มที่กินเกลือโซเดียมน้อยความดันเลือดไม่เพิ่มตามอายุ ความดันเลือดสูงจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคต่างๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น เส้นเลือดแตกในสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ความเปลี่ยนแปลงในระบบหายใจ

ระบบหายใจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุตั้งแต่เด็กจนถึงวัยรุ่น ปริมาณความจุของปอดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่ ปริมาณความจุปอดจะเพิ่มขึ้นแต่ช้าจนถึงจุดสูงสุดที่อายุระหว่าง 20-24 ปี หลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดลงช้าๆ ตามอายุที่มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในระบบหายใจมีดังนี้

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ

ผู้สูงอายุจะมีลักษณะหลังโก่ง กระดูกอ่อนของซี่โครงเริ่มเปลี่ยนเมื่ออายุ 40 ปี โดยมีแคลเซียมมาเกาะสะสมมากขึ้น ข้อต่อระหว่างซี่โครงและกระดูกสันหลัง (Costo-Vertebral Joint) มีการเคลื่อนไหวน้อยลง ทำให้กระดูกหน้าอก (Sternum) เคลื่อนไปข้างหน้าและขึ้นบนในขณะหายใจเข้า หลอดลม เยื่อหุ้มหลอดลมจะตายไปจำนวนขนพืด (Cilia) ลดน้อยลง ทำให้ความสามารถในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมลดลง พื้นผิวของถุงลม (alveolar surface area) จะลดน้อยลงประมาณ 4 % ทุก 10 ปี (จากค่าปกติในคนอายุ 30 ปี ซึ่งมีพื้นผิวประมาณ 75 ตารางเมตร) เมื่ออายุเพิ่มขึ้นถุงลมจะแบนและบางลง ยึดหยุ่นขยายตัวได้น้อยลง ผนังของถุงลมจะโป่งพองในผู้สูงอายุมากๆ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา

ปริมาตรของปอดจะมีการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุโดยมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกในแต่ละครั้ง (Tidal volume - TV) ลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกลดน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้นและแข็งตัวมากขึ้น กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงมีประสิทธิภาพน้อยลง ผลทั้งหมดจึงทำให้ Tidal volume ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงชดเชยด้วยการหายใจเร็วขึ้นและเป็นแบบหายใจตื้นๆ

2. ปริมาณที่หายใจออกเต็มที่ภายหลังหายใจเต็มที่ (Vital Capacity - VC) จะมีปริมาณลดลงประมาณ 17.5 มิลลิลิตร ต่อพื้นที่ผิวกาย 1 ตารางเมตรต่อปี ที่อายุเพิ่มขึ้น

3. ปริมาณอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากการหายใจออกธรรมดา (Functional Residual Capacity - FRC) จะมีค่าเพิ่มขึ้น

4. การกระจายของอากาศในปอด เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของปริมาตรปอด เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงของความดันจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดลดลง ถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ทางเดินหายใจบริเวณส่วนล่างของปอดมักจะถูกปิดตันไปบางส่วน ทำให้การกระจายอากาศในปอดไม่สม่ำเสมอ เกิดความรู้สึกหายใจไม่เพียงพอ

5. การเปลี่ยนแปลงของแก๊สในเลือด (Blood gas) และการควบคุมการหายใจ โดยค่าแตกต่างระหว่างออกซิเจนแดงและในถุงลมจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเสื่อมสมรรถภาพของการแลกเปลี่ยนออกซิเจนระหว่างถุงลมและเลือด

การเปลี่ยนแปลงการหายใจเมื่อออกกำลังกาย

เมื่อผู้สูงอายุออกกำลังกายหรือทำงานหนัก สมรรถภาพและความสมบูรณ์ของร่างกายจะลดต่ำลง ทำให้เหนื่อยง่าย อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น และจะใช้เวลานานกว่าคนหนุ่มสาวในการที่จะปรับอัตราการหายใจให้ลดลงสู่ระดับปกติ

ความเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร

การเปลี่ยนแปลงของฟัน

ผู้สูงอายุจะมีฟันแข็งแรงและคงสภาพสมบูรณ์ดีหรือเลวขึ้นอยู่กับ การดูแลป้องกันสุขภาพอนามัยของช่องปากของแต่ละคน การสีฟันที่ใช้แปรงสีฟันแข็งเกินไปและสีไม่ถูกวิธีจะทำให้หินามเมล (enamel) ที่เคลือบฟันอยู่นอกสุดหลุดหายไปมาก ทำให้เกิดอาการเสียวฟันได้

การเปลี่ยนแปลงของกระเพาะอาหาร

กระเพาะอาหารจะหลั่งกรดและน้ำย่อยออกมาคลุกเคล้าอาหารเพื่อให้เกิดการย่อย ในผู้สูงอายุจะหลั่งกรดน้ำย่อยลดลง จึงทำให้สมรรถภาพในการย่อยอาหารลดลง

การเปลี่ยนแปลงของลำไส้เล็ก

ลำไส้เล็กมีหน้าที่ย่อยอาหารต่อจากกระเพาะอาหาร โดยวิธีหลั่งน้ำย่อยและเคลื่อนไหวลำไส้ให้อาหารได้คลุกเคล้ากับน้ำย่อย เกิดการย่อยจนอาหารถูกย่อยจนถึงที่สุดและมีการดูดซึมสารอาหารเข้าสู่เส้นเลือด ในผู้สูงอายุลำไส้เล็กจะมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลงชัดเจน ส่วนการดูดซึมอาหารพบว่า มีการดูดซึมสารคาร์โบไฮเดรตลดลง ส่วนโปรตีนคงเดิม ไขมันโดยทั่วไปลดลง วิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น A และ K ดูดซึมได้มากขึ้น และ D ดูดซึมได้ลดลง ส่วนเกลือแร่พบว่าดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลง

การเปลี่ยนแปลงของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ด้านกายภาพพบว่าเยื่อลำไส้ฝ่อลีบลง มีการเปลี่ยนแปลงที่ต่อมผนังลำไส้ อาหารผ่านลำไส้ช้าลง ทำให้เศษอาหารค้างคั่งนาน เป็นผลให้ช่องลำไส้ใหญ่โตขึ้นกว่าหนุ่มสาว ความไวต่อการถูกกระตุ้นลดลง มีผลทำให้มีอาการท้องผูกมากขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่บริเวณทวารหนักลดลง การวัดความดันในช่องทวารหนักทั้งในขณะพักและขณะเบ่งมีแรงดันลดลง

การเปลี่ยนแปลงของตับอ่อน

เนื้อตับอ่อนของผู้สูงอายุจะมีพังคืดเพิ่มขึ้นและมีไขมันเข้าแทรกมากขึ้น ท่อนตับอ่อนโตขึ้น น้ำหลังจะมีปริมาตรลดลงทั้ง amylase และ trypsin

การเปลี่ยนแปลงของตับและระบบน้ำดี

ตับมีขนาดเล็กลง เลือดไหลเข้าสู่ตับน้อยลง เซลล์ของตับมีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการตายเกิดขึ้นสังเคราะห์โปรตีนได้น้อยลง ระบบท่อต่างๆ ในตับมีการแตกแขนงเพิ่มมากขึ้น ท่อน้ำดี (common bile duct) มีขนาดโตขึ้น น้ำดีปริมาณของไขมันเข้มข้นขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ทำลายพิษของตับลดลง

ความเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ

ระบบทางเดินปัสสาวะของคนประกอบด้วย ไต (kidneys) 2 ข้าง กรวยไต 2 ข้าง ท่อไต (ureters) 2 ข้าง กระเพาะปัสสาวะ และท่อขับปัสสาวะ (urethra) ระบบทางเดินปัสสาวะทำหน้าที่ขับของเสียในรูปแบบของน้ำออกจากร่างกาย

ไต

1. จำนวนหน่วยกรอง (glomerulus) ลดลง 30-50 % และมีลักษณะผิดปกติมากขึ้น โดยมีแคลเซียมมาตกสะสม บริเวณเนื้อไตชั้นนอก (cortex) มีหลอดเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ในขณะที่บริเวณเนื้อชั้นใน (medulla)

มีหลอดเลือดเลี้ยงเพิ่มขึ้น ทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นมากขึ้น ในด้านสรีระวิทยาพบว่าเลือดที่ไหลผ่านไตจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

2. อัตราการกรองของหน่วยกรอง (glomerulus) ลดลง และมีขนาดเล็กลง จึงทำให้อัตราการกรองของเสียออกจากเลือดลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

กระเพาะปัสสาวะ

กระเพาะปัสสาวะเป็นอวัยวะรับน้ำปัสสาวะที่ขับออกมาจากไตทั้ง 2 ข้าง ผนังกระเพาะปัสสาวะประกอบด้วยกล้ามเนื้อซึ่งมีกลไกอัตโนมัติคอยกระตุ้นเตือนให้รู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะเมื่อมีจำนวนน้ำปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น มีช่องขั้วถ่ายปัสสาวะออก มีหูรูดปิดเปิดได้โดยการบังคับของกล้ามเนื้อหูรูด ช่องขั้วถ่ายปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดของผู้สูงอายุมีสมรรถภาพลดต่ำลง บางคนจึงไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ดีเท่ากับเมื่อยังเป็นหนุ่มสาว ทำให้ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย

ความเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine gland)

ต่อมไร้ท่อมี่หน้าที่สังเคราะห์น้ำหลังที่เรียกว่าฮอร์โมน ระบบต่างๆ ของร่างกายแม้จะมีหลายระบบ แต่ก็ทำงานเชื่อมโยงประสานกัน เพื่อให้ชีวิตสามารถอยู่ได้อย่างราบรื่นและเป็นดุลยภาพ (homeostasis) อยู่เสมอ ร่างกายมีระบบที่ช่วยพัฒนาและประสานงานกันอยู่ 2 ระบบ คือ ระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทประสานโดยการสั่งการไปตามเส้นใยประสาท ส่วนระบบต่อมไร้ท่อจะประสานงานโดยวิธีการทางเคมีของฮอร์โมน ซึ่งถูกส่งไปอวัยวะต่างๆ โดยการไหลเวียนด้วยกระแสเลือดจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อต่างๆ ดังนี้

1. ต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) จะมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีการเหี่ยวของตัวต่อม ปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง เชื่อว่าทั้งหมดของการเปลี่ยนแปลงย่อมมีผลทำให้การหลั่งฮอร์โมนลดลงด้วย

2. ต่อมหมวกไต (adrenal gland) ในวัยสูงอายุพบว่า adrenal androgens และ mineral corticoid function มีปริมาณลดลง ทำให้ dehydroepiandrosterone (DHEA) ลดลง

3. ต่อมธัยรอยด์ (Thyroid gland) พบว่าระยะครึ่งชีวิตของฮอร์โมน (half-life) ของ T4 ในเลือดจะเพิ่มขึ้นตามอายุ กล่าวคือ มีค่า 7 วัน ในวัยหนุ่มสาว เพิ่มเป็น 9 วัน ในอายุ 90 ปี การสร้าง Thyroxine ลดลงจาก 80 เป็น 60 ไมโครกรัมต่อวัน

4. ตับอ่อน (pancreas) เป็นอวัยวะที่สร้างฮอร์โมนสำคัญคือ อินซูลิน (insulin) ทำหน้าที่ให้น้ำตาลกลูโคสของร่างกายอยู่ในภาวะดุลยภาพ เมื่อสูงอายุพบว่าเซลล์ของตับอ่อนฝ่อลีบลง แม้ทางโครงสร้างจะเปลี่ยนไม่มาก แต่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา คือ ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้สูงอายุจะสูงกว่าคนอายุน้อย ทำให้พบโรคเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ

ความเปลี่ยนแปลงในระบบสืบพันธุ์

ระบบสืบพันธุ์เพศชาย

ประกอบด้วยอัณฑะ (testis) ท่อนำน้ำอสุจิ (ductus deferens) ถุงเก็บน้ำอสุจิ (seminal vesicle) ต่อมลูกหมาก (prostate gland) และองคชาติ (penis)

1. อัณฑะ มีหน้าที่สร้างเชื้ออสุจิ (sperm) และฮอร์โมนเพศชาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุลูกอัณฑะจะมีขนาดเล็ก พบว่าคนที่อายุ 60-68 ปี เชื้ออสุจิที่หลั่งออกมาแต่ละครั้งมีจำนวนเท่ากับคนอายุ 24-37 ปี แต่การเคลื่อนไหวลดน้อยลงเมื่อเทียบกับคนอายุน้อย การสร้างเชื้ออสุจิในแต่ละวันของคนสูงอายุจะลดน้อยลงกว่าคนอายุน้อย และยังพบว่าคนสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะไม่มีเชื้ออสุจิได้มากกว่าคนอายุน้อย โดยคุณภาพ

ของน้ำอสุจิจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ผู้สูงอายุจะมีความถี่ในการร่วมเพศลดลงทำให้จำนวนอสุจิ (sperm count) เพิ่มขึ้น และปริมาณน้ำอสุจิในการร่วมเพศแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวของอสุจิจะลดลง แต่ความสามารถในการผสมกับไข่ยังไม่เปลี่ยนแปลง ในการสร้างฮอร์โมนพบว่า testosterone มีการสร้างน้อยลง ทำให้ระดับ testosterone ในเลือดลดลง เชื่อว่า testosterone ในผู้สูงอายุจะลดลง ส่วนระดับเอสโตรเจนในพลาสมาทั้งรูป free และ bound fraction มีมากขึ้น

2. ต่อมลูกหมาก (Prostate gland) มีหน้าที่หลั่งเอนไซม์ เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป collagen จะมาแทนที่ columnar cell โดยทั่วไปเมื่อชายอายุมากขึ้น ต่อมลูกหมากจะขยายโตขึ้น

3. ถุงเก็บน้ำอสุจิ ความจุจะมีขนาดเล็กลงจาก 5 มิลลิลิตร เมื่ออายุ 60 ปี จะเหลือเพียง 2.2 มิลลิลิตร เมื่ออายุ 80 ปี ผู้สูงอายุบางคนจึงไม่มีน้ำอสุจิมากเหมือนเมื่อยังหนุ่ม

4. องคชาติ (penis) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความสามารถในการแข็งตัวขององคชาติจะลดลง ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ระบบสืบพันธุ์เพศหญิง

ประกอบด้วยลักษณะทางกายภาพจากภายนอกเข้าไปสู่ภายใน ได้แก่ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (valva) ช่องคลอด (vagina) ปากมดลูก (cervix) มดลูก (uterus) ท่อนำไข่ (fallopian tube) และรังไข่ (ovary) 2 ข้าง

1. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ เมื่อสตรีเข้าสู่วัยสูงอายุพบว่า อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวแห้ง ไชมันต์ผิวหนังจะลดลง ขนในที่ลับบางลง ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง น้ำหลังต่างๆ จากผิวช่องคลอดลดลง ปากมดลูกจะมีขนาดเล็กลง cervical canal แคบลง น้ำหลังจาก endocervix ลดลง มดลูกจะมีขนาดเล็กลง มี fibrous และแคลเซียมเกาะสะสมมากขึ้น เยื่อบุผิวมดลูกจะเสื่อมลง จำนวนต่อมต่างๆ ลดลง มีพังผืดมาแทรกแซมมากขึ้น ท่อนำไข่จะมีเส้นผ่าศูนย์กลาง และความยาวลดลง เยื่อบุภายใน cecilia จะเสื่อมหายไป แต่มีเยื่อพังผืดมาแทนมากขึ้น รังไข่มีขนาดเล็กลง atretic follicles จะค่อยๆ หายไป และมีพังผืดมาแทนที่

2. ประจำเดือน (menstruation) เมื่ออายุมากขึ้นรอบเดือนจะสั้นลง

- สตรีอายุ 15 ปี มีรอบเดือนประมาณ 35 วัน
- สตรีอายุ 30 ปี มีรอบเดือนประมาณ 30 วัน
- สตรีอายุ 35 ปี มีรอบเดือนประมาณ 28 วัน

เป็นเช่นนี้ไปจนถึงอายุประมาณ 45-50 ปี ประจำเดือนจึงเริ่มขาด

3. การเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและประจำเดือน เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ รังไข่จะฝ่อเล็กลง และหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน

การเปลี่ยนแปลงทางจิตและพฤติกรรม

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพและสังคมสิ่งแวดล้อมมากและรวดเร็ว ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงให้ได้ ถ้าชีวิตมีการเตรียมตัวดี (สุขภาพจิตดี) ก็ปรับตัวได้ ถ้าชีวิตไม่มีการเตรียมตัว (สุขภาพจิตไม่ดี) ก็ปรับตัวได้ยาก จะเกิดพฤติกรรมหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น อาการเหงา ว้าเหว่ หลงลืม วิตกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้า ฯลฯ ซึ่งบางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นเจ็บป่วยได้มากน้อยแล้วแต่บุคคล

โรคและภาวะต่าง ๆ ที่มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน

รศ.พญ. วรพรรณ เสนาณรงค์

ภาควิชาประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ทำให้เกิดอาการแขนขาอ่อนแรง มักเป็นซีกใดซีกหนึ่ง เกิดขึ้นเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองอุดตัน หรือหลอดเลือดสมองแตก

Stroke-in-evolution ใช้เรียกผู้ป่วยที่เกิดอาการอ่อนแรงของแขนขาอย่างค่อยเป็นค่อยไป และเป็นมากขึ้นใน 3-4 ชั่วโมง โดยอาการนี้มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง

Transient-ischemic attack (TIA) คือ กลุ่มอาการที่มีการทำงานของระบบประสาทเสียไปเฉียบพลัน แต่แค่ชั่วคราว คือ แขนขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งอยู่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วย TIA ส่วนใหญ่จะมีแขนขาอ่อนแรงเฉียบพลันอยู่แค่ 15-30 นาที และกลับมามีแรงเช่นเดิมอีก ในผู้ป่วยที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน แต่กลับมาแข็งแรงเป็นปกติใน 1-7 วัน จะเรียกว่าเป็นภาวะ Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND)

ประชาชนทั่วไปอาจสังเกตอาการหรืออาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้จาก

- เกิดการอ่อนแรงเฉียบพลันของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง
- อาการแขนขาอ่อนแรง ยกแขนขึ้นลำบาก ซากที่แขนขา อาการเหล่านี้ อาจเกิดที่แขนขา หรือ ลำตัวซีกใดซีกหนึ่ง

- ปากเบี้ยวข้างเดียว

- พูดไม่ชัดหรือพูดแล้วฟังเข้าใจยาก

- ตามองเห็นไม่ชัด ตามองเห็นภาพซ้อน

- วิงเวียน เซ

- ปวดศีรษะรุนแรง

การวินิจฉัยแยกโรคของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ ได้แก่ โรคทางระบบ metabolism เช่น ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ระดับเกลือโซเดียมต่ำ อาการชักที่ทำให้แขนขาอ่อนแรง อุบัติเหตุต่อสมอง หรือการทำงานของสมองเสียไปเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง (hypertensive encephalopathy) เป็นต้น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการวินิจฉัยแยกโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน

◆ Metabolic/toxic encephalopathy (น้ำตาลในเลือดต่ำ, น้ำตาลในเลือดสูงชนิด non-ketotic, ระดับเกลือในเลือดต่ำ, Wernicke-Korsakoff syndrome, hepatic encephalopathy, พิษสุรา และพิษจากการใช้ยา)

◆ โรคทางจิต เช่น ฮีสทีเรีย

◆ โรคลมชัก (postictal Todd's paresis) หรือ non-convulsive seizures

◆ ปวดศีรษะไมเกรนที่ทำให้เกิดอัมพฤกษ์ (Hemiplegic migraine)

◆ ก้อนในสมอง (เลือดออกในสมองชั้นดुरา เนื้องอกในสมอง หลอดเลือดดำ-แดงผิดปกติ)

◆ สมองอักเสบจากเชื้อไวรัส หรือฝืนสมอง

◆ อุบัติเหตุต่อสมอง (Head injury)

◆ ปลายประสาทอักเสบ (Peripheral nerve lesion)

◆ การทำงานของสมองเสียไปในภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertensive encephalopathy)

◆ Multiple sclerosis

◆ โรคติดเชื้อในสมอง (Creutzfeldt-Jakob disease)

สมองได้รับเลือดเลี้ยงโดยหลอดเลือดสมอง 2 ระบบ ระบบหลอดเลือดสมองส่วนหน้า ได้แก่ anterior carotid artery (ACA) และ middle carotid artery (MCA) ระบบหลอดเลือดสมองส่วนหลัง ได้แก่ posterior carotid artery (PCA) basilar artery (BA) และ vertebral artery (VA) อาการแสดงที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตันจากหลอดเลือดต่างกันทำให้เกิดเนื้อสมองตายในส่วนที่ต่างกัน ส่งผลให้มีอาการแสดงต่างกัน (ตารางที่ 2-4)

ตารางที่ 2 แสดงอาการแสดงของหลอดเลือด internal carotid artery และหลอดเลือดในระบบหลอดเลือดสมองส่วนหน้าอุดตัน

หลอดเลือด	บริเวณสมองที่ได้รับเลือดหล่อเลี้ยง	กลุ่มอาการแสดง
Ophthalmic artery	จอร์ับภาพนัยน์ตา optic nerve	ตาบอดข้างเดียว, ลานสายตาเสียเป็นระดับ
Anterior choroidal artery	Globus pallidus Internal capsule Choroid plexus	แขนขาอ่อนแรงซีกตรงข้าม, แขนขาชาซีกตรงข้าม, ตาบอดครึ่งซีกของลานสายตา ทั้ง 2 ข้าง (homonymous hemianopia)
Middle cerebral artery	สมองส่วนหน้า สมองส่วน parietal lobe สมองส่วน temporal lobe ตอนบน	ใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีกด้านตรงข้าม, แขนขาอ่อนแรง - ชาครึ่งซีก (แขนมากกว่าขา), ตาบอดครึ่งซีก ของลานสายตาทั้ง 2 ข้าง และการใช้ ภาษาเสียไป (dominant hemisphere) หรือ visual spatial-perceptual dysfunction (non-dominant hemisphere)
Medial lenticulostriate artery	Internal capsule	แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกด้านตรงข้าม (แขนเท่ากับขา)
Lateral lenticulostriate artery	Putamen Globus pallidus Internal capsule Corona radiate	แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกด้านตรงข้าม, การใช้ภาษาเสียไป (dominant hemisphere) หรือ visual spatial- perceptual dysfunction (non-dominant hemisphere)
Superior division of middle cerebral artery	สมองส่วนหน้า และสมอง ส่วน parietal ด้านหน้า	ใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีกด้านตรงข้าม, แขนขาอ่อนแรง - ชาครึ่งซีกด้าน ตรงข้าม, ipsilateral deviation of head and eyes, เสียการใช้ภาษา ชนิดสูญเสียการพูด (motor aphasia) (dominant hemisphere) conduction aphasia และ ideomotor apraxia ของแขนทั้ง 2 ข้าง

หลอดเลือด	บริเวณสมองที่ได้รับเลือดหล่อเลี้ยง	กลุ่มอาการแสดง
Inferior division of middle cerebral artery	สมองส่วน parietal ด้านล่าง และสมองส่วน temporal ด้านข้าง	ตาบอดครึ่งซีกของลานสายตา ทั้ง 2 ข้าง, เสียการใช้ภาษาชนิด สูญเสียความเข้าใจ (Wernicke's aphasia), เอะอะโวยวาย สับสน (dominant hemisphere), ละทิ้ง การเห็นซีกซ้าย (right-sided lesion)
Anterior cerebral artery	สมองส่วนหน้า และสมอง ส่วน superior	ขาและเท้าด้านตรงข้ามอ่อนแรง หรือแขนขาตรงข้ามอ่อนแรง (ขามากกว่าแขน), ไม่พูด เจ็บเมื่อย, กลืนปัสสาวะไม่อยู่, grasp reflexes

ตารางที่ 3 แสดงอาการแสดงของหลอดเลือดสมอง vertebral artery หรือ basilar artery

หลอดเลือด	บริเวณสมองที่ได้รับเลือดหล่อเลี้ยง	กลุ่มอาการแสดง
Vertebral และ basilar artery	ก้านสมอง และสมองน้อย	เกิดอาการแสดงได้หลายแบบ เช่น เห็นภาพซ้อนสอง, กลอกตาไม่ได้ ตาใดตาหนึ่ง, กลอกตาทั้ง 2 ข้างไป ข้างใดข้างหนึ่งไม่ได้, เวียนศีรษะ, คลื่นไส้, ตาเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว อย่างไม่ตั้งใจ (nystagmus), พูดไม่ชัด, กลืนลำบาก, สำลักจากการกลืนลำบาก, ไบหน้าซากรึ่งซีก, ไบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก, สะอึก, หายใจล้มเหลว, แขนขาอ่อนแรง ครึ่งซีกด้านตรงข้าม, แขนขาอ่อนแรง ทั้ง 2 ข้าง, ซากรึ่งซีกหรือขาทั้งตัว, หมดสติ
Basilar artery	Rostral midbrain	ขนาดรูม่านตาผิดปกติ, หนังตาตก,
Top of basilar artery	Part of thalamus	หนังตาเบิ่ง, กลอกตามองขึ้นบนไม่ได้,
	Inferior temporal	ซีม, แขนขาขยับผิดปกติชนิด
	Occipital lobes	Hemiballismus, ความจำบกพร่อง, ตาบอดชนิดเปลือกสมองไม่ทำงาน

หลอดเลือด	บริเวณสมองที่ได้รับเลือดหล่อเลี้ยง	กลุ่มอาการแสดง
Superior cerebellar artery	ก้านสมองส่วน Midbrain (dorsolateral) Superior cerebellar peduncle Superior cerebellum	Horner's syndrome ด้านเดียวกับ รอยโรค, แขนขาเซและสันครึ่งซีก, ซาครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับรอยโรค, ไบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับรอยโรค, เส้นประสาทสมองที่ 4 เสียด้านตรงข้ามกับ รอยโรค
Anterior inferior cerebellar artery	Base of pons Rostral medulla Inferior cerebellum Cochlea Vestibule	Horner's syndrome ด้านเดียวกับ รอยโรค, ไบหน้าซาครึ่งซีก ด้านเดียวกับรอยโรค (pain, temperature), เส้นประสาทสมองที่ 6 และ 7 เสียด้านเดียวกับรอยโรค, หูดับ เสียงหึ่งในหูด้านเดียวกับ รอยโรค, วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน, ตาเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว อย่างไม่ตั้งใจ (nystagmus), แขนขาเซด้านเดียวกับรอยโรค, พูดไม่ชัด
Posterior inferior cerebellar artery	Lateral medulla Inferior cerebellum	Horner's syndrome ด้านเดียวกับ รอยโรค, ไบหน้าซาครึ่งซีกด้านเดียวกับ รอยโรค (pain, temperature), วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน, ตาเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว อย่างไม่ตั้งใจ (nystagmus), เพดานอ่อนในปากอ่อนแรง ข้างเดียวกับรอยโรค, กลืนลำบาก, เปล่งเสียงลำบาก (dysphonia), แขนขาเซข้างเดียวกับรอยโรค, ซาครึ่งซีกระดับต่ำกว่าคอลงไป ด้านตรงข้ามกับรอยโรค
Paramedian branches	Paramedian pons	Any of the lacunar syndromes : Pure motor hemiparesis Pure hemisensory loss Hemiparesis-hemisensory loss Ataxic hemiparesis Internuclear ophthalmoplegia Locked-in syndrome (ถ้าเป็น 2 ข้าง)

หลอดเลือด	บริเวณสมองที่ได้รับเลือดหล่อเลี้ยง	กลุ่มอาการแสดง
Thalamic subthalamic (thalamoperforation)	Posteromedial thalamus inferiorly	ชาครึ่งซีก, สูญเสียความจำ
Paramedian mesencephalic arteries	Postral medial Midbrain	อ่อนแรงและชาครึ่งซีก, ตาบอดครึ่งซีกทั้ง 2 ข้าง
Posterior cerebral artery	Occipital lobe Inferior temporal lobe	ด้านตรงข้ามกับรอยโรค, ตาบอดจากเปลือกสมองไม่ทำงาน, สูญเสียความจำ
Thalamogeniculate	Ventrolateral thalamus	ชาครึ่งซีก
Posterior choroidal arteries	Anterior and posterior thalamus	ชาครึ่งซีก, สูญเสียความจำ
Posterior communicating artery	Anterior lateral thalamus	ชาครึ่งซีก, สูญเสียความจำ
Polar arteries (tuberothalamic)		

ตารางที่ 4 แสดงอาการแสดงแยกโรคจากโรคหลอดเลือดสมอง

อาการ	หลอดเลือดระบบ carotid	หลอดเลือดทั้ง 2 ระบบ	หลอดเลือดระบบ vertebrobasilar
การใช้ภาษาบกพร่อง (Dysphasia)	+		
ตาบอดข้างเดียว (Monocular visual loss)	+		
อ่อนแรงครึ่งซีก* (Unilateral weakness)		+	
ชาครึ่งซีก* (Unilateral sensory disturbance)		+	
พูดไม่ชัด* (Dysarthria)		+	
Homonymous hemianopia		+	
ทรงตัวลำบาก / เเซ* (Unsteadiness / ataxia)		+	
กลืนลำบาก* (Dysphagia)		+	
เห็นภาพซ้อนสอง* (Diplopia)			+
วิงเวียน (Vertigo)			+
Bilateral simultaneous visual loss			+
Bilateral simultaneous weakness			+
Bilateral simultaneous sensory disturbance			+
Crossed sensory / motor loss			+

* มักเกิดจากพยาธิหลอดเลือด carotid

‡ อาการเหล่านี้ถ้าเกิดอาการเดียวอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ไม่ใช่จากโรคหลอดเลือดสมองได้

กลุ่มอาการแสดงที่เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นบริเวณเล็กๆ เรียก lacunar syndromes อาการ lacunar syndromes ที่พบบ่อย ได้แก่ แขนขาอ่อนแรงอย่างเดี่ยวยกหนึ่ง ขาซีกเดียว พูดไม่ชัด และมีอวัยวะหนึ่งอ่อนแรง เช่นในซีกใดซีกหนึ่ง และอ่อนแรงในขาที่เซ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงกลุ่มอาการ Lacunar Syndromes

Pure Motor Hemiparesis

- ◆ อ่อนแรงครึ่งซีกด้านตรงข้าม (ใบหน้า แขน ขา)
- ◆ พูดไม่ชัด (dysarthria)
- ◆ ไม่มีอาการชา

Pure Sensory Stroke

- ◆ ชาติครึ่งซีกด้านตรงข้าม (ใบหน้า แขน ขา)
- ◆ ไม่มีอาการอ่อนแรง ไม่มีอาการพูดไม่ชัด
- ◆ ไม่มีอาการตาบอด

Dysarthria - Clumsy - Hand Syndrome

- ◆ พูดไม่ชัด (dysarthria)
- ◆ กลืนลำบาก (dysphagia)
- ◆ ใบหน้าด้านตรงข้ามและลิ้นอ่อนแรง
- ◆ ไม่มีอาการตาบอด

Homolateral Alaxia and Crural Paresis

- ◆ ขาด้านตรงข้ามอ่อนแรง
- ◆ ใบหน้าซีกตรงข้ามอ่อนแรง
- ◆ แขนขาซีกตรงข้ามมีอาการเซ

Isolated Motor / Sensory Stroke

- ◆ อ่อนแรงซีกตรงข้ามกับรอยโรค (ใบหน้า แขน ขา)
 - ◆ ชาในซีกตรงข้ามกับรอยโรค (ใบหน้า แขน ขา)
 - ◆ ไม่มีอาการตาบอด ไม่มีการสูญเสียความรู้ความจำ (cognition)
-

Fisher CM. Cerebrovasc Dis. 1991 ; 1 : 311 - 320

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปวดศีรษะ ซึม มีความดันโลหิตสูง คลื่นไส้ อาเจียน จะเป็นการชี้แนะให้นึกถึงว่า ผู้ป่วยมีเลือดออกในสมอง หรือสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นบริเวณกว้าง จนมีผลให้สมองบวม และมีความดันในช่องกระโหลกศีรษะสูง (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงลักษณะที่ใช้ชี้แนะว่าผู้ป่วยมีเลือดออกในสมอง หรือมีหลอดเลือดสมองอุดตัน

อาการที่ชี้แนะว่ามีภาวะเลือดออกในสมอง

- ◆ หมดสติตั้งแต่เบื้องต้นและหมดสติเป็นเวลานาน
- ◆ ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน
- ◆ เลือดออกที่จอร์ับภาพของตา
- ◆ คอแข็ง (nuchal viscosity)
- ◆ ลักษณะอาการแสดงไม่เข้ากับรอยโรคจากหลอดเลือดสมองหลอดเลือดไหลอดหนึ่ง

อาการชี้แนะว่ามีภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันที่มีผลต่อความดันในช่องกระโหลกศีรษะ

- ◆ Stepwise deterioration หรืออาการทรุดลงต่อเนื่อง
- ◆ อาการแสดงเป็นแบบ waxing และ waning
- ◆ อาการแสดงของระบบประสาทที่ชี้แนะว่ามีรอยโรคที่หลอดเลือดใหญ่ที่ไปเลี้ยงสมอง เช่น MCA, ICA
- ◆ อาการแสดงที่บ่งว่าเปลือกสมองขาดเลือดไปเลี้ยง เช่น ตามองไปข้างใดข้างหนึ่ง การใช้ภาษาเสียไป แขนขาอ่อนแรงไม่เท่ากัน

ผู้สูงอายุที่มีอาการเหล่านี้ควรได้รับการตรวจสอบโดย computerized tomography (CT) และส่งต่อให้แพทย์ผู้ชำนาญการตรวจประเมินต่อไป

ผู้ป่วยที่สงสัยอาการโรคหลอดเลือดสมองอาจมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 7) แพทย์ควรสั่งการตรวจเพื่อสืบหาปัจจัยเสี่ยงนี้ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขรักษาต่อไป (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 แสดงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

- ◆ ผู้สูงอายุ
- ◆ มีประวัติ transient ischemic attack
- ◆ เคยมีหลอดเลือดสมองส่วน anterior circulations อุดตันมาก่อน
- ◆ เคยมีหลอดเลือดแตกในสมองมาก่อน
- ◆ ความดันโลหิตสูง
- ◆ เบาหวาน น้ำตาลในเลือดสูง
- ◆ สูบบุหรี่
- ◆ หัวใจเต้นผิดปกตชนิด atrial fibrillation หรือลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว มีภาวะหัวใจล้มเหลว
- ◆ หลอดเลือด carotid อุดตันรุนแรง
- ◆ มีภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่แล้ว

ตารางที่ 8 แสดงการสืบค้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน

การสืบค้น	ปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะที่อาจพบ
Full blood count	Anaemia, Polycythaemia, Leukaemia, Thrombocythaemia
ESR	Vasculitis, Infective endocarditis, Hyperviscosity, Myxoma
Electrolytes	Hyponatraemia, Hypokalaemia
Urea	Renal impairment
Plasma glucose	Diabetes, Hypoglycaemia
Plasma cholesterol	High cholesterol
Urine analysis	Diabetes, renal disease, Vasculitis
Electrocardiogram	Left ventricular hypertrophy, Arrhythmia, Conduction, Block, Myocardial infarction
CT Brain scan	Subdural haematoma, Meningioma, Encephalitis (ส่วนมากจะทำเพื่อดูว่ามีก้อนเนื้อ ก้อนเลือด หรือสมองบวมมากจนมี mass effect)
Carotid ultrasound	Severe stenosis of the symptomatic Carotid artery (ทำในสถานบริการทางการแพทย์ระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิเมื่อมีข้อบ่งชี้)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่มีอาการจาก Cerebral emboli มักมีอาการแขนขาอ่อนแรง เกิดขึ้นขณะออกกำลัง อาการแขนขาอ่อนแรงเกิดขึ้นรุนแรงทันทีตั้งแต่เริ่มมีอาการอ่อนแรง ตรวจร่างกาย มักพบแหล่งของ Cerebral emboli เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ ลิ้นหัวใจตีบ มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย เป็นต้น (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 แสดงปัจจัยเสี่ยงของ Cerebral emboli

Emboli จากหัวใจ
กลุ่มเสี่ยงสูง (High risk of embolism)
◆ Atrial fibrillation (rheumatic หรือ non-rheumatic)
◆ Infective endocarditis
◆ ไขสันหัวใจเทียม (prosthetic heart valve)
◆ เพิ่งเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย
◆ Dilated cardiomyopathy
◆ เนื้องอกในช่องหัวใจ
◆ ลิ้นหัวใจไมทรอลตีบจากโรครูมาติก

กลุ่มเสี่ยงน้อย (Low risk of embolism)

- ◆ Mitral valve prolapse (uncomplicated)
 - ◆ Mitral annulus calcification
 - ◆ Patent foramen ovale ที่ไม่มีภาวะ deep venous thrombosis
 - ◆ Atrial septal aneurysm
 - ◆ Aortic sclerosis
-

Emboli จากหลอดเลือดใหญ่

- ◆ หลอดเลือดแดงแคโรติดตีบ (Carotid stenosis)
 - ◆ หลอดเลือดแดงเอออร์ตาโป่งพอง (Aortic arch aneurysm)
-

ผู้ป่วยที่มีอาการหลอดเลือดสมองแตกมักจะมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูง ภาวะเลือดออกในสมองจากความดันโลหิตสูง มักเกิดเลือดออกในลักษณะ lobar hemorrhage ในสมองใหญ่ ตำแหน่งอื่นที่เกิดบ่อย ได้แก่ putamen caudate thalamus, ก้านสมองส่วน pons และสมองน้อย (cerebella)

การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญคือ แยกภาวะหลอดเลือดอุดตันออกจากหลอดเลือดแตก และแยกภาวะหลอดเลือดอุดตันที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดแข็งตัวแล้ว ทำให้เกิด thrombosis ออกจาก cerebral embolism

ผู้ป่วยหนักควรบันทึกการตรวจด้วยการประเมินโดยใช้ Glasgow coma scale - GCS (ตารางที่ 10) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจาก cerebral thrombosis จะใช้ยาต้านเกร็ดเลือดแข็งตัวรักษา ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแคโรติดตีบขั้นรุนแรงควรพิจารณาว่ามีข้อบ่งชี้ให้ผ่าตัดโดยวิธี Carotid endarterectomy ได้หรือไม่ ถ้ามีข้อห้ามอาจพิจารณา Carotid angioplasty ได้ ถ้ามีแพทย์ผู้ชำนาญสามารถรักษาได้ หรือหากไม่เหมาะสมที่จะทำการผ่าตัดหลอดเลือดแดงแคโรติด แพทย์ควรพิจารณาให้ยากันเลือดแข็งตัว (ตารางที่ 11-14)

ตารางที่ 10 แสดง Glasgow coma scale (GCS*)

Best response in Eye Opening	1-4 คะแนน
◆ Spontaneous	4
◆ To Speech	3
◆ To Pain	2
◆ No response	1

Best Motor Response	1-6 คะแนน
◆ Obeys commands	6
◆ Localizes	5
◆ Withdrawal from pain	4
◆ Flexor response to pain	3
◆ Extensor response to pain	2
◆ No movement	1

Best Verbal Response	1-5 คะแนน
◆ Normal conversation	5
◆ Confused	4
◆ Inappropriate words	3
◆ Incomprehensible sounds	2
◆ No speech	1

* Long fit Tw. J Neurosurg 1979 ; 48 : 673-8 คะแนนของ GCS อยู่ระหว่าง 3-15

ตารางที่ 11 แสดงการรักษาเพื่อป้องกัน Thromboembolic Stroke

Anticoagulants

- ◆ Wafarin

Antiplatelet Aggregating Agents

- ◆ Aspirin
- ◆ Aspirin and dipyridamole
- ◆ Clopidogrel
- ◆ Ticlopidine

Surgical Interventions

- ◆ Carotid endarterectomy
- ◆ Other reconstructive operations
- ◆ Endovascular procedures

ตารางที่ 12 แสดงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาต้านเกร็ดเลือด

Aspirin : 30-1300 mg/d

- ◆ ภาวะเพาะอาหารอักเสบ, แผลในกระเพาะอาหาร, เลือดออกในกระเพาะอาหาร
- ◆ เลือดออกในอวัยวะอื่นๆ, แพ้ยา

Dipyridamole : 400 mg/d

- ◆ ปวดศีรษะ

Ticlopidine : 500 mg/d*

- ◆ ผื่นที่ผิวหนัง (skin eruptions), แพ้ยา (allergic reactions)
- ◆ ปวดท้อง (epigastric distress), ท้องเสีย (diarrhea)
- ◆ เม็ดเลือดขาวต่ำ (agranulocytosis)
- ◆ Thrombotic thrombocytopenia purpura

Clopidogrel : 75 mg/d

- ◆ ผื่นที่ผิวหนัง (skin eruptions), แพ้ยา (allergic reactions)
- ◆ ปวดท้อง, ท้องเสีย
- ◆ Thrombotic thrombocytopenia purpura

* เมื่อใช้ยา Ticlopidine ผู้ป่วยควรตรวจ Complete blood count (CBC) ทุกเดือน เดือนละครั้งใน 3 เดือนแรก เนื่องจากยานี้อาจทำให้เกิด bone marrow suppression ได้ร้อยละ 1 ในผู้ป่วยที่กินยา

ตารางที่ 13 แสดงเป้าของการให้ยาละลายลิ่มเลือด Warfarin

Indication	INR
Recent myocardial infarction	2-3
Rheumatic mitral stenosis	2-3.5
Prosthetic mitral valae (mechanical)	2.5-3.5
Prosthetic mitral valae (biologic)	2-3
Dilated cardiomyopathy	2-3
Atrial fibrillation	2-3

INR - international normalized ratio

ตารางที่ 14 แสดงภาวะความดันโลหิตสูงและแนวทางการรักษา

คำจำกัดความของความดันโลหิตสูง	
Normal BP	< 120/80 mmHg
Optimal BP	< 130/85 mmHg
Hypertension	> 140/90 mmHg

การรักษา	
Lifestyl modification	ลดน้ำหนัก จำกัดการดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ออกกำลังกาย (30 นาที/ครั้ง, 3 ครั้ง/สัปดาห์), ไม่รับประทานเค็ม
	Pharmacologic treatments :
	Diuretics, β blockers,
	Calcium channel blockers,
	Angiotensin converting enzyme inhibitors,
	Angiotensin II receptor blockers

ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชี้แนะว่าจะไม่มีภาวะพึ่งพา (independence) เมื่อ 6 เดือน หลังการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต (stroke)

- อายุน้อย
- อาศัยอยู่คนเดียว
- ไม่มีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันอยู่ก่อนแล้ว
- Glasgow coma scale ประเมินการไขคำพูดได้ 5 (ปกติ)
- สามารถยกแขนข้างอัมพาตและแขนอีกข้างได้อย่างน้อยสูงขนานกับพื้น
- สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องให้ใครช่วย

ลักษณะอาการผู้ป่วยที่ชี้แนะว่าจะฟื้นตัวหลังหลอดเลือดสมองอุดตันไม่ดี (poor functional recovery)

- บั๊สสาวะราด
- ล้ม ยืน เดินไม่สมดุล
- หลงลืม
- เฉื่อยชา เฉยเมย มี poor motivation

- Visual - perception dysfunction
- Proprioception loss
- ประสาทสั่งงานไม่ทำงาน
- มีภาวะฟุ้งพาดตั้งแต่ก่อนเกิดอัมพาต

ผู้ป่วยอาจเกิดอาการแทรกซ้อนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันได้ เช่น ชัก มีไข้ ปอดอักเสบ ปัสสาวะราด อารมณ์ซึมเศร้าหรือวิตกกังวล ซึ่งมีวิธีแก้ไขหรือแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ (ตารางที่ 15) การเริ่มกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเร็วหลังเกิดอาการจะป้องกันหรือลดอาการแทรกซ้อนได้

ตารางที่ 15 แสดงอาการแทรกซ้อนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

อาการแทรกซ้อน	แนวทางการป้องกัน
ชัก	มักเกิดหลัง cortical stroke ถ้าอาการชักเกิดภายใน 24 ชั่วโมงของ stroke และไม่เกิดซ้ำอีก ไม่ต้องให้ยากันชัก ถ้าอาการชักเกิดหลัง 24 ชั่วโมงหลัง stroke ควรให้ยากันชัก
ปอดอักเสบ	ประเมินการกลืนอย่างสม่ำเสมอ ถ้าคิดว่าอาจสำลัก อาหารเมื่อกลืน อาจพิจารณาให้อาหารทางสาย nasogastric tube กายภาพบำบัดปอด
ไข้	พยายามหาแหล่งการติดเชื้อ เช่น ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อจาก intravenous line ติดเชื้อที่เยื่อหัวใจ (infective endocarditis) พิจารณาวามีภาวะ deep vein thrombosis, pulmonary embolism หรือ drug allergy ด้วยหรือไม่
ปัสสาวะไม่ออก / ปัสสาวะราด	ส่งตรวจ post-void bladder ultrasound ถ้าพบปัสสาวะตกค้าง > 100 ml พิจารณา empty กระเพาะปัสสาวะ โดยสวน ปัสสาวะทิ้ง และทำซ้ำทุก 6 - 8 ชั่วโมง ถ้าจำเป็นพยายาม หลีกเลี่ยงการใช้ urinary catheter ค้าง พยายามใช้ absorbent pads หรือ pants หรือ commode ข้างเตียง หรือ penile sheath
ท้องผูก	ตรวจเช็คผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหรือไม่ รับประทานน้ำ และอาหารที่มีกากให้เพียงพอ
Dehydration	ดื่มน้ำหรือให้น้ำเพียงพอ
แผลกดทับ	พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ใช้ padded/foam mattress
Venous thromboembolism	พบได้ในผู้ป่วยนอนนาน ไม่ขยับ ใช้ compression stocking ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงป้องกันด้วย heparin 5000 u 2 ครั้งต่อวัน

Spasticity & contractures	กายภาพบำบัดแต่เบื้องต้น ออกกำลังกายเมื่อกลับบ้านแล้ว อาจใช้ยาต้านเกร็ง เช่น baclofen diazepam หรือ botulinum toxin (ถ้าเป็น focal spasticity)
ความเจ็บปวด (pain)	หาสาเหตุของการเจ็บปวด ใช้ amitriptyline หรือ gabapentin ใน central post-stroke pain
ปวดไหล่ (painful shoulder)	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคือผู้ที่มีกล้ามเนื้อ low tone และอ่อนแรง neglect proprioceptive loss หรือ visual field defect พยายามอย่าดึงแขนผู้ป่วย เพราะจะเกิดข้อไหล่หลุดได้ง่าย ใช้กายภาพบำบัด (positioning mobilization หรือ exercises) ใช้กายอุปกรณ์ช่วย เช่น sling cuff รักษาด้วยยาลดปวด หรือกายภาพบำบัด (ultrasound acupuncture biofeedback)
หกล้ม และกระดูกหัก	ผู้ป่วย stroke มักเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม สิ่งแวดล้อม เช่น พื้นไม่เรียบ อาจจะเป็นตัวเกื้อหนุนให้ล้ม
Low mood & anxiety	ผู้ป่วยที่มีประวัติซึมเศร้ามาก่อน ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตแล้วมีปัญหาการพูด การใช้ภาษา มี social isolation มีภาวะพึ่งพา มักมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล เกิดขึ้นได้สูง ควรอธิบายเรื่องการดำเนินโรค และพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยเข้าใจ psychotherapy antidepressants ที่อาจใช้ได้คือ amitriptyline 20 mg หรือ nortriptyline 15 mg ก่อนนอน หรือยากกลุ่ม serotonin reuptake inhibitors

เอกสารอ้างอิง

1. Clinical Neurology of the older adult. JI Sirven, BL Malamut, eds. Philadelphia, USA : Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
2. Hankey GJ. Stroke : Your questions answered. London, UK : Churchill Livingstone, 2002.
3. Practical neurology of the elderly. JI Sage, MH Mark, eds. New York : Marcel Dekker, In, 1996.

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำนิยาม

Acute coronary syndrome (ACS) กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน¹⁻² มีอาการและอาการแสดงคือเจ็บอกแบบ Angina pectoris ที่มีอาการรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพักผ่อน (Rest angina) นานกว่า 20 นาที

โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี โรคหลอดเลือดแดงที่หัวใจตีบ (Coronary artery disease = CAD) หรือโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease = IHD) คือโรคหลอดเลือดแดงที่หัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด ทำให้เยื่อบุด้านในของผนังหลอดเลือดส่วนนั้นหนา ตีบ³ ผู้ป่วยจะมีอาการ อาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนี้ตีบร้อยละ 50 หรือมากกว่า⁴⁻⁵ เช่น อาการเจ็บอก ใจสั่น เหงื่อออก จะเป็นลม หหมดสติ เสียชีวิตเฉียบพลัน

สาเหตุ

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดไขมันสะสมในผนังหลอดเลือดแดงที่หัวใจ คือ⁶

1. ไขมันในเลือดผิดปกติ
2. สูบบุหรี่
3. ความดันโลหิตสูง
4. เบาหวาน
5. อายุ ผู้ชายอายุ ≥ 45 ปี หญิงอายุ ≥ 55 ปี
6. ครอบครัวมีประวัติโรคหลอดเลือดแดงที่หัวใจตีบก่อนวัยอันควร (Premature CAD) ของพี่น้องสายตรง (First-degree relative) ชายอายุน้อยกว่า 55 ปี หญิงอายุน้อยกว่า 65 ปี
7. ปัจจัยอื่นๆ เช่น Inflammation, Infection, Homocyst(e)ine, Hemostatic factors, Obesity, Sedentary lifestyle

โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี มีกลุ่มอาการคือ

1. เจ็บอกแบบ Angina pectoris
2. ใจสั่น เป็นลม หหมดสติ และเสียชีวิตเฉียบพลัน (Sudden cardiac death)
3. หัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน (Acute pulmonary edema)

การซักประวัติ Angina pectoris (anginal pain) เจ็บอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดคือ⁷

1. ตำแหน่งที่เจ็บ เจ็บบริเวณหน้าอกตรงใดก็ได้จากยอดอก (ลิ้นปี่) ถึงคอ พบมากคือเจ็บกลางอกใต้กระดูกอก (Substernal) ที่ด้านซ้าย ใต้ส่วนบนของกระดูกอก พบน้อยที่เจ็บที่ลำคอ คอ แขน หลัง และกราม
2. ลักษณะของการเจ็บ เจ็บแน่นๆ เจ็บรัดๆ เจ็บรุนแรงในอก
3. เจ็บร้าว มีหรือไม่มีก็ได้ ถ้ามี เจ็บร้าวไปที่แขน คาง ฟัน คอ ไหล่ หลัง ร้าวตามแขนด้านในลามถึงข้อมือ
4. ทำอะไรจึงเจ็บอก เจ็บอกขณะทำงาน ขณะยกของหนัก ตื่นเต้น โกรธ รับประทานอาหาร ถูกอากาศเย็น เป็นต้น
5. ระยะเวลาที่เจ็บอก เจ็บอกนานประมาณ 30 วินาที ถึง 15 นาที
6. ทำอย่างไรจึงหายเจ็บอก หายเจ็บโดยหยุดพัก อมยาใต้ลิ้น น้อยรายที่พบว่ามีอาการเจ็บอกหายไปแม้ว่าทำงานต่อโดยไม่หยุด เรียกว่า Walk-through angina

7. อาการร่วม มีหรือไม่มีก็ได้ ถ้ามี เช่น เหงื่อออก ใจสั่น เหงื่อออก เวียนหัว เป็นลม หน้ามืด
8. **Anginal equivalent symptoms** อาการที่เทียบเท่า Angina คือออกแรงแล้วเหนื่อย เพลียหมดแรง

อาการทางคลินิก

โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีมีอาการทางคลินิกแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. Stable angina
2. Acute coronary syndrome

Stable angina (เจ็บอกคงที่)⁵ มีอาการและการแสดงการเจ็บอกไม่เปลี่ยนแปลงภายใน 60 วัน

Acute coronary syndrome (ACS) กลุ่มสภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีอาการและการแสดง ดังนี้¹⁻²

- ◆ เจ็บอกแบบ Angina pectoris หรือเจ็บขณะพักผ่อน ≥ 20 นาที (พบร้อยละ 80) เจ็บอกครั้งใหม่ ซึ่งเจ็บรุนแรง หรือเจ็บอกรุนแรงมากกว่าที่เคยเจ็บ (พบร้อยละ 20)
- ◆ ตรวจร่างกายส่วนมากไม่พบความผิดปกติ แต่อาจตรวจพบอาการแสดงอื่นๆ ที่ผิดปกติได้ เช่น ฟังได้ Heart sound gallop หรือ Murmur เป็นต้น

พยาธิกำเนิด

การเกิด Acute coronary syndrome (Pathogenesis of ACS) and Plaque disruption

กลุ่มสภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) เป็นสภาวะของหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะเสื่อมสภาพหรือแข็งตัว (Atherosclerosis) แล้วเกิดมีการฉีกขาดหรือปริแตกที่ด้านในของผนังหลอดเลือด ส่วนที่เสื่อมสภาพอย่างเฉียบพลัน (Plaque rupture, disruption) เกิด Raw surface ขึ้นที่ผนังด้านในของหลอดเลือด เกิดเลือดจะเกาะกลุ่ม (Platelet aggregation) อย่างรวดเร็วตรงบริเวณที่มีการปริแตกหรือฉีกขาด หลังจากนั้น จะมีการกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (Thrombus formation) อย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าว หากลิ่มเลือดอุดกั้นบางส่วน (Partial occlusion) ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วน เกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) โดยยังไม่มีการอุดตันหัวใจตาย ถ้าลิ่มเลือดเกิดอุดกั้นโดยสมบูรณ์ (Complete occlusion) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction - AMI)

ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ก้อนไขมันที่อยู่ในผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารีแตกแยก (Plaque's vulnerability to rupture)⁸

- (1) ขนาดของ Lipid-rich core เช่น ไขมันที่สะสมอยู่ในขณะนั้น
- (2) การอักเสบของก้อนไขมันซึ่งมี Macrophage ไปแทรกตัวอยู่
- (3) ขาดเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ ซึ่งจะไปทำให้ก้อนไขมันอยู่ในสภาวะคงที่ ผลคือ เนื้อเยื่อสมานแผล กลับไปสู่ปกติไม่ได้ (Impaired healing) ในทางกลับกัน ถ้ามีเซลล์กล้ามเนื้อเรียบจะเกิดการสมานแผลให้กลับสู่ปกติ ซ่อมแซมให้ก้อนไขมันอยู่ในสภาวะคงที่ ป้องกันการแตกแยก (Disruption) ของเนื้อเยื่อที่คลุมก้อนไขมัน (Fibrous cap) สำหรับขนาดของก้อนไขมันหรือการตีบของหลอดเลือดนั้น ไม่เป็นตัวพยากรณ์ (Predict) การแตกแยกของเนื้อเยื่อที่คลุมก้อนไขมัน

ผลจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำให้เกิดกลุ่มโรค ดังนี้

1. ST elevation acute coronary syndrome ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของ ECG เป็น ST segment elevation อย่างน้อย 2 leads ที่เกี่ยวเนื่องกัน ผู้ป่วยมักจะไม่มีการ Epicardial coronary flow หากนานกว่า 30 นาที และไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือด ที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว มักจะเกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI, Q-wave MI)

2. Non ST elevation acute coronary syndrome ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation โดยพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบไม่เฉพาะเจาะจง (non-specific) เช่น พบ ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วย หากมีอาการนานกว่า 30 นาที จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI, or Non-Q wave MI) หากอาการทุเลาลงก็จะเกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina)

การวินิจฉัย

วินิจฉัยได้จากอาการเป็นส่วนสำคัญ การตรวจ ECG และ Biochemical markers เป็นการยืนยันการวินิจฉัยให้แน่ชัดยิ่งขึ้น และช่วยบอกการพยากรณ์โรคและความรุนแรงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

สรุป ACS ทำให้เกิด

1. Acute myocardial infarction ซึ่งผู้ป่วยมีอาการเจ็บอก (หรือมี Anginal equivalent) นาน 30 นาที หรือมากกว่า แบ่งเป็น

- 1.1 STEMI (ST elevation myocardial infarction)
- 1.2 NSTEMI (non-ST elevation myocardial infarction)

2. Unstable angina

Differential diagnosis of chest pain due to ST-elevation myocardial infarction⁹

1. Life-threatening

- 1.1 Aortic dissection
- 1.2 Pulmonary embolism
- 1.3 Perforating peptic ulcer
- 1.4 Tension pneumothorax
- 1.5 Boerhaave syndrome (esophageal rupture with mediastinitis)

2. Other cardiovascular and non-ischemic

- 2.1 Pericarditis
- 2.2 Atypical angina
- 2.3 Myocarditis
- 2.4 Vasospastic angina
- 2.5 Hypertrophic cardiomyopathy

3. Other non-cardiac

- 3.1 Gastroesophageal reflux disease (GERD) and spasm
- 3.2 Chest wall pain เช่น Herpes zoster, Costochondritis
- 3.3 Pleurisy
- 3.4 Peptic ulcer disease
- 3.5 Panic attack
- 3.6 Biliary or pancreatic pain
- 3.7 Cervical disc or neuropathic pain
- 3.8 Somatization and psychogenic pain disorder

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. **ECG** มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงของ ECG ที่บ่งถึงภาวะหัวใจขาดเลือด ณ บริเวณใดบริเวณหนึ่งของกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ (ดังรูป)

◆ Hyper-acute myocardial injury T wave จะมีลักษณะ เป็น Peak T wave สูง ฐานของ T wave กว้าง ใน Leads ที่มีการอุดตันของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ พบในระยะเริ่มแรกของ STEMI ต่อมาจึงเกิด ST segment ยกขึ้น

◆ ST-elevation มากกว่า 0.1 mV ใน Limb lead หรือ 0.2 mV ใน Chest lead อย่างน้อย 2 leads ติดกัน และไม่หายไปโดยการอมยา Nitroglycerin

◆ มี New or presumably new ST-T segment ยกขึ้น (วัดที่ 0.02 วินาที หลัง J point) หรือกดต่ำลง (Depression) (วัดที่ 0.08 วินาทีหลัง J point) ≥ 0.10 mV ใน 2 leads ติดกัน หรือที่รวมกัน (Lead II, III, aVF)¹⁰

◆ มี New Q wave หรือคิดว่าเป็น Presumably new Q wave ซึ่ง Q wave นี้ กว้างอย่างน้อย 30 milliseconds และลึกอย่างน้อย 0.20 mV¹⁰ เกิดขึ้นร่วมกับ ST elevation ได้

◆ มี T wave inversion แบบ Symmetrical

◆ มี ST depression, T wave change

การบอกตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจที่มีการขาดเลือดเฉียบพลัน ให้ดูว่ามี Ischemic changes ดังกล่าวข้างบน อยู่ใน lead ใด ของ 12 lead ECG ดังนี้

◆ Extensive anterior wall พบการเปลี่ยนแปลงใน Lead V1-V5 หรือ V6

◆ Anteroseptal wall พบการเปลี่ยนแปลงใน Lead V1-4 หรือ V1-V3

◆ Anterolateral wall พบการเปลี่ยนแปลงใน Lead I, aVL และ V4-V6

◆ Inferior wall พบการเปลี่ยนแปลงใน Lead II, III, aVF

◆ Posterior wall พบการเปลี่ยนแปลงมุมกลับ (Reciprocal change) คือพบ ST depression และ T wave หัวตั้ง ใน Lead V1-V5 หรือ V6 และ Tall R wave in V1-3 หรือ V 1-2 (R/S ratio ≥ 1 in V1 and V2)¹¹

◆ Right ventricular (RV) infarction พบการเปลี่ยนแปลงโดยมี ST elevation ใน Lead V1, V2R-V6R ซึ่งบ่อยครั้งการเปลี่ยนแปลงนี้จะหายไปภายใน 10 ชั่วโมง¹²

ผู้ป่วยที่เป็น Inferior STEMI ควรต้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อคัดกรอง RV infarction⁹

ในผู้ป่วยที่เจ็บอกแบบ ACS และ ECG แสดง LBBB (Left bundle branch block) ซึ่งเกิดใหม่ หรือเข้าใจว่าเกิดใหม่ มีข้อที่ช่วยให้นึกถึง Acute MI คือ^{9,13}

1. ST elevation มากกว่าหรือเท่ากับ 0.1 mV ใน Leads with a positive QRS

2. ST depression มากกว่าหรือเท่ากับ 0.1 mV ใน Lead V1, V2 or V3

3. ST elevation มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 mV ใน Lead with a negative QRS

Differential diagnosis of ST-elevation from ECG⁹

Pericarditis

Early repolarization

Wolff - Parkinson - White syndrome

Hyperkalemia

Bundle branch blocks

Brugada syndrome

Differential diagnosis of ST depression / T wave change from ECG⁹

Deeply inverted T waves suggestive of a central nervous system lesion or apical hypertrophic cardiomyopathy

- LV hypertrophy with strain
- Myocarditis
- Bundle branch blocks
- Hypertrophic cardiomyopathy
- Electrolytes imbalance
- Panic attack, hyperventilation syndrome

2. Cardiac biomarkers คือการตรวจสารบางอย่างในกระแสโลหิตที่อาจบ่งบอกถึง Myocardial cell damage หรือ Injury ที่เกิดเนื่องจากภาวะหัวใจขาดเลือด Biochemical markers มีหลายชนิด ได้แก่ Total creatinine kinase (CK), CK-MB, Myoglobin, Troponin-T, Troponin-I, LDH isoenzyme แต่ที่มีประโยชน์ในการวินิจฉัย Acute coronary syndrome ซึ่งใช้กันอยู่แพร่หลายในปัจจุบันนี้มีเพียง 2 ชนิด คือ Troponin และ Creatinine kinase

◆ **Troponin** การตรวจ Troponin-T (cTnT) หรือ Troponin-I (cTnI) มีความไวในการตรวจจับ Myocardial cell damage เป็นอย่างมาก ในผู้ป่วย Acute coronary syndrome ค่าของ Troponin จะ Positive ได้ทั้งกลุ่มผู้ป่วย Unstable angina, Non-Q MI และ Q wave MI แต่จะมีค่าสูงมากน้อยไม่เท่ากันตามปริมาณของ Myocardial cell damage เรานิยมใช้ Troponin ในการแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มเสี่ยงน้อยและกลุ่มเสี่ยงมาก ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกและเข้ามาที่หน่วยฉุกเฉิน การเจาะ Troponin 2 ครั้ง ห่างกัน 6 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจะช่วยบอกได้ว่าผู้ป่วยรายนั้นมี Myocardial cell damage หรือไม่ Troponin จะขึ้นภายใน 3-12 ชั่วโมง⁹ และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean time to peak elevation) สำหรับ cTnT คือ 12-48 ชั่วโมง ส่วน cTnI คือ 24 ชั่วโมง และทั้งสอง Troponin คงอยู่ต่อเนื่องได้นาน 5-14 วัน หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน⁹ ส่วนใน Unstable angina ซึ่งเป็น Myocardial ischemia มี Troponin สูงเพียงเล็กน้อย และอยู่ในช่วงค่าปกติสูงของ 99 percentile ของค่าเฉลี่ยของคนปกติ⁹

◆ **Creatinine kinase (CK)** การเจาะหาค่า Total CK อาจพบว่าค่าสูงขึ้นได้ทั้งในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย การผ่าตัดหรือทำลายกล้ามเนื้อลายทั่วไป รวมทั้งโรคทางสมอง จึงไม่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพียงอย่างเดียว ถ้าทำได้ควรเจาะ Isoenzyme CK-MB ซึ่งจะขึ้นเฉพาะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด Q wave และ non-Q wave MI ส่วน Unstable angina ค่า CK และ CK-MB จะอยู่ในเกณฑ์ก้ำกึ่ง Biochemical marker ชนิดนี้จะขึ้นภายใน 3-12 ชั่วโมง⁹ และลงสู่ปกติภายใน 48-72 ชั่วโมงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน⁹ ปริมาณสูงสุดของ CK จะแปรผันกับปริมาณ Myocardial cell damage

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการชนิดอื่น ๆ ได้แก่ CBC with platelet count, Blood chemistry, Chest X-ray, Echocardiogram, Radionuclide study และ Coronary angiography เป็นสิ่งที่ช่วยในการวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนให้ได้แม่นยำยิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจ สืบค้นดังที่กล่าวมาทั้งหมด ขึ้นอยู่กับศักยภาพและขีดความสามารถของสถานพยาบาลตามความเหมาะสม

การพยากรณ์ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน

หลังปี พ.ศ. 2533 การตายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันในโรงพยาบาลลดลงเหลือร้อยละ 8-10¹⁴ ซึ่งขึ้นกับปัจจัยหลายชนิดดังนี้

◆ การเปิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่อุดตัน (Reperfusion) ได้เร็วขึ้นด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน

◆ ขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย

◆ การใช้ยาซึ่งลดการขยายตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Remodeling)

◆ การเกิด Cardiogenic shock ยังตายถึงร้อยละ 57¹⁵ โดยทั่วไปเกิดขึ้นเมื่อกกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายถูกทำลายไปอย่างน้อยร้อยละ 40 ซึ่งรวมทั้งที่กล้ามเนื้อหัวใจตายใหม่และเก่า ผลเป็น¹⁶⁻¹⁷

◆ หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Sustained ventricular tachycardia ที่เกิดขึ้นใน 48 ชั่วโมงแรกของกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน เป็นสาเหตุร่วมของการตายในโรงพยาบาลร้อยละ 20¹⁸

การรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI, Q-wave MI)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันชนิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI) ซึ่งเกิดจากการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงที่หัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือด ในปัจจุบันหลักการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่สำคัญ ได้แก่ การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุด เพราะการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง จากการศึกษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 30 ถ้าให้ภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 25 ถ้าให้ภายใน 2-3 ชั่วโมง และสามารถลดอัตราการตายได้เพียงร้อยละ 18 ถ้าให้ใน 4-6 ชั่วโมง^{9,19}

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันชนิด STEMI ด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันมี 2 วิธี ได้แก่ การใช้ยาละลายลิ่มเลือด และการขยายหลอดเลือดแดงที่หัวใจด้วยบอลลูน

การรักษาด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agents)

ในปี ค.ศ. 1980 ได้เริ่มมีการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 30¹⁹⁻²⁰ และได้ถือเป็นการรักษามาตรฐานโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดนี้ ซึ่งถูกใช้มากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ชั่วโมง⁹ ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้มากคือ Streptokinase, t-PA, Reteplase

การใช้ยาละลายลิ่มเลือด

ข้อบ่งชี้

STEMI หรือ New left bundle branch block (LBBB) ที่เกิดอาการภายใน 12 ชั่วโมง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 3 ชั่วโมงที่เกิดอาการจะให้ผลดีที่สุด และผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 75 ปี เป็น Class I แต่ถ้าผู้ป่วยมีอายุ 75 ปีหรือมากกว่าเป็น Class IIa⁹

ข้อห้ามใช้ยาละลายลิ่มเลือดเด็ดขาด (Absolute contraindications) มีดังต่อไปนี้⁹

1. มีเลือดออกง่ายที่อวัยวะ (Bleeding diathesis) ยกเว้น มีประจำเดือน
2. ประวัติเลือดออกในสมองเวลาใดก็ตาม
3. อัมพาตจากหลอดเลือดสมองอุดตันภายใน 3 เดือน ยกเว้น Acute ischemic stroke ภายใน 3 ชั่วโมง
4. มีประวัติมีเนื้องอกในสมอง
5. มีประวัติหลอดเลือดในสมองผิดปกติ เช่น arteriovenous malformation
6. สงสัยมี Aortic dissection
7. ได้รับอุบัติเหตุชนิดไม่มีเลือดออกมาภายนอกที่ศีรษะ (Closed-head trauma) หรือที่หน้าอย่างรุนแรงภายใน 3 เดือน

ข้อที่ควรระวังหรืออาจพิจารณาใช้ยาละลายลิ่มเลือดได้ถ้าเห็นว่าได้ประโยชน์มากกว่าผลเสีย
(Cautions / Relative contraindications) มีดังต่อไปนี้⁹

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติหลอดเลือดสมองตีบตันนานเกิน 3 เดือน หรือโรคสมองฝ่อ มีพยาธิสภาพในสมองที่ไม่ได้เป็นข้อห้ามเด็ดขาดในการใช้ยาละลายลิ่มเลือด
2. ตั้งครรภ์
3. มีประวัติประสูติเหตุ ถูกทำ CPR (Cardio-pulmonary resuscitation) นานกว่า 10 นาที หรือได้รับการผ่าตัดใหญ่ภายในมาแล้วไม่เกิน 3 สัปดาห์
4. ความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่พบผู้ป่วย
5. มีประวัติความดันโลหิตสูง เป็นมานาน รุนแรง ควบคุมยาก
6. มีประวัติเลือดออกง่าย หรือได้รับยากันเลือดแข็งอยู่ โดยที่มีระดับ INR ≥ 2 (ผู้เชี่ยวชาญบางท่านให้ใช้ค่าระดับ PT INR ≥ 3)
7. ผู้ป่วยถูกเจาะเส้นเลือดในตำแหน่งซึ่งกีดห้ามเลือดไม่ได้
8. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase หลัง 5 วัน (อย่างน้อยถึง 2 ปี) หรือมีปฏิกิริยาแพ้สารนี้มาก่อน ไม่ควรได้รับยา Streptokinase ซ้ำ
9. มีประวัติแพ้ยาละลายลิ่มเลือด
10. มีแผลอักเสบของกระเพาะอาหารและลำไส้ (Active peptic ulcer)
11. มีเลือดออกที่อวัยวะภายในเมื่อเร็วๆ นี้ (ภายใน 2-4 สัปดาห์)

และยังพบว่าการใช้ยาละลายลิ่มเลือดยังมีอัตราการเกิดผลแทรกซ้อน เช่น เลือดออกในสมอง หรือทางเดินอาหาร และในผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 75 ปี พบว่าผู้ป่วยมีอัตราตายเพิ่มขึ้นจากผลแทรกซ้อนที่มากขึ้น⁹

วิธีการให้ยา

1. Streptokinase : ขนาดที่ใช้ 1.5 ล้านยูนิตทางหลอดเลือดดำ ภายใน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง
2. Tissue plasminogen activator : ขนาดที่ใช้ ให้ทางหลอดเลือดดำทันที 15 มิลลิกรัม, 50 มิลลิกรัม ใน 30 นาทีต่อมา และ 35 มิลลิกรัมที่เหลือในอีก 1 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 100 มิลลิกรัม
3. Urokinase : ขนาดที่ใช้ 3 ล้านยูนิตทางหลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง
4. Reteplase : ขนาดที่ใช้ 10 ยูนิตทางหลอดเลือดดำ 2 ครั้ง ภายใน 30 นาที

ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษา

1. ลดอัตราการตายของผู้ป่วย เมื่อใช้ร่วมกับแอสไพริน โดยสามารถลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 30²¹
2. สามารถละลายลิ่มเลือดที่อุดตันในเส้นเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือทำให้เลือดไหลเวียนอยู่ในระดับปกติถึงร้อยละ 61 ภายใน 60 นาที²³
3. ทำให้การบีบตัวของหัวใจดีขึ้นร้อยละ 20-30
4. ลดปริมาณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยจะขึ้นกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยากับเวลาที่เกิดอาการ ยิ่งน้อยก็สามารถลดปริมาณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจได้มาก^{9,24}

ผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด

1. เลือดออกในสมองพบประมาณร้อยละ 0.7
2. เลือดออกรุนแรงจนต้องมีการให้เลือดทดแทน เสียจำนวนเม็ดเลือดแดงเกิน 5 กรัมต่อเดซิลิตร พบประมาณร้อยละ 0.5
3. อาการแพ้ยา เช่น ผื่นแดงคัน พบประมาณร้อยละ 5.8
4. ทำให้เกิดความดันโลหิตลดลง พบประมาณร้อยละ 12.5

การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้บอลลูน

ข้อบ่งชี้ในการใช้วิธีการขยายเส้นเลือดหัวใจด้วยบอลลูนใน Acute STEMI

1. เป็นวิธีรักษาทางเลือกในการรักษานอกจากการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย
 - ST elevation หรือ New / presumed new LBBB
 - เกิดอาการภายใน 12 ชั่วโมง หรือมากกว่า 12 ชั่วโมง ในรายที่ยังมีอาการเจ็บหน้าอกอยู่
 - สามารถทำได้ภายใน 90 ± 30 นาที
 - มีแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์
 - มีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่พร้อม
2. ในราย Cardiogenic shock และอายุไม่เกิน 75 ปี เกิด STEMI ไม่เกิน 36 ชั่วโมง และ Shock ไม่เกิน 16 ชั่วโมง

Antiplatelet agents

1. Antiplatelet drugs แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้

1.1. Platelet cyclooxygenase inhibitor ยาในกลุ่มนี้จะยับยั้งการออกฤทธิ์ของเอ็นไซม์ Prostaglandin H-synthase ซึ่งเป็นเอ็นไซม์ที่สำคัญที่ใช้ในการสังเคราะห์ PGG₂ และ PGH₂ Arachidonic acid, PGH₂ จะถูกสังเคราะห์ต่อไปเป็น Thromboxane A₂ โดย Thromboxane A₂ มีบทบาทสำคัญในกลไกการเกิดการจับตัวของเกล็ดเลือด (Platelet aggregation) ยาที่สำคัญในกลุ่มนี้คือ Aspirin (แอสไพริน)

ข้อบ่งชี้ของ Aspirin

ในผู้ป่วย Myocardial infarction จากการศึกษาของ The Second International Study of Infarct Survival (ISIS-2)²¹ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ Aspirin 160 mg สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 20 ในระยะ 35 วัน โดยไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาที่เกิดอาการ

ขนาดของยา

ใน Acute myocardial infarction นั้น Aspirin ขนาดที่ใช้ ได้แก่ ครั้งแรก 160-325 mg เคี้ยวแล้วกลืนเป็นชนิด Non-enteric formulation ขนาดต่อไป 75-160 mg ต่อวันเป็นแบบ Enteric หรือ Non-enteric formulation ก็ได้

1.2 Thienopyridine groups มี 2 ตัวที่สำคัญคือ Ticlopidine และ Clopidogrel ใช้เป็นตัวเลือกในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาไม่สามารถใช้ Aspirin ได้ หรือใช้ร่วมกับ Aspirin ในกรณีของการทำ Coronary stenting ซึ่ง Ticlopidine มีผลแทรกซ้อนที่สำคัญคือ เกิด Thrombocytopenic purpura, Granulocytopenia ได้ร้อยละ 2.4 Clopidogrel เป็นยาในกลุ่มนี้ที่ค้นพบใหม่ มีผลต่อการเกิด Granulocytopenia เพียงร้อยละ 0.1 ซึ่งน้อยกว่า Ticlopidine

ข้อบ่งชี้ของ Ticlopidine และ Clopidogrel

1. ใช้ในผู้ป่วยที่แพ้หรือไม่สามารถรับประทาน Aspirin ได้
2. ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ขดลวดในหลอดเลือดหัวใจมาไม่เกิน 6 เดือน

ขนาดของยา

Ticlopidine รับประทาน 250 mg bid

Clopidogrel รับประทานโดย Loading 300 mg หลังจากนั้น 75 mg ต่อวัน

2. GP IIb/IIIa receptor antagonist

พิจารณาในการใช้เป็นรายๆ ในกรณีที่ทำ Coronary angioplasty โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2.1 Antithrombin ได้แก่ Heparin แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

2.1.1 Unfractionated heparin (UFH) มีส่วนประกอบที่สำคัญคือ Glycoaminoglycan มีน้ำหนักโมเลกุล 3,000 ถึง 30,000 dalton กลไกการออกฤทธิ์โดยส่วน Polysaccharide จะจับกับ Antithrombin III จะทำให้เร่งการยับยั้งการทำงานของ Thrombin และ Factor Xa จาก Meta-analysis พบว่า UFH สามารถลดอัตราการเกิด acute myocardial infarction และการตายในผู้ป่วย UA/NSTEMI เมื่อให้ร่วมกับ Aspirin ประมาณร้อยละ 33²⁶⁻²⁷ แต่ในกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่ได้ผลเพิ่มขึ้น ในรายที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด Streptokinase แต่ในรายที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดการให้ UFH จะช่วยลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ช่วยลดการเกิดก้อนลิ่มเลือดในห้องล่างของหัวใจ และอาจช่วยลดอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนทางสมอง เนื่องจากหลอดเลือดสมองอุดตันโดยเฉพาะที่เป็นประเภท Massive anterior wall myocardial infarction เนื่องจาก UFH สามารถทำให้เกิด Mild thrombocytopenia ได้ร้อยละ 10-20 และ Severe thrombocytopenia (platelet count < 100,000) ได้ร้อยละ 1-2 โดยจะเกิดในช่วง 4-14 วัน หลังการรักษา ฉะนั้นแนะนำให้ตรวจ Complete blood count เป็นระยะๆ

2.2.2 Low Molecular Weight Heparin (LMWH) มีน้ำหนักโมเลกุลเฉลี่ย 4,000-5,000 dalton ใช้แทนกันได้กับ Heparin และการบริหารยาสะดวกคือ ฉีดใต้ผิวหนังวันละ 2 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องนอนเตียงนาน

ข้อบ่งชี้ (ทั้งของ UFH และ LMWH)

1. หลังผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา Plasminogen activators
2. ในรายที่เกิดอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงชนิด Unstable angina, NSTEMI
3. Massive anterior wall myocardial infarction หรือพบลิ่มเลือดในห้องหัวใจด้านข้างซ้าย

ขนาดของยา

UFH ให้ยา Bolus 60-70 U/kg (Maximum 5,000U) intravenous และให้ต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ ในขนาด 12-15 U/kg/hr โดยปรับให้ได้ Partial thromboplastin time (PTT) ในระดับ 1.5-2.5 เท่า ของ Control นาน 2-5 วัน

Enoxaparin 1 mg/kg/dose subcutaneous bid นาน 3-7 วัน จากการศึกษาของ TIMI 11B trial แนะนำให้ Enoxaparin 30 mg intravenous ในครั้งแรกก่อนจะฉีดใต้ผิวหนังต่อไป

2.2 Beta-blockers จากการศึกษาในระยะแรกการใช้ Beta-blocker ในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2 การศึกษา ได้แก่ Beta-blocker Heart Attack Trial (BHAT) และ The Norwegian Multicenter Study Group สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 26-39 โดยคุมระดับชีพจรอยู่ระหว่าง 50-60 ครั้งต่อนาที

ข้อควรระวัง

ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเต้นของหัวใจช้าอยู่เดิม ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดส่วนปลายตีบ (Peripheral vascular disease = PVD) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อห้ามในการใช้ Beta-blocker

1. HR < 50 ครั้ง / นาที
2. Systolic BP < 90 mmHg
3. Severe heart failure requiring IV diuretics or inotropes
4. Cardiogenic shock
5. Asthma
6. Second or third degree AV block

ขนาดยา

Initial dose : Atenolol 25 mg รับประทานวันละ 1 ครั้ง (ควรเริ่มขนาดน้อยๆ เช่น 12.5-25 mg ต่อวัน เนื่องจากยากดกล้ามเนื้อหัวใจ)

: Metoprolol 50 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง (ควรเริ่มขนาดน้อยๆ เช่น 25 mg ต่อวัน)

Titration : weekly

Target dose : Atenolol 100 mg OD

: Metoprolol 100 mg bid

ถ้าผู้ป่วยมีอาการของหัวใจล้มเหลว

1. ให้การรักษาจนมีอาการดีขึ้น นอนราบได้ ไม่บวม
2. เริ่ม ACEI อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ก่อนให้ Beta-blocker
3. เริ่มด้วยขนาดน้อยก่อน

ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคถุงลมโป่งพอง

เริ่มด้วยยา Beta-1 selective agent ขนาดน้อยๆ (Metoprolol or Atenolol 25 mg) แล้วค่อยเพิ่มจนได้ขนาดที่ผู้ป่วยทนได้

ผู้ป่วยที่มีประวัติ DM, First AV block และ PVD

เริ่มด้วยขนาดน้อยก่อนแล้วค่อยเพิ่มเท่าที่ผู้ป่วยจะทนได้

2.3 Nitroglycerin และ Nitrates โดย Nitrates ใช้ในการรักษาอาการเจ็บหน้าอกแบบ Angina กลไกการออกฤทธิ์คือ Nitrates จะถูกเปลี่ยนเป็น Nitric oxide ซึ่งจะกระตุ้น Guanylate cyclase ซึ่งมีอยู่ในเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ ทำให้มีการเพิ่มของ Cyclic guanosine monophosphate (cGMP) ภายในเซลล์จะทำให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดตามมา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรักษาอาการเจ็บอกด้วยยากกลุ่ม Nitrates

วิธีการให้ยา	Dose (mg)	Onset of action (min)	Duration of action (min)
1. Sublingual ISDN	2.5 - 10	5 - 20	45 - 120 min
2. Oral ISDN	10-60 tid. to qid.	15 - 45	2 - 6 hr.
	SR 80 - 120 OD.	60 - 90	10 - 14 hr.
3. Oral ISMN	20 bid.	30 - 60	3 - 6 hr.
	SR 60 - 120 OD.	60 - 90	10 - 14 hr.

ISDN = Isosorbide dinitrate, ISMN = Isosorbide mononitrate

ในระยะแรกอาจให้ยาในรูปของ Nitroglycerin ทางหลอดเลือดดำได้

ผลแทรกซ้อน ที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว ในรายที่ได้ยาขนาดสูง ทางหลอดเลือดดำอาจทำให้เกิด Methemoglobinemia อีกประการหนึ่งถ้าใช้ร่วมกับยากระตุ้นสมรรถภาพทางเพศชนิด Sildenafil อาจทำให้เกิดความดันโลหิตลดลงอย่างรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้ (Life-threatening hypotension) ข้อควรระวัง คือ ผู้ป่วยที่ได้ Nitrate ควรมียาระยะพัก (Nitrate-free interval) ประมาณ 8-12 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการดื้อยา (Nitrate tolerance)

2.4 Statin ยาลดไขมัน (Lipid lowering agents) จากการศึกษาของหลายสถาบันเช่น ของ 4S และ CARE ที่ให้ยาในกลุ่มของ Statin ในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหัวใจ ซึ่งมีระดับโคเลสเตอรอล ระหว่าง 200-308 มก./ดล. และ LDL-C 115-174 มก./ดล. สามารถลดอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 24-35 โดยลด LDL-cholesterol ให้อยู่ต่ำกว่า 100 มก./ดล. Heart Protection Study²⁷ พบว่าการให้ Simvastatin 40 mg ต่อวัน ในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดต่างๆ สามารถลดอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 24 โดยลด LDL-cholesterol จากระดับก่อนรักษา จากผลการศึกษาของ Schwartz และคณะ ใน MIRACL study²⁶ เปรียบเทียบการให้ Atorvastatin 80 mg ต่อวัน กับยาหลอกในผู้ป่วย Acute coronary syndrome พบว่าสามารถลดอัตราการตาย หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน และการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 16 ในการติดตามการรักษา 4 เดือน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่ยืนยันว่าการใช้ Statin ใน Acute coronary syndrome ลดอัตราการตายได้ร้อยละ 25 แต่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่ไม่เป็นแบบ Double-blind, Randomized placebo-controlled trial²⁶ แนะนำว่าให้รักษาระดับ LDL-cholesterol < 100 mg/dL

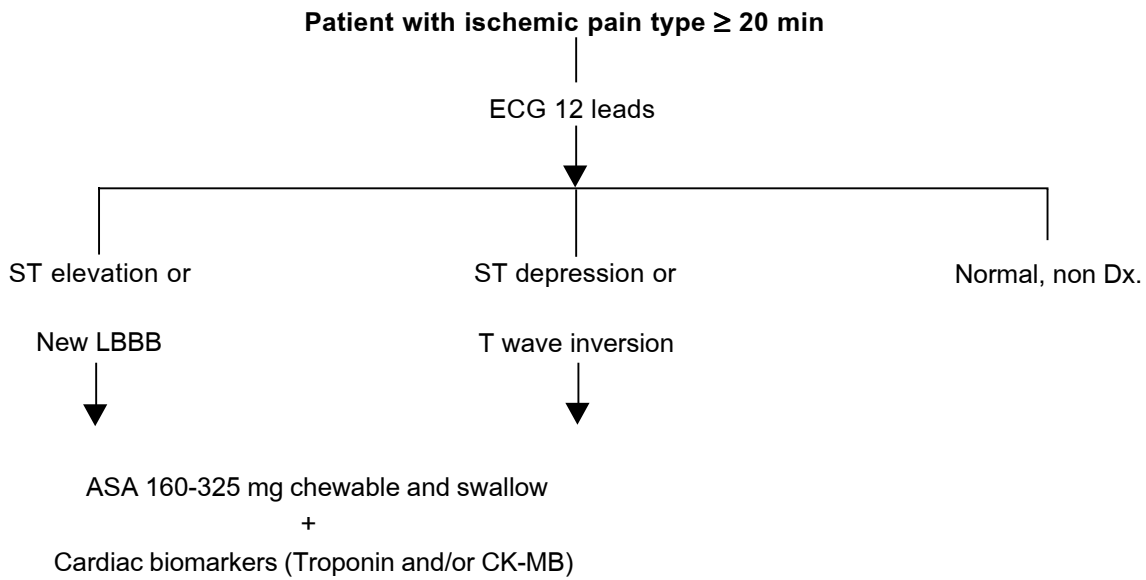
2.5 Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) ผลการศึกษาของ GISSI-3²⁸ พบว่าการให้ lisinopril ภายใน 24 ชม. ในผู้ป่วย NSTEMI สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 12 ในการติดตามผลการรักษา 6 สัปดาห์ และจาก HOPE Study²⁹ พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับ Ramipril 10 มก./วัน จะลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อตายเฉียบพลัน อัมพาต และการตายจากสาเหตุจากโรคหลอดเลือดได้ร้อยละ 22 ควรเริ่ม ACEI อย่างช้าในผู้ป่วยทุกรายก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเฉพาะในรายที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว หรือกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวน้อยกว่าปกติ (Left ventricular ejection fraction < 40 %)

การทำ **CABG** (Coronary artery bypass graft) ในกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน

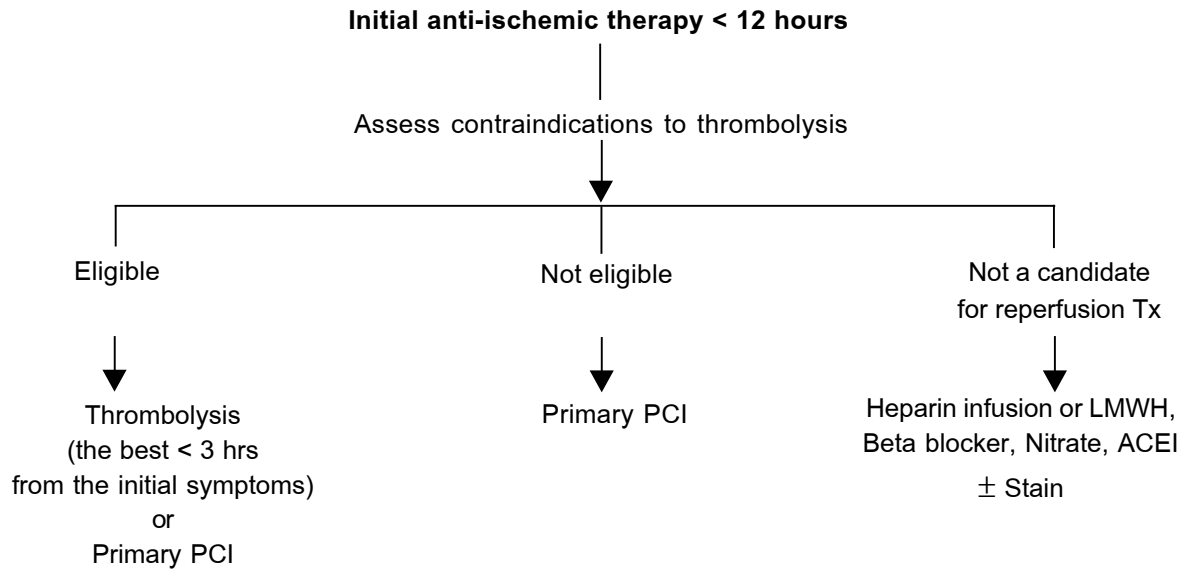
ข้อบ่งชี้

1. Failed PTCA
2. Cardiogenic shock with coronary anatomy suitable for CABG
3. Repair mechanical defect
 - ◆ VSD (Ventricular septal defect)
 - ◆ MR (Mitral regurgitation)
 - ◆ Free wall rupture
 - ◆ Ventricular aneurysm with intractable VT (Ventricular tachycardia) or pump failure
4. Persistent or recurrent ischemia refractory to medical therapy and coronary anatomy suitable for CABG
 - ◆ Left main disease
 - ◆ Triple vessels disease especially poor LV function
 - ◆ Multiple vessels disease with complex lesion
 - ◆ Double vessels disease with proximal LAD lesion

แผนภูมิ 1 การดูแลรักษาผู้ป่วยเจ็บอกจากสภาวะหัวใจขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน



ST elevation / new LBBB



Non-ST elevation MI (NSTEMI)

ASA, Heparin or LMWH, Beta-blocker, Nitrate, ACEI, Statin

Unstable angina (UA)

ASA, Beta blocker, Nitrate, ACEI, Statin (if severe adding heparin / LMWH)

ถ้าผู้ป่วยมีประวัติเป็น Asthma พิจารณาให้ Diltiazem แทน Beta blocker ในราย NSTEMI / UA

เอกสารอ้างอิง

1. Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. *European HJ* 2002 ; 23,1809-1840.
2. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-segment Elevation Myocardial Infarction. A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.
3. Badimon L, Fuster V, Corti R, Badimon JJ. Coronary thrombosis : local and systemic factors. In *Hurst's The Heart*. 11th edition, 2004.
4. Marcus ML: *The Coronary Circulation in Health and Disease*. New York, Mc Graw-Hill 1983.
5. Gould KL, Lipscomb L : Effects of coronary stenoses on coronary flow reserve and resistance. *Am J Cardiol* 1974, 34 : 50.
6. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert panel on detection evaluation and treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285, 2486-97.
7. O, Rourke RA, Schlant RC, Douglas JS Jr. Diagnosis and Management of Patients with Chronic Ischemic Heart Disease in 10th Edition *Hurst's The Heart* 2001, 1207-1236.
8. Falk E, Shah PK, Fuster V. Atherothrombosis and Thrombosis prone Plaque. In 11th edition *Hurst's The Heart* 2004.
9. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. Antman et al, 2004 (www.acc.org).
10. Rude RE, Poole WK, Muller JE, et al. Electrocardiographic and clinical criteria for recognition of acute myocardial infarction based on analysis of 3,697 patients. *Am J Cardiol* 1983 ; 52 : 936 -942.
11. Chamroth L Posterior wall myocardial infarction. In : *The 12 -leads Electrocardiogram*. Book 1 (of 2). Boston: Blackwell 1989 ; 176-180.
12. Alexander RW, Pratt CM, Ryan TJ, Roberts R. ST-segment-elevation myocardial infarction : clinical presentation, diagnostic evaluation, and medical management. In 11th edition *Hurst's The Heart* 2004.
13. Sgarbossa EB, Pinski SL, Barbagelata A, et al. Electrocardiographic diagnosis of evolving acute myocardial infarction in the presence of left bundle branch block. *New Eng J Med* 1996 ; 334 : 481-487.
14. Virmani R, Burke AP. Pathology of myocardial ischemia, infarction, reperfusion and sudden death. In 11th edition *Hurst's The Heart* 2004.

15. Hasdai D, Topol EJ, Califf RM, et al. Cardiogenic shock complicating acute coronary syndrome. *Lancet* 2000 ; 356 : 749-756.
16. Mark DB, Naylor CD, Hlatky MA, et al. Use of medical resources and quality of life after acute myocardial infarction in Canada and the United States. *N Eng J Med* 1994 ; 331 : 1130-1135.
17. Califf RM, Bengtson JR. Cardiogenic shock. *N Eng J Med* 1994 ; 330 : 1724-1730.
18. Eldar M, Sievner Z, Goldbourt U, et al. Primary ventricular tachycardia in acute myocardial infarction : clinical characteristics and mortality. The SPRINT Study Group. *Ann Intern Med* 1992 ; 117 : 31-36.
19. Greenbaum AB et al, "An update on acute myocardial infarction from recent clinical trials", *Current Opinion in Cardiology* 12 : 418.
20. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI), "Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction". *Lancet* 1986 ; 1 : 39720.
21. The Second International Study of Infarct Survival Collaboration Group, "Randomized trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction". *ISIS -2. Lancet* 1988 ; 2 : 349.
22. The Fibrinolytic Therapy Trialists (FTT) Collaborative Group, "Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: Collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomized trials of more than one thousand patients". *Lancet* 343 : 311.
23. The TIMI Study Group, "The thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) trial", *N Engl J Med* 1985 ; 312 : 932.
24. Weaver WD et al, "Early treatment with thrombolytic therapy: Results from the Myocardial Infarction, Triage and Intervention Pre-Hospital Trial". *JAMA* 1993 ; 270 : 1211.
25. Weaver WD et al, "Comparison of primary coronary angioplasty and intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction : A quantitative review". *JAMA* 1997 ; 278 : 2093.
26. Schwartz GG. Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes : The MIRACL study: A randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285 : 1711.
27. Stenestrand U. Early statin treatment following acute myocardial infarction and 1-year survival. *JAMA* 2001; 285 : 430.
28. GISSI-3, Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico. Effects of lisinopril and transdermal glycerol trinitrate singly and together on 6-week mortality and ventricular function after acute myocardial infarction. *Lancet* 1994 ; 343 : 1115.
29. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators: Effects of an angiotensin - converting enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 2000 ; 342 : 145.

คณะกรรมการ

แพทย์หญิงวิไล พัววิไล

นายแพทย์ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี

แพทย์หญิงสุภารัตน์ ต้นสุภสวัสดิกุล

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดำรงส ตริสุโกศล

พลอากาศตรี นายแพทย์บริหาร กอนันตกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุรพันธ์ สิทธิสุข

นายแพทย์ภาวิทย์ เพียรวิจิตร

พันเอก รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์

แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์

นายแพทย์อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ

นางรัชนีบุญย์ อุดมชัยรัตน์

นางสาวนฤกร ธรรมเกษม

โรงพยาบาลราชวิถี

สถาบันโรคทรวงอก

สถาบันโรคทรวงอก

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์

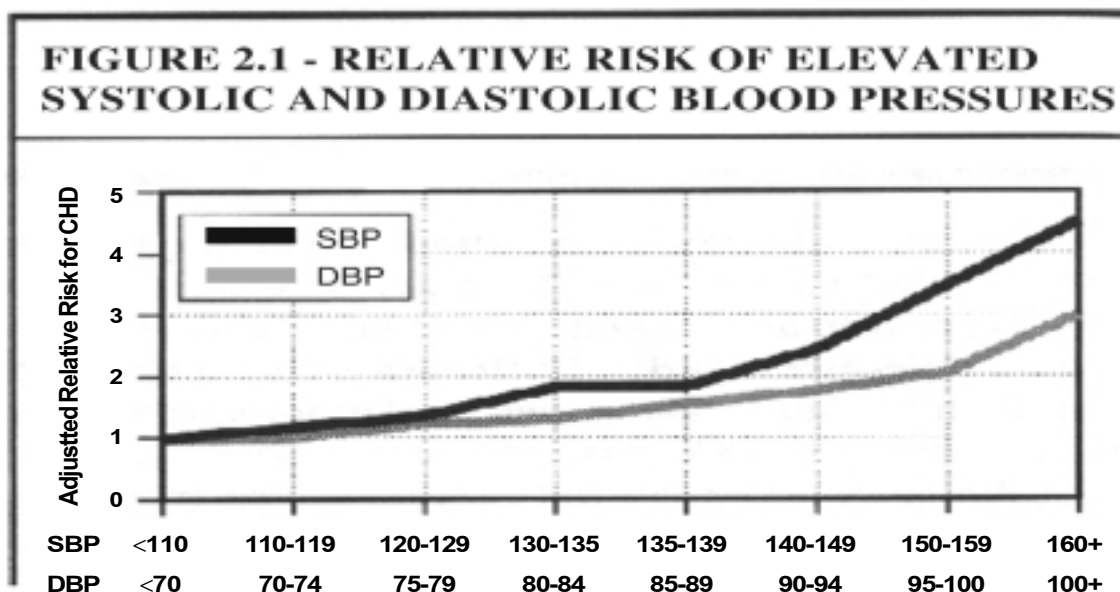
ผู้สูงอายุและความดันโลหิตสูง

พญ.สุदारัตน์ ตันสุภสวัสดิกุล
น.พ.จรินทร์ อัครหาญฤทธิ์
กลุ่มงานอายุรกรรม สถาบันโรคทรวงอก

นิยามของความดันโลหิตสูง

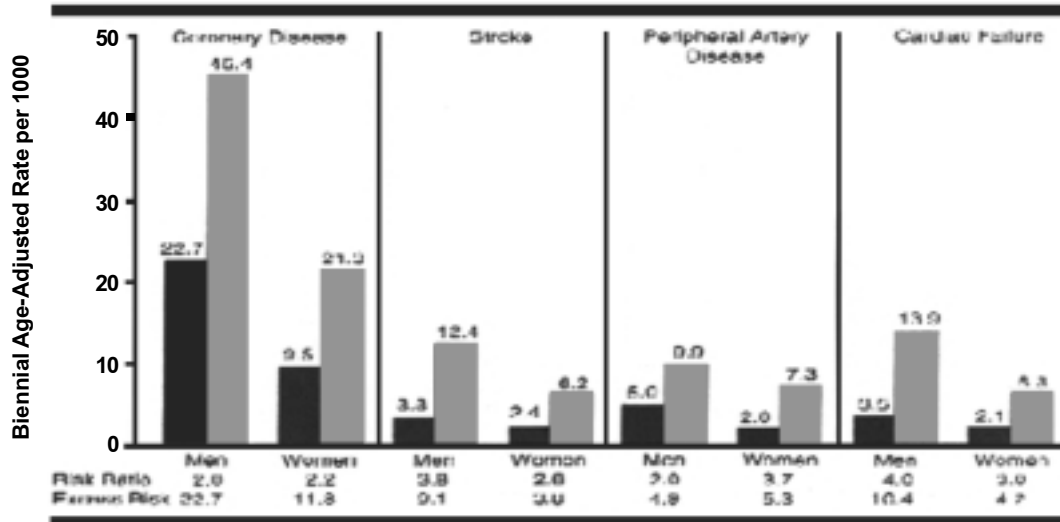
ตามเกณฑ์ของ JNC VI ความดันโลหิตสูงคือ Systolic BP \geq 140 or Diastolic BP \geq 90 การให้นิยามความดันโลหิตนั้น อาศัยข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของระดับความดันโลหิตที่ระดับต่างๆ ต่อสุขภาพ และองค์การอนามัยโลก (WHO) 1999 ก็ได้ใช้การประเมินความเสี่ยงจากระดับความดันเลือดนี้ร่วมกับความเสี่ยงอื่นๆ ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย เช่น การมีเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การมีโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคไต โรคหัวใจ ภาวะหัวใจโต ในการกำหนดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการรักษา

การแบ่งประเภทของความดันสูงอาจแยกได้หลายอย่าง เช่น ตามความรุนแรงความดันโลหิต (grading of severity : เป็น pre Hypertension, mild/moderate/severe hypertension และ hypertensive crisis เป็นต้น) หรือตามพยาธิสรีระของการเกิด (แยกเป็น essential or primary hypertension คือ ความดันโลหิตสูงที่ไม่พบสาเหตุ และ secondary hypertension ซึ่งเป็นความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุมาจากโรคอื่นๆ)



รูปที่ 1 แสดงความเสี่ยงที่เกิดจากระดับความดันโลหิต

จากรูปที่ 1 (JAMA 1990) ซึ่งมาจากการศึกษา Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) แสดงให้เห็นว่าความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นตามระดับของความดันโลหิต และเห็นชัดเจนเมื่อ diastolic blood pressure $>$ 140 mmHg และขณะเดียวกันก็จะสังเกตเห็นได้ว่า เมื่อ systolic blood pressure $>$ 150 ก็ จะเห็นความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น ซึ่งดูเหมือนจะชัดเจนกว่า diastolic blood pressure ด้วยซ้ำไป



รูปที่ 2 แสดงความเสี่ยงที่เกิดจากความดันโลหิตสูง

จากรูปที่ 2 จะเห็นว่าค่าความเสี่ยง (relative risk) เพิ่มขึ้นหลายเท่าในแง่ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ CVA or Stroke การเกิดหลอดเลือดส่วนปลายอื่นๆ (เช่น หลอดเลือดไปขาตีบตัน) และภาวะหัวใจวาย ความเสี่ยงนี้เกิดทั้งเพศชายและหญิง

ความดันโลหิตสูงเกิดจากอะไร

ความดันโลหิตสูงเป็นผลมาจากปัจจัยหลายๆ อย่างร่วมกันอันได้แก่

ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic background) ยีน (gene) ที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง อาจเป็นแบบที่เป็นการถ่ายทอดโรคทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคโดยตรง (ซึ่งพบได้น้อย) เช่น โรค Liddle syndrome (pseudoaldosteronism), glucocorticoid remediable-aldosteronism, mineralocorticoid excess เป็นต้น แต่โดยมากแล้วปัจจัยในแง่ของพันธุกรรมเราจะพบว่าไม่ได้เป็นเช่นนั้น ส่วนมากความดันโลหิตสูงจะมีความเกี่ยวพันกับยีนหลายๆ อย่าง (polygene-related) เช่น ยีนที่เกี่ยวข้องกับ angio-converting enzyme (ACE gene) และ sodium handling gene, angiotensinogen gene โดยที่จริงๆ แล้ว ยังไม่สามารถสรุปถึงยีนที่เป็นต้นเหตุที่แท้จริงได้ ปัจจัยภายในอื่นๆ ก็มีผล เช่น การมีความเสื่อมสภาพของหลอดเลือดจากสาเหตุต่างๆ, hormone บางชนิด (เช่น insulin, Insulin like growth factor, leptin) ปัจจัยทางพันธุกรรมเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าคนทั่วไปในระดับมากน้อยต่างๆ กัน

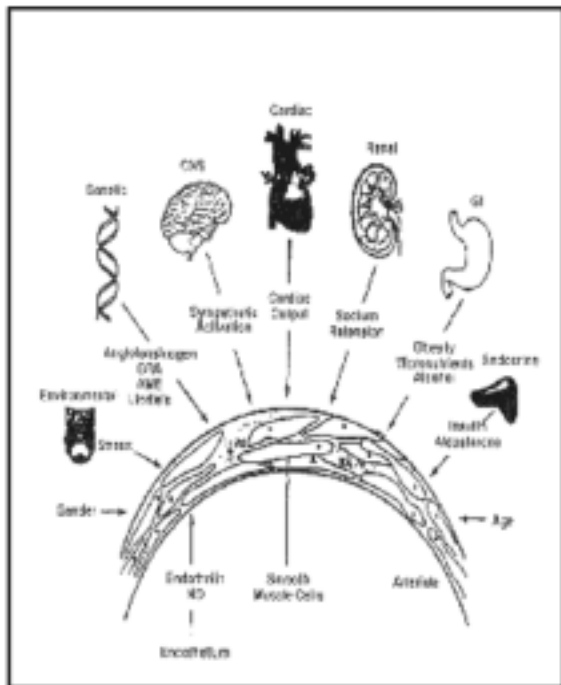
ปัจจัยจากภายนอก (Environmental factor) ได้แก่ ความเครียด, การดื่มแอลกอฮอล์, ยาบางชนิด เช่น steroid, NSAIDs, licorice, อาหาร เช่น low potassium intake, low calcium intake, high salt diet ภาวะความอ้วน และ metabolic syndrome ปัจจัยจากภายนอก (hyper-tensinogenic factor) เหล่านี้ เมื่อร่วมกับปัจจัยภายในผู้ป่วยก็จะชักนำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้น ในทางคลินิกความดันโลหิตสูงมีผลเกี่ยวข้องกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบของหัวใจ, หลอดเลือด ระบบไต สมอง และระบบของต่อมไร้ท่อ เป็นต้น การมีความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคหลายอย่างที่สำคัญ ได้แก่ หัวใจโต กล้ามเนื้อหัวใจพิการ เส้นเลือดหัวใจตีบ โรคเส้นเลือดทางสมองตีบหรือแตก สมองเสื่อม โรคไตวาย โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น

ภาวะภายในของร่างกายที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง โดยสรุปได้แก่

ระบบประสาทอัตโนมัติ : การเพิ่มขึ้นของระบบซิมพาเทติกจะทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้น และยังมีผลต่อประสาทที่ไปยังไตและหลอดเลือดให้มีการหลั่งฮอร์โมนบางชนิด ซึ่งส่งเสริมต่อการเพิ่มความดันโลหิตได้ เช่น increase of renal nerve activity to kidney, vascular constriction จาก sympathetic activity and release of endothelin substance

การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด : มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด โดยที่รูของหลอดเลือดเล็กลง ทำให้ความต้านทาน (vascular resistance) สูงขึ้น มีการเสียความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด (arterial stiffness) มีการเสียหายที่ของเซลล์เยื่อหลอดเลือด (endothelial dysfunction) ทำให้การสร้างสารที่ช่วยการขยายตัวของหลอดเลือด เช่น nitric oxide ลดลง

การเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมน : ที่สำคัญได้แก่ ระบบของ renin-angiotensin-aldosterone system (ซึ่งถูกกระตุ้นได้จากหลายสาเหตุ) ระบบดังกล่าวจะทำให้เกิดการเก็บน้ำและเกลือ การหดตัวของหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อในหัวใจและหลอดเลือดเอง และยังทำให้มีการเกิด oxidative stress ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อร่างกาย



Pathophysiological Factors Most Frequently

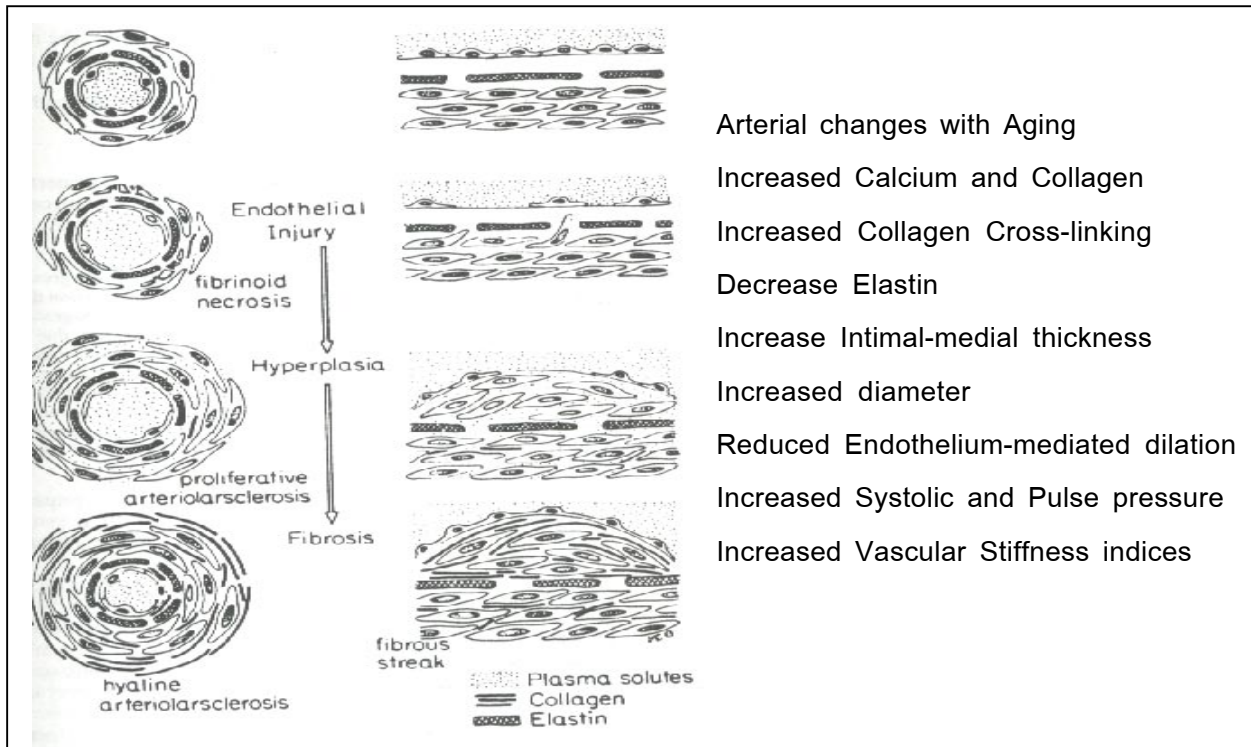
Implicated in the Development of Hypertension

These factors represent a combination of genetic and environmental influences.

Reproduced with permission from Opal S. Arterial hypertension In : Goldman L, Bemen JC., eds. Cecil Textbook of Medicine, 21se ed. Philadelphia, PA :W.B. Saunden Company, 2000 : 259-73.

รูปที่ 3 แสดงพยาธิสรีระของโรคความดันสูง เป็นผลรวมมาจากปัจจัยต่างๆ หลายด้านร่วมกัน

ทั้งระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบไต ระบบฮอร์โมน และตัวระบบหลอดเลือดและหัวใจเอง ระบบ renin-angiotensin-aldosterone เป็นระบบที่มีความสำคัญมากต่อความดันเลือดทั้งในภาวะปกติและภาวะการมีความดันสูง ในภาวะที่เลือดไปไตลดลงหรือมีการกระตุ้น renin จะถูกสร้างที่บริเวณไต และสารดังกล่าวจะถูกเปลี่ยนต่อเป็น angiotensin โดยเอนไซม์ angiotensin converting enzyme (ACE) สาร angiotensin จะออกฤทธิ์ที่ angiotensin receptor ซึ่งมีอยู่ทั่วไปในหลายอวัยวะ ทำให้เกิดการหดตัวของเส้นเลือด และการเปลี่ยนแปลงอื่นอีกหลายอย่าง นอกจากนั้นสาร angiotensin ยังทำให้เกิดการหลั่งของ aldosterone ที่ท่อไต ส่งผลให้มีการเก็บน้ำและเกลือเข้าสู่ร่างกายมากขึ้นด้วย



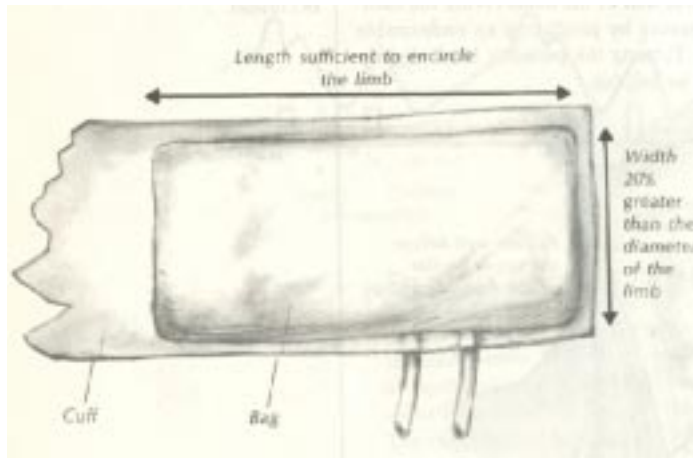
รูปที่ 4 แสดงการเปลี่ยนแปลงผนังหลอดเลือดในโรคความดันสูง

การวินิจฉัยความดันโลหิตสูง

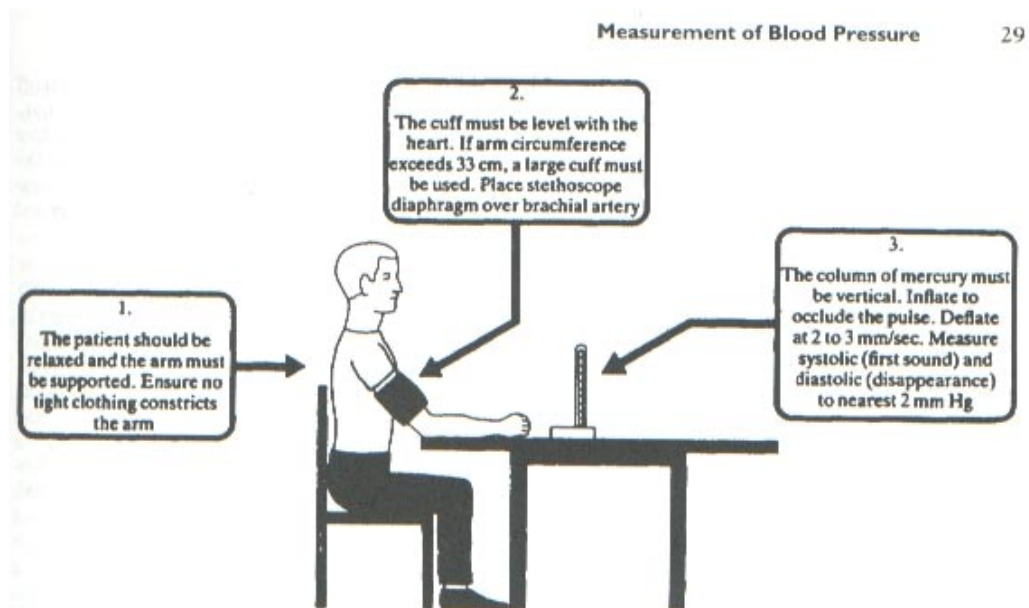
การวัดความดันโลหิต

เนื่องจากความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดในแต่ละวัน (daytime variability, circadian variability) และสภาพการณ์ (short-term variability, seasonal variability) การวัดความดันโลหิตจึงควรมีการวัดในเวลาที่เหมาะสม และอาจต้องวัดซ้ำหลายวันและหลายครั้งก่อนจะสรุปว่ามีโรคความดันโลหิตสูง เราพบว่าในคนทั่วไปขณะนอนในช่วงกลางคืนความดันจะลดลงจากปกติ (nocturnal dip) และในตอนเช้าความดันก็จะสูงขึ้นทันทีที่ตื่นนอน (BP surge) นอกจากนี้บางคนจะมีความดันที่วัดในโรงพยาบาลสูง ในขณะที่วัดเองที่บ้านอยู่ในระดับปกติเสมอ (เรียกว่าปรากฏการณ์ Office blood pressure hypertension or White-coat hypertension) การวัดความดันโลหิตจึงมีทั้งการวัดเป็นครั้ง ๆ ไป และการวัดแบบต่อเนื่อง (Ambulatory monitoring)

เครื่องวัดความดันโลหิตมีทั้งแบบชนิดที่ใช้ปรอท (mercury tube) ที่ใช้กันทั่วไป ชนิดที่เป็นมาตรวัดแบบเข็ม (aneroid) และชนิดที่เป็น electronic (digital) ทุกชนิดก็มักจะมีสายวัดต่อจากเครื่องมาที่ตัวพันแขนคนไข้ขณะวัด (cuff) ในการวัดความดันโลหิตเราจะค่อย ๆ เพิ่มความดันลมใน cuff ขึ้น จนเลือดในหลอดเลือดแดงหยุดไหล และค่อย ๆ ปลดลมออกจนกระทั่งมีเลือดไหลผ่านหลอดเลือดอีกครั้งหนึ่ง แล้วดูระดับดังกล่าว เราจะใช้ระดับที่เริ่มมีเสียงเลือดไหลอีกครั้งเป็น systolic blood pressure และใช้ระดับที่เสียงหายไป (Korotkoff sound phase V) เป็นระดับของ diastolic blood pressure (ยกเว้นว่าเสียงไม่ยอมหายไปเลย ก็จะใช้ช่วงที่เสียงเปลี่ยน คือ Korotkoff sound phase IV แทน) การวัดความดันโลหิตที่เหมาะสมควรให้ผู้ปวยนั่งพักก่อนประมาณอย่างน้อย 5 นาที วัดในท่านั่ง (ในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ และผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิต อาจจะต้องวัดทั้งท่านั่งและทำยืน) วางระดับเครื่องวัดความดันโลหิตในระดับเดียวกับหัวใจ เลือกขนาดของ cuff ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และพัน cuff ที่ระดับเหนือข้อพับอย่างน้อย 2.5 เซนติเมตร และควรงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หรือสูบบุหรี่ก่อนการวัดอย่างน้อย 30 นาที การวัดควรวัดอย่างน้อย 2-3 ครั้ง (ห่างกันอย่างน้อย 2 นาที) ในแต่ละ visit ของผู้ป่วย



รูปที่ 5 แสดงส่วนประกอบของ cuff ที่ใช้วัดความดันโลหิต ภายในจะมีถุงซึ่งโป่งออกเมื่อใส่ความดันเข้าไป (bladder) ขนาดของ cuff ควรจะเหมาะสมจึงจะใช้วัดความดันโลหิตได้อย่างถูกต้อง



รูปที่ 6 แสดงวิธีการวัดความดันอย่างเหมาะสม ควรวัดในท่านั่งเป็นหลัก

สำหรับคำถามว่าการใช้วิธีการวัดความดันแบบไหนดีกว่ากันในการติดตามการรักษา นั้น คงไม่มีข้อสรุปโดยปกติแล้วเราจะใช้ความดันเลือดในที่ทำงานเป็นตัวติดตามการรักษา แต่ความดันที่วัดโดยวิธี ambulatory monitor นั้นก็มีประโยชน์เหมือนกัน เพราะสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของความดันได้ดี และสามารถตรวจพบภาวะ whitecoat hypertension ได้ และสามารถชี้ติดตามผลของยารักษาความดันได้ดีกว่าการวัดเป็นครั้งคราว (เพราะสามารถวัดค่า peak to trough of BP after hypertensive drug ได้)

การประเมินผู้ป่วยความดันเลือดสูง

การซักประวัติ ควรซักประวัติถึง

- duration and classification of hypertension
- patient history of cardiovascular disease and other related disease e.g. kidney, CVA, gout e.t.c.
- family history
- symptoms suggesting causes of hypertension
- lifestyle factors : smoking, exercise, food, alcohol, psychosocial, e.t.c.
- current and previous medications : steroid, NSAIDs, contraceptive pills, e.t.c.

การตรวจร่างกาย นอกจากการตรวจทั่วๆ ไปแล้ว ควรให้ความสนใจสิ่งต่อไปนี้ด้วย

- blood pressure readings (2 or more), including the standing position
- verification in contralateral arm
- height, weight, waist circumference and body mass index
- fundoscopic examination for hypertensive retinopathy
- examination of the neck (carotid pulse and bruit), heart (cardiac enlargement, heart sound), lungs, abdomen (abdominal mass, abnormal pulsating mass, abdominal bruit), and extremities (feel pulse right and left side, upper and lower extremities pulse, edema of leg and coolness of leg) for evidence of end organ damage

การซักประวัติและการตรวจร่างกายที่ละเอียดรอบคอบจะสามารถทำให้เราประเมินความรุนแรงของโรค และอาจเป็นการค้นหาสาเหตุที่แก้ไขได้ในความดันโลหิตสูง (secondary hypertension) เช่น

- ผู้ป่วยอ้วนบริเวณลำตัว (truncal obesity), มีผิวหนังท้องแตกมีลายแดง (abdominal striae), ขนมากที่หน้า (hirsutism), หน้ากลมจุกๆ (moon face) อาจเป็น Cushing syndrome
- ใจสั่น ซีพจรเร็ว เหงื่อออกมาก และมีมือสั่น น้ำหนักลด (hyperthyroid)
- ปวดศีรษะมากร่วมกับใจสั่น เต้นเร็ว และความดันขึ้นสูงเป็นพักๆ (Pheochromocytoma)
- ประวัติการหมดสติ แขนขาอ่อนแรงชั่วคราว หรือชาครึ่งซีกพูดไม่ได้เป็นพักๆ (TIA)
- ผู้ป่วยอ้วนที่กรนเสียงดังมากผิดปกติ (loud snoring) ร่วมกับการงอหลับไม่รู้ตัวช่วงกลางวัน (daytime somnolence) อาจบ่งถึงภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (sleep apnea syndrome)
- ก้อนในท้องที่มีการเต้นตามซีพจร (aortic aneurysm) เสียงพู่ที่ฟังได้ที่ท้อง (abdominal bruit อาจเป็น Renal artery stenosis)
- ซีพจรขาเบามาก หรือซีพจรทางขวาและซ้ายไม่เท่ากัน (Takayasu disease, coarctation aorta, or atherosclerotic disease)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจเลือดและปัสสาวะพื้นฐานในความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อค้นหาโรคแทรกที่มีและโรคอื่นๆ อาจมีผลต่อผู้ป่วยและการรักษา เช่น การตรวจหาเบาหวาน ไขมันในเลือด ตรวจกรดยูริกเพื่อดูเรื่องโรคเกาต์ ตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะเพื่อดูความเสี่ยงในเรื่องไต เป็นต้น ผลตรวจยังใช้ในการติดตามการรักษาและข้อแทรกซ้อนด้วย

นอกจากนั้น อาจพิจารณาการตรวจพิเศษอื่นๆ ในกรณีที่สงสัย secondary hypertension เช่น ส่ง ultrasound kidney และ 24 hour urine protien & creatinine สำหรับการตรวจหา parenchymal kidney disease, ส่งตรวจ captopril renogram และ duplex ultrasound of renal artery หรือ renal angiogram สำหรับ renovascular disease, ส่งตรวจ MRI หรือ CT scan of Aorta เพื่อดู Coarctation of Aorta, ส่งตรวจ Ultrasound or CT abdomen เพื่อหา Adrenal gland tumors, ส่งตรวจ urine metanephrin เพื่อดู Pheochromocytoma, ส่งตรวจ Urinary Cortisol and blood cortisol และ dexamethasone supression test เพื่อหา Cushing syndrome, ส่งตรวจ blood for PTH and Thyroid hormone เพื่อดูภาวะ hyperparathyroid และ hyperthyroid เป็นต้น

Baseline Laborator Tests

- Serum sodium, potassium, creatinine.
- Fasting serum glucose.
- Complete blood cell count.
- Urinalysis with microscopic examination.
- Albumin, creatinine in spot urine sample
- Fasting serum total cholesterol, triglycerides, HDL cholesterol, and LDL cholesterol.
- A 12-lead electrocardiogram.

รูปที่ 7 แสดง Baseline Laboratory Test

ความดันโลหิตสูงกับผู้สูงอายุ

ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกี่ยวกับหัวใจ โดยสรุปคร่าวๆ ดังต่อไปนี้

- ความหนาของกล้ามเนื้อหัวใจ (LV thickness) พบว่ามีการหนาตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจจะเป็นผลจากความดันที่สูงขึ้น หรือจาก neurohormonal changes อื่นๆ

- การบีบตัวของหัวใจ (Systolic function) โดยทั่วไปความสามารถในการบีบตัวจะไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลง แต่ในผู้ที่มีโรค เช่น หลอดเลือดหัวใจตีบ หรือความดันโลหิตสูงก็อาจมีผลต่อการบีบตัวได้

- การคลายตัวของหัวใจ (Diastolic function) ในผู้สูงอายุจะมีการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ซึ่งตรวจพบได้จากการทำ echocardiogram อาจเป็นจากความดันสูงหรือกล้ามเนื้อหัวใจที่หนาขึ้นหรือเหตุอื่นๆ การคลายตัวที่ลดลงนี้ส่งผลให้มีโอกาสที่จะมีความดันในช่องหัวใจเพิ่มขึ้น และบางรายอาจมีภาวะหัวใจวายได้ (diastolic heart failure)

- ระบบการนำไฟฟ้าในหัวใจ (Conduction system) พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของ collagen tissue และการลดลงของ pacemaker cell และพบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ เช่น increase of PR interval, increase of

right Bundle Branch Block (RBBB), flattening of T-wave, left axis shift ในผู้สูงอายุพบว่ามีความหัวใจผิดปกติจะบ่อยขึ้นทั้งในภาวะปกติและระหว่างการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่ามีความ decrease of R-R variation ซึ่งน่าจะเกิดจากการลดลงของทั้งประสาทอัตโนมัติ sympathetic และ vagal (parasympathetic)

- การเปลี่ยนแปลงในผนังหลอดเลือด พบว่ามีการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง มีปริมาณของแคลเซียมและ collagen เพิ่มขึ้นในผนังหลอดเลือด ในขณะที่สาร Elastin ลดลง การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ความต้านทานเลือดสูงขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง และทำให้ความดัน systolic สูงขึ้น เป็นการเพิ่มภาระ load ให้กับหัวใจ ส่งผลทำให้ความต้องการออกซิเจนของหัวใจในการทำงานสูงขึ้น

- ความผิดปกติของเซลล์เยื่อหลอดเลือด (Endothelial dysfunction) จากหลายสาเหตุข้างต้น เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวาน ซึ่งพบบ่อยในผู้สูงอายุ จะทำให้มีการเสื่อมสภาพของเซลล์หลอดเลือด เซลล์เหล่านี้ปกติจะมีหน้าที่สร้างสารที่ช่วยในการขยายตัวของหลอดเลือด (nitric oxide) และต่อต้านการอุดตันของเส้นเลือด เมื่อมีการทำงานเสียไปก็มีโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดอุดตันมากขึ้น

- ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง ในผู้สูงอายุ maximum oxygen consumption (VO2 max) จะลดลงประมาณ 20-30 % และจากการที่หัวใจเต้นช้าลง, blunting of cardiovascular reflex ในผู้สูงอายุ จึงทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายลดลงกว่าเดิมอย่างชัดเจน

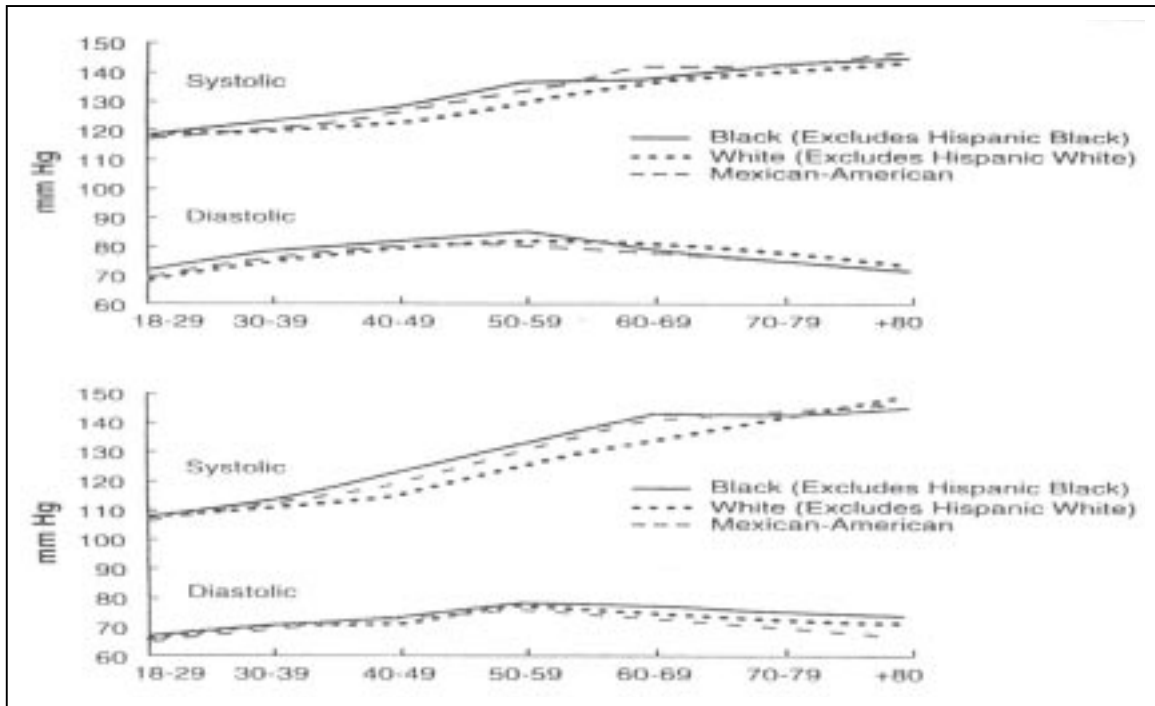
ตารางที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงที่พบจากการตรวจ echocardiogram เทียบระหว่างคนอายุ 20 ปี และ 80 ปี

Left Ventricular (LV) wall thickness	Increase 30 %
LV End Diastolic Dimension	No change
LV End Systolic Dimension	No Change
Fractional Shortening	No Change
Midwall Fractional Shortening	No Change
Peak E-wave Velocity	Reduced 50 %
Peak A-wave Velocity	Increased 50 %
Left Atrial Dimension	Increased 10 %

ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดหลายอย่าง ทำให้มีความ systolic blood pressure สูงขึ้น ในขณะที่ diastolic blood pressure ต่ำลง ทำให้มีความ pulse pressure กว้างขึ้น และมีการพบ isolated systolic hypertension มากขึ้นกว่าในวัยอื่นๆ (ซึ่งอาจจะสูงถึง 30 %) นอกจากนี้ภาวะความดันสูงที่เกิดขึ้นจากการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไต (atherosclerotic renovascular hypertension) และจากการที่เส้นเลือดแดงแข็งมากจน cuff กดไม่ค่อยลง (pseudohypertension) ก็พบมากขึ้น รวมถึงภาวะ whitecoat hypertension เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ภาวะ primary hypertension (essential HT) ก็ยังคงเป็นสิ่งที่พบบ่อยที่สุด ข้อมูลจากการศึกษาในอเมริกา โดย National Health and Nutritional Survey (NHANES) บ่งว่าประมาณ 60 % ของประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี มีโรคทางหลอดเลือด และความดันโลหิตสูง และอุบัติการณ์สูงขึ้นในกลุ่มคนผิวดำกับผู้หญิง แสดงให้เห็นว่าเชื้อชาติและเพศก็มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สำหรับในประเทศไทยข้อมูลแม้ว่าจะยังไม่ชัดเจนนัก แต่จากการสำรวจในบางจุดพบว่ามีอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงในคนอายุมากกว่า 30 ปี ในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน พบโดยเฉลี่ยจะประมาณ 7-10 % และพบมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อโรค coronary heart disease และ stroke ในกลุ่มดังกล่าวเช่นกัน

ความดันโลหิตสูงมีผลเสียต่อเกือบทุกระบบของร่างกาย ทำให้มีการเพิ่มทั้งอัตราการตาย พิการ และความทุพพลภาพจากโรคแทรก เช่น สมองเสื่อม ภาวะไตวาย ข้อมูลแต่เดิมจาก Framingham study ทำให้เรา

ให้ความสำคัญไปที่ diastolic blood pressure มากกว่า systolic blood pressure แต่การศึกษาต่อๆ มา ทำให้ทราบว่าความจริงแล้ว systolic blood pressure ก็มีความสำคัญมาก และอาจจะมากกว่า diastolic BP ด้วยซ้ำ เช่นเดียวกัน pulse pressure ก็ได้รับความสำคัญเพิ่มขึ้นในแง่ของความเสี่ยง การประเมินความดันโลหิตสูง ในปัจจุบันจึงมักเป็นการประเมินร่วมกันในหลายด้านของความเสี่ยงต่อ cardiovascular disease ไม่ได้ใช้แค่ระดับของความดันเพียงเท่านั้น



รูปที่ 8 แสดงภาวะความดันโลหิตที่อายุต่างๆ จะเห็นว่าภาวะความดันโลหิตสูงพบบ่อยขึ้นในผู้สูงอายุ

การรักษาความดันโลหิตสูง

การรักษาความดันโลหิตสูงมี 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ การรักษาทั่วไป (non-pharmacologic) และการรักษาโดยใช้ยา (pharmacologic) มีหลักฐานอย่างชัดเจนจากการศึกษาว่าการรักษาความดันโลหิตสูงมีประโยชน์ เช่น ในการศึกษา SHEP trial (The Systolic Hypertension in the Elderly Program) พบว่าการรักษาโดยยาสามารถลดการเกิด myocardial infarction 30 %, TIA (transient ischemic attack of brain) 25 %, stroke 37 %, occurrence of congestive heart failure 54 % เมื่อเทียบกับยาหลอก (placebo) ถ้าหากคิดเป็น absolute risk reduction สำหรับ CHD ก็จะเท่ากับ 1.4 % ใน 4.5 ปี หรืออีกนัยหนึ่งคือสามารถลดการเกิด major CHD ได้ 1 คนในทุกๆ 71 คน ที่ได้รับการรักษา ประโยชน์ดังกล่าวได้รับการพิสูจน์ซ้ำจากการศึกษาต่อๆ มาอีกมากมาย เช่น Hypertension Optimal Treatment (HOT) study, UKPDS, CAPP study, Syst-Uru study, Stone study

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

การรักษาโดยไม่ใช้ยา หมายถึง การแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (life style modification) อันได้แก่

- แนะนำเรื่องอาหาร : eat well balanced diet rich in fruits, vegetables, and low fat dairy products
- reduce weight if not ideal body weight : แนะนำให้ลดน้ำหนักอย่างน้อย 5 กิโลกรัม ในคนอ้วน

- regular physical exercise : แนะนำให้มีการออกกำลังกายให้ได้ 40-60 % of maximum O2 consumption (เทียบเท่าเดินเร็วๆ ประมาณ 30-45 นาทีต่อวัน ให้ได้เกือบทุกๆ วัน) จะช่วยลดความดัน systolic ประมาณ 4-8 มิลลิเมตรปรอท

- แนะนำเรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ : decrease alcohol consumption to less than standard 2-3 drinks a day for those who drink คิดเทียบเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ เท่ากับ ethanol 30 ml หรือเทียบเท่ากับ : 2 ounces (60 ml) of 100 proof whiskey, 8 ounces (240 ml) of wine, 24 ounces (720 ml) of beer สำหรับผู้ชายฝรั่ง และอาจต้องลดขนาดลงอีกสำหรับคนตัวเล็กและผู้หญิง







- reduce dietary sodium : ข้อมูลจาก Trial of Non-pharmacologic Intervention in the Elderly (TONE) study พบว่าการลดปริมาณเกลือลง 30-40 % จะช่วยลดความดันลงได้ (< 6 gm/day NaCl or 2.4 gm sodium) จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยจำกัดเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 70-100 mmol ต่อวัน (80 mmol = 5 gm or about 1 teaspoon of salt) หรือคิดเป็นปริมาณเกลือโซเดียมต่อวัน 4-6 กรัม การจำกัดเกลือยังจะช่วยให้การควบคุมความดันดีขึ้น และทำให้ผลของยาลดความดันมากขึ้นได้ด้วย

- Smoking cessation : เนื่องจากบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือด และยังพบว่าการสูบบุหรี่มีผลทำให้ความดันสูงขึ้น และทำให้ผลของยาลดความดันลดลง จึงควรแนะนำให้งดในทุกราย

- มีการศึกษาเกี่ยวกับอาหารกับความดันโลหิตสูงในการศึกษา Dietary Approaches to Stop Hypertention (DASH) Collaborative Research group และพบว่าการบริโภคอาหารแบบใช้องค์รวม ที่เรียกว่า "DASH diet" นั้น จะได้ผลดีกว่าการพิจารณาถึงองค์ประกอบย่อยๆ อย่างเช่นโซเดียมเพียงอย่างเดียว อาหารที่แนะนำก็คืออาหารซึ่ง high in fruits, vegetables, low-fat dairy product, low in saturated and total fat โดยแนะนำให้ มี 4 servings of fruit, 4 of vegetables, 3 of low-fat dairy product ต่อวัน ซึ่งลักษณะอาหารดังกล่าวจะช่วยลดความดันลงได้ 3.5/2.1 มิลลิเมตรปรอท

คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่มักจะใช้โดยทั่วไปก็คือ ให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณเกลือสูง อันได้แก่ อาหารกระป๋อง อาหารซอง อาหารแห้ง ซึ่งมักมีการถนอมอาหารด้วยเกลือ เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม กุ้งแห้ง หมูหยอง หมูแผ่น แหนม หมูยอ กุนเชียง ไข่เค็ม แสม เบคอน ไส้กรอก กะปิ เต้าหู้ยี้ ลูกหน่าเลียบ บะหมี่สำเร็จรูป เนื้อกระป๋อง ขนมอบกรอบ เป็นต้น และแนะนำกินอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อ โดยถ้าหากมีน้ำหนักเกินก็ให้ลดปริมาณลงประมาณ 20-30 % และลดปริมาณอาหารที่ให้พลังงานสูง ส่วนผักและผลไม้ทั่วไปมักมีปริมาณเกลือโซเดียมต่ำอยู่แล้ว (ยกเว้นผักบางชนิด ได้แก่ ปวยเล้ง คื่นช่าย ผักบุ้งจีน และใบกระเพรา) จึงไม่ค่อยมีปัญหาในการบริโภค ยกเว้นแต่ผู้ป่วยมีโรคอื่นอยู่ด้วย เช่น เบาหวาน และภาวะไตวาย ส่วนอาหารที่มีโปแตสเซียมและแคลเซียม ก็ควรรับประทานอย่างเพียงพอด้วย เนื่องจากอาจช่วยในการลดความดันได้เล็กน้อย

ตัวอย่างของ DASH diet อาจจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบ้างสำหรับคนไทย เช่น มื้อเช้า จัดอาหารเป็นข้าวสวย 2 ส่วน (120กรัม) + ผักบร็อกโคลี่ และแครอท 1.5 ส่วน + แคนตาลูป 1 ส่วน เป็นต้น โดยมากอาหารไทยเอง ก็มักมีผักและผลไม้อยู่มาก

Food Group	Daily Servings	1 Serving Equals	Example and Notes
Grains and Grain Products 	7-8	1 Slice Bread 1/2 Cup Dry Cereal 1/2 Cup Cooked Rice, Pasta, or Cereal	Whole-Wheat Breads, English Muffin, Pita Bread, Bagel, Cereal and Fiber, Grits, Oatmeal; Provide Energy and Fiber.
Vegetables 	4-5	1 Cup Raw Leafy Vegetables 1/2 Cup Cooked Vegetable 6 oz Vegetable Juice	Tomatoes, Potatoes, Carrots, Peas, Squash, Broccoli, Turnip Greens, Collards, Kale, Spinach, Artichokes, Beans, Sweet Potatoes; Source of Potassium, Magnesium, and Fiber.
Fruits 	4-5	8 oz Fruit Juice 1 Medium Fruit 1/4 Cup Dried Fruit 1/2 Cup Fresh, Frozen or Canned Fruit	Apricots, Bananas, Dates, Grapes, Oranges, Orange Juice, Mangoes, Melons, Peaches, Pineapples, Prunes, Raisins, Strawberries, Tangerine; Provide Potassium, Magnesium, and Fiber.
Low-fat and Nonfat Dairy 	2-3	8 oz Milk 1 Cup Yogurt 1 1/2 oz Cheese	Skim or 1% Milk, Skim or Low-Fat, Buttermilk, Nonfat or Low-fat Yogurt, Part Skim Mozzarella Cheese, Nonfat Cheese; Major Source of Calcium and Protein.
Meat, Poultry, Fish 	2 or Fewer	3 oz Cooked Meats, Poultry, or Fish	Select Only Lean; Trim Away Visible Fats; Broil, Roast or Boil, Instead of Frying; Remove Skin from Poultry. Rich Sources of protein and Magnesium.
Nuts 	1/2	1 1/2 oz or 1/3 Cup 2 lbs Seed 1/2 Cup Cooked Legumes	Almonds, Filberts, Mixed Nuts, Peanuts, Walnuts, Sunflower Seeds, Kidney Beans, Lentils; Provide Energy, Protein and Fiber.
Tips on eating the DASH Way			
<ul style="list-style-type: none"> ● Start small. Make gradual changes in your eating habits. ● Center your meal around carbohydrates such as pasta, rice, beans and vegetables. ● Treat meat as one part of the whole meal, instead of the focus. ● Use Fruit or low-fat, low-energy foods such as sugar free gelatin for desserts and snacks. 			

รูปที่ 9 แสดงตัวอย่างของ DASH diet

เราควรเริ่มการรักษาความดันโลหิตสูงเมื่อไร

ความดันโลหิตสูงไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงควรที่จะนำข้อมูลอื่นมาประเมินร่วมกัน เช่น ระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูงและความเสี่ยงรวมของผู้ป่วย ในปี 1999 องค์การอนามัยโลกได้ให้ guideline ไว้ว่า เราควรประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยโดยดูองค์ประกอบดังนี้

1. ระดับของความดันโลหิต

ตารางที่ 2 แสดงระดับของความดันโลหิต

category	systolic	diastolic
High normal	130-139	85-89
Grade I (mild) hypertension	140-159	90-99
Grade II (moderate) hypertension	160-179	100-109
Grade III (severe) hypertension	> = 180	> = 110

Note : Define Isolate systolic HT is when systolic > =140 and diastolic < 90 mmHg

ทั้ง WHO. และ JNC VI ใช้เกณฑ์คล้ายๆ กันในการจำแนกความรุนแรงของความดันโลหิตสูง แต่ใน JNC VII ได้รวมความดันในระดับ grade 2 และ 3 เข้าไว้ด้วยกัน โดยเหตุผลว่าการรักษาในทั้ง 2 กลุ่มนี้ไม่ได้แตกต่างกัน

2. ปัจจัยที่มีผลต่อ prognosis

2.1 Risk factor for cardiovascular disease ใช้ในการประเมิน prognosis

- Levels of systolic and diastolic blood pressure (grade 1-3)
- Men > 55 year, Women > 65 year
- Smoking
- Total cholesterol > 6.5 mmol/l (250 mg/dl)
- Diabetes
- Family history of premature cardiovascular disease
- Others factors (ไม่ได้ใช้โดยตรงในการประเมิน prognosis) ได้แก่ reduce HDL cholesterol, microalbuminuria in diabetic patient, impaired glucose tolerance, obesity, sedentary life style, raised fibrinogen, high-risk socioeconomic group, high risk ethnic group, high risk geographic region

2.2 Target Organ Damage (T.O.D.)

- Left ventricular hypertrophy (ECG, Echocardiogram, radiogram)
- Proteinuria and/or slight elevation of plasma creatinine concentration (1.2-2.0 mg/dl)
- Ultrasound or radiographical evidence of atherosclerotic plaque (carotid, iliac, femoral and aorta)
- Generalized or focal narrowing of the retinal arteries

2.3 Associated clinical conditions (A.C.C.)

- Cerebrovascular disease : Ischemic stroke, cerebral hemorrhage, transient ischemic attack
- Heart disease : myocardial infarction, angina, coronary revascularization, congestive heart failure
- Renal disease : diabetic nephropathy, renal failure (plasma creatinine > 2.0)
- Vascular disease : dissecting aortic aneurysm, symptomatic arterial disease
- Advanced hypertensive retinopathy : hemorrhage or exudate, papilloedema

การประเมินทั้งสองส่วนรวมกันเป็นตารางดังข้างล่างนี้

ตารางที่ 3 แสดงการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Risk factor & disease history	Grade I (mild HT)	Grade II (moderate HT)	Grade III (severe HT)
I No other risk factor	Low risk	Medium risk	High risk
II 1-2 risk factors	Medium risk	Medium risk	Very high risk
III 3 or more risk factor or DM or TOD	High risk	High risk	Very high risk
IV ACC	Very high risk	Very high risk	Very high risk

Low risk มีการพยากรณ์โรคดี โดยที่ความเสี่ยงในการเกิด major cardiovascular event ในช่วง 10 ปี น้อยกว่า 15 %

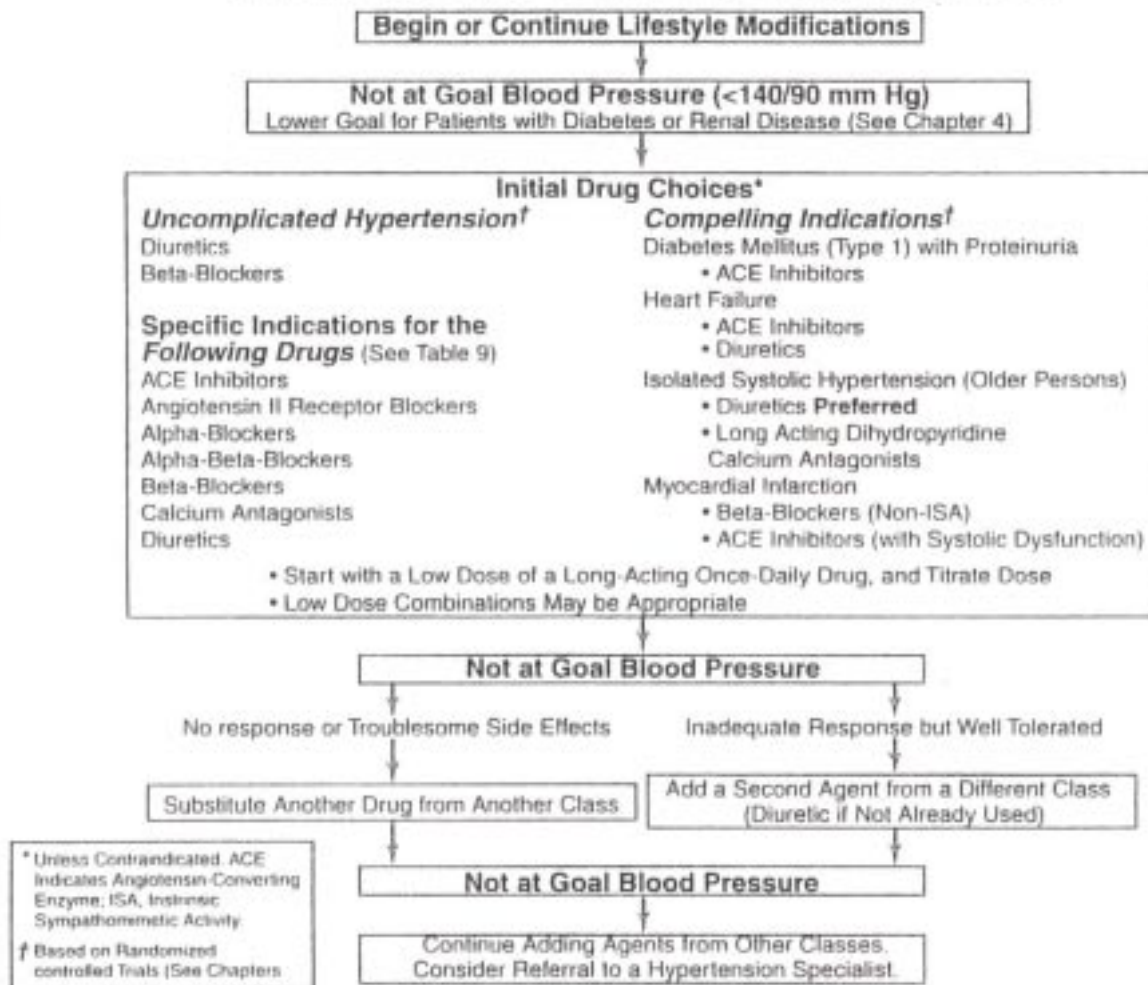
Medium risk การพยากรณ์โรคในการเกิด major cardiovascular event ในช่วง 10 ปี อยู่ในช่วง 15-20 %

High risk การพยากรณ์โรคไม่ดี การเกิด major cardiovascular event ในช่วง 10 ปี อยู่ในช่วง 20-30 %

Very High risk การพยากรณ์โรคไม่ดี การเกิด major cardiovascular event ในช่วง 10 ปี มากกว่า 30 %

ในกลุ่มที่เป็น grade 1-2 hypertension และประเมินพยากรณ์โรคแล้วเป็นกลุ่ม low risk องค์การอนามัยโลกแนะนำให้เริ่มด้วยการติดตามความดันโลหิตไปก่อนประมาณ 6-12 เดือน ถ้าความดันยังสูงค่อยพิจารณาการใช้ยา ส่วนในกลุ่มที่ความดันสูงมาก หรือประเมินแล้วพยากรณ์ความเสี่ยงของโรคสูงก็ควรเริ่มต้นการรักษาโดยการใช้ยาได้เลย ทั้งนี้ผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับคำแนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (life style modification) ด้วยเสมอ จะเห็นได้ว่า กลุ่มความเสี่ยงสูงที่จำเป็นต้องให้การรักษาแต่เนิ่นๆ คือ กลุ่มที่มีโรคหลอดเลือดแล้ว และรวมถึงผู้ป่วยเบาหวานกับผู้ป่วยโรคไตด้วย

Algorithm for the Treatment of Hypertension



รูปที่ 10 แสดงมาตรการรักษาความดันโลหิต

การรักษาความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยา

ยาที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้

- ยาขับปัสสาวะ (diuretic) เช่น hydrochlorothiazide, spironolactone, amiloride, triamterine, moduretic, diazide, indapamide
- ยาต้านระบบประสาทอัตโนมัติเบต้า (Beta-adrenergic blocking agent) เช่น atenolol, metoprolol, propranolol, bisoprolol, nadolol, timolol
- ยาต้านระบบประสาทอัตโนมัติแอลฟา (Alpha-adrenergic blocking agent) เช่น prazosin, terazosin, doxazosin
- ยต้านเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor - ACEI) เช่น captopril, enalapril, lisinopril, quinopril, tranlidopril
- ยาต้านที่ตัวรับของสารแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Receptor Blocker - ARB) เช่น losartan, valsartan, irbesartan, candesartan
- ยาที่ออกฤทธิ์ต้านต่อระบบแคลเซียม (Calcium channel blocker) เช่น nifedipine, nicardipine, verapamil, diltiazem, felodipine, amlodipine, lercanidipine
- ยาที่ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดโดยตรง (direct vasodilator drugs) เช่น hydralazine, prazosin
- ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system active drug) เช่น clonidine, methyl dopa, reserpine, minoxidil, guanabenz
- ยาอื่นๆ ที่ไม่เข้าข่ายข้างต้น เช่น bosentan

หลักการในการใช้ยารักษา ไม่ได้มีกฎเกณฑ์ตายตัวลงไปขึ้นกับตัวผู้ป่วย ตัวโรค และโรคอื่นที่มีร่วมด้วย รวมถึงเศรษฐกิจของผู้ป่วยเอง หลักใหญ่ก็คือ ควรเริ่มด้วยขนาดยาที่ต่ำๆ ก่อนแล้วดูผล จากนั้นจึงค่อยๆ เพิ่มขนาดยาขึ้นไปจนได้ผลที่ต้องการ และถ้าหากยังไม่ได้ผลก็อาจเพิ่มยาอื่นหรือเปลี่ยนกลุ่มยาไป ควรพยายามใช้ยาที่ผู้ป่วยจะมีการกินยาที่ดี เช่น ผลข้างเคียงน้อย ราคาถูก กินน้อยครั้ง และอาจพิจารณา ยางานกลุ่มเป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น เลือกยา beta blocker ในผู้ที่มี coronary artery disease, เลือกยา ACEI หรือ ARBs ในผู้ที่มีเบาหวานหรือภาวะหัวใจวาย เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยทั่วไปแล้ว องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำให้ใช้ยาขับปัสสาวะ และยาด้านเบต้าเป็นตัวเริ่มในการรักษา เนื่องจากเป็นยาที่มีราคาถูกและมีผลการวิจัยสนับสนุนผลการรักษาค่อนข้างมาก

- ยาขับปัสสาวะ เป็นยาที่แนะนำให้ใช้เป็นยาแรกในการรักษาโรคความดันสูง ยานี้ใช้แพร่หลายทั่วไป และมีทั้งเป็นยาเดี่ยวๆ และยาผสมกับยาอื่น ขนาดที่ใช้คือ hydrochlorothiazide 12.5 mg ซึ่งจะลดความดันได้ดี และยังสามารถใช้ร่วมกับยาลดความดันอื่นๆ เช่น ACEI, calcium blocker ซึ่งจะช่วยให้ผลการลดความดันดีขึ้น ข้อเสียคือยากกลุ่มนี้มักทำให้มี metabolic derangement เช่น hypokalemia, hyperglycemia, hyperuricemia, hypercalcemia, slight increase in cholesterol ซึ่งก็อาจลดข้อแทรกซ้อนดังกล่าวจากการใช้ขนาดต่ำและเจาะเลือดตรวจเป็นระยะ ยาขับปัสสาวะอีกกลุ่มคือกลุ่มที่มี potassium sparing effect เช่น amiloride, triamterine, spironolactone ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคไตและเบาหวาน เพราะอาจเกิดภาวะโปแตสเซียมสูงเกินในเลือดได้

- Beta blocking agent เป็นยาที่แนะนำให้ใช้เป็นตัวแรกๆ เช่นกัน ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ลดความดัน โดยลดประสาทซิมพาเทติก ทำให้การบีบตัวหัวใจและชีพจรช้าลง ยาได้ผลดีในคนที่มีการทำงานของระบบซิมพาเทติกสูงๆ และพบว่าได้ผลดีในผู้สูงอายุเช่นกัน แต่ผลจะน้อยในคนผิวดำ ยานี้ควรระวังในคนที่หัวใจเต้นช้าๆ หรือมี conduction block และคนที่กลามเนื้อหัวใจบีบตัวไม่ดี (poor LV function) หรือมีโรคหอบหืดอยู่

- Calcium channel blocker เป็นยาลดความดันที่ได้ผลดีทั้งในคนผิวดำและคนทั่วไป สามารถใช้ร่วมกับยาอื่นๆ ได้ดี แต่ก็มีข้อควรระวังในผู้ป่วยเส้นเลือดหัวใจตีบ และผู้ป่วยที่มีหัวใจวาย และยานี้อาจทำให้มีอาการบวมหน้าได้

- ACEI เป็นยาที่ออกฤทธิ์ที่ระบบ renin-angiotensin system และเป็นยาที่แนะนำให้ใช้ในกรณีที่มีหัวใจวาย หรือภาวะ LV dysfunction และเบาหวาน ข้อเสียคืออาจจะทำให้มีอาการไอแห้งๆ ได้บ่อย (จนบางครั้งต้องหยุดยาไป) และอาจทำให้การทำงานของไตแย่ลง ซึ่งจะพบได้บ่อยขึ้นในผู้ที่มีโรคไตอยู่เดิม มีภาวะขาดน้ำ หรือมีโรค renal artery stenosis อยู่ด้วย ยากลุ่มนี้จะได้ผลไม่ดีนักในกลุ่มผู้ป่วยชายสูงอายุผิวดำ (elderly black hypertensive male) และควรแนะนำให้มีการจำกัดเกลือด้วยเสมอ หรือใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ จะช่วยให้ผลการลดความดันดีขึ้น นอกจากนี้ยังอาจพบภาวะ hyperkalemia ได้บ่อย จึงควรมีการตรวจเลือดเป็นระยะๆ

- ARBs ออกฤทธิ์คล้ายๆ กับ ACEI แต่ผลเรื่องการไอน้อยกว่ามาก ผลต่างๆ ไปคล้าย ACEI มีการศึกษาเทียบกับยา betablocker ในผู้ที่มี LV hypertrophy (LIFE study) พบว่ายานี้ได้ผลดีกว่าในแง่ของการรักษาความดัน ยานี้ถือว่าเป็นยาที่แทน ACEI ได้ แต่ก็มีราคาค่อนข้างแพงกว่าอยู่มาก

- Alpha adrenergic blocking agent ข้อดีของยากลุ่มนี้คือ มีผลต่อ metabolic และ lipid น้อย และมีผลดีต่อภาวะต่อมลูกหมากโต อย่างไรก็ตามจะมีข้อแทรกซ้อนในแง่ของอาการเวียนศีรษะ (dizziness), postural hypotension, diarrhea, occasional tachycardia, fluid retention และจากการศึกษา ALLHAT study พบว่ามี congestive heart failure เพิ่มขึ้น

- Direct vasodilator เช่น hydralazine พบว่าอาจเกิด lupus like syndrome, minoxidil ทำให้เกิดภาวะขนมากขึ้น (hirsutism)

- Central blocking agent เช่น aldomet, reserpine มีผลต่อระบบประสาทได้ และ clonidine ทำให้เกิด autoimmune reaction ได้

ดังนั้นอาจจะบอกได้ว่า ในการรักษาความดันโลหิตสูงจึงไม่ได้มียาอะไรที่ดีที่สุด เราจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป และมักต้องใช้ยาหลายตัวจึงจะสามารถควบคุมความดันได้ สำหรับยาที่แนะนำในผู้ป่วยที่มีโรคอื่นๆ อยู่ด้วยได้แสดงไว้ในรูปที่ 11

Antihypertensive Drug Therapy for Patients with Comorbid Conditions	
Indication	Drug Therapy
Compelling Indications Unless Contraindicated	
Diabetes Mellitus with Proteinuria	ACE Inhibitors, ARBs
Heart Failure	ACE Inhibitors, Diuretics, β -Blockers, ARBs, Aldosterone Receptor Antagonists
Isolated Systolic Hypertension (Older Patients)	Diuretics (Preferred), Calcium Channel Blockers (Long-Acting Dihydropyridine)
Myocardial Infarction	β -Blockers (Non-Intrinsic Sympathomimetic Activity), ACE Inhibitors (with Systolic Dysfunction)

รูปที่ 11 แสดงยาที่ใช้การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีภาวะอื่นร่วมด้วย

TABLE 16.4 — EFFECTS OF THERAPY IN OLDER HYPERTENSIVE PATIENTS								
	CLINICAL TRIAL NAME							
	Australian	EWPHE	C & W	STOP	MRC	SHEP	HDFP	Syst Eur
Number of patients	582	840	884	1,627	4,396	4,736	2,374	4,695
Age range (years)	60-69	> 60	60-79	70-84	65-74	60 ≥ 80	60-69	> 60
Mean blood pressure at entry, mm Hg	165/101	182/101	197/100	195/102	185/91	170/77	170/101	174/8
Percent Reduction of Events in Treated Compared to Controls								
Stroke	33	36	42*	47*	25*	33*	44*	42*
CAD	18	20	+ .03	13†	19	27*	15*	30
CHF	—	22	32	51*	—	55*	—	29
All CVD	31	29*	24*	40*	17*	32*	16*	31*
Abbreviations: EWPHE, European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly; C & W, Coope and Warrender; STOP, Swedish Trial in Older Patients with Hypertension; MRC, Medical Research Council Study; SHEP, Systolic Hypertension in the Elderly program; HDFP, Hypertension Detection and Follow-up Program; Syst Eur, Systolic Hypertension in Europe Multicentre Trial; CAD coronary artery disease; CHF, congestive heart failure; CVD, cerebrovascular disease.								
* Statistically significant.								
† Myocardial infarction only; sudden deaths decreased from 13 to 4.								

รูปที่ 12 แสดงผลของการรักษาความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. 1999 World Health Organization International Society of Hypertension Guidelines for the management of Hypertension : Journal of Hypertension 1999 ; Vol. 17 No.2 ; 151-183.
2. Seventh Report of the Joint National Committee of Prevention, Detection, Evaluation, Treatment of High Blood Pressure. JAMA, May 21, 2003. Vol. 289 No. 19 ; 2560-2572.
3. Hypertension Therapy Part I-II : Veronica France. Circulation 2004. Vol.109 : 2053-2958.
4. Effects of ACE inhibitors, Calcium antagonists and other blood pressure lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomized trials : Blood Pressure Lowering Treatment Trialist Collaboration : Lancet 2000 ; 355 ; 1955-1964.
5. Text : Hypertension ; Suzasse Oparil, ACCSAP V, 2002.
6. Text : ความดันโลหิตสูงท้นยุค 2546 ; รศ.นพ.พีระ บูรณะกิจเจริญ บรรณาธิการ.
7. Text : Clinical Management of Hypertension 4th edition ; Vlorrin Moser, 1999.

โรคเบาหวาน

พญ.ไวยวรรณ ชนะมัย
กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลเลิดสิน

เบาหวานเป็นกลุ่มโรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากการที่มีความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง ทำให้เกิดความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทาง Microvascular และ Macrovascular ได้

การวินิจฉัยเบาหวานทำในกรณี

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานเด่นชัด เช่น หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย รับประทานมาก น้ำหนักลด อ่อนเพลีย
2. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี โดยเฉพาะผู้ที่มี BMI มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถ้าผลปกติ ควรตรวจทุก 3 ปี
3. ผู้ที่ไม่มีอาการ แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน ได้แก่
 - มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน
 - น้ำหนักเกิน (BMI มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)
 - ประวัติคลอดลูกน้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM (Gestational diabetes mellitus)
 - มีความดันโลหิตสูง ($> 140/90$ มิลลิเมตรปรอท)
 - HDL < 35 มก./ดล. และ/หรือ Triglyceride > 250 มก./ดล.
 - มีประวัติ IGT หรือ IFG
 - Polycystic ovary syndrome
 - ขาดการออกกำลังกาย

การวินิจฉัยเบาหวาน

1. มีอาการของโรคเบาหวานเด่นชัด ร่วมกับ Random plasma glucose > 200 มก./ดล.
2. ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) > 126 มก./ดล. (การอดอาหารหรือ fasting หมายถึง การงดอาหารที่ให้พลังงานเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง)
3. ระดับน้ำตาลในพลาสมา 2 ชั่วโมง หลังการทำ OGTT (โดยให้ 75 กรัมกลูโคส) มากกว่า หรือเท่ากับ 200 มก./ดล.

ในกรณีที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานเด่นชัด ถ้าค่าที่ได้ผิดปกติอยู่ในเกณฑ์วินิจฉัยเบาหวาน ควรตรวจซ้ำอีก 1 ครั้ง เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ในการตรวจซ้ำควรตรวจ FPG

การวินิจฉัย Impaired fasting glucose (IFG)

- ค่า FPG 110-125 มก./ดล.

การวินิจฉัย Impaired glucose tolerance (IGT)

1. FPG < 126 มก./ดล.
2. ค่า plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมง หลังทำ OGTT = 140-199 มก./ดล.

การวินิจฉัย Gestational diabetes mellitus ควรทำในหญิงท้องที่มีปัจจัยเสี่ยงระหว่างอายุที่ 24-28 ของการตั้งครรภ์

ถ้าใช้ 100 กรัมกลูโคส 3 hr/OGTT เกณฑ์การวินิจฉัยอาศัยความผิดปกติของพลาสมากลูโคส ตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไป ที่เท่ากับหรือมากกว่า :

ขณะอดอาหาร	95 มก./ดล.
1 ชั่วโมง	180 มก./ดล.
2 ชั่วโมง	155 มก./ดล.
3 ชั่วโมง	140 มก./ดล.

หรือถ้าใช้ 75 กรัมกลูโคส 2 hr-OGTT เกณฑ์การวินิจฉัยอาศัยความผิดปกติของพลาสมากลูโคส ตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไป ที่เท่ากับหรือมากกว่า :

ขณะอดอาหาร	95 มก./ดล.
1 ชั่วโมง	180 มก./ดล.
2 ชั่วโมง	155 มก./ดล.

ประเภทของโรคเบาหวาน

1. เบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 DM) แต่ก่อนเรียกเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus) หรือเบาหวานเด็ก (Juvenile DM) ส่วนใหญ่เกิดจาก cell-mediated autoimmune ทำลาย β -cell ของตับอ่อน มักตรวจพบมี autoantibodies เช่น Islet cell autoantibodies, Insulin autoantibodies และมักพบร่วมกับภาวะ autoimmune disease อื่นๆ เช่น Graves' disease, Hashimoto's thyroiditis, Addison's disease

T1 DM มีระดับอินซูลินในเลือดต่ำ ผู้ป่วยมักมีอาการทันทีทันใด พบในคนอายุน้อย (< 30 ปี) รูปร่างผอม และเสี่ยงต่อการเกิด Ketoacidosis โรคเบาหวานชนิดนี้จำเป็นต้องใช้อินซูลินในการรักษา

Latent autoimmune diabetes in adults (LADA) มักพบในคนอายุมากกว่า 35 ปี มาด้วยอาการคล้ายเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถคุมได้ด้วยอาหาร การออกกำลังกาย และยากินลดระดับน้ำตาลในระยะแรก แต่ต้องเปลี่ยนใช้อินซูลินในที่สุด ตรวจพบมี autoantibodies เช่น Anti GAD ทำให้มีการทำลายของ β -cell

2. เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 DM) แต่ก่อนเรียกเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non insulin dependent diabetes mellitus) หรือเบาหวานผู้ใหญ่ (Maturity onset DM) เกิดจากการขาดอินซูลินร่วมกับมีภาวะ insulin resistance ผู้ป่วยมักมีอายุมากกว่า 30 ปี รูปร่างอ้วน มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน อาการค่อยเป็นค่อยไป หรือไม่มีอาการ ไม่จำเป็นต้องใช้อินซูลินในการรักษา ใช้อากินลดระดับน้ำตาลได้

3. เบาหวานชนิดอื่นๆ

- เบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของการทำงานของ β -cell
- เบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของการออกฤทธิ์ของอินซูลิน
- เบาหวานจากโรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ, Cystic fibrosis, Hemochromatosis
- เบาหวานจากโรคของต่อมไร้ท่อ เกิดจากการหลั่งฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์ต้านอินซูลินมากผิดปกติ (Growth hormone, cortisol, epinephrine) เช่น Acromegaly, Cushing's syndrome, Pheochromocytoma, Hyperthyroidism

- เบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี ได้แก่ สารบางอย่างมีพิษต่อ β -cell เช่น Pentamidine, ยาขับปัสสาวะ ทำให้เกิด hypokalemia มีผลทำให้การหลั่งอินซูลินลดลง Coricosteroid, Nicotinic acid ทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินลดลง

- เบาหวานจากการติดเชื้อ การติดเชื้อไวรัสบางอย่าง รวมถึงหัดเยอรมัน Coxsackia B virus กระตุ้นการทำลาย β -cell ทำให้เกิดเบาหวานได้

- เบาหวานที่เกี่ยวข้องกับภาวะ immune
 - เบาหวานจาก Genetic syndrome เช่น Down's syndrome, Klinefelter's syndrome
4. Pre diabetes เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ แต่ยังไม่ถึงระดับที่วินิจฉัยเบาหวาน แต่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวาน และโรคหลอดเลือด Atherosclerosis สูง จำเป็นต้องให้การควบคุมอาหาร
- IFG (Impaired fasting glucose) FPG 100-125 มก./ดล.
 - IGT (Impaired glucose tolerance) ระดับน้ำตาล 2 ชั่วโมง หลังให้ 75 กรัมกลูโคส มีค่า 140-199 มก./ดล.
5. Gestational DM เป็นภาวะที่มี glucose intolerance พบในระหว่างตั้งครรภ์ พบได้ประมาณ 4-7 % ของการตั้งครรภ์ มักพบในระยะ 2nd, 3rd trimester เมื่อฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์ตรงข้ามกับอินซูลินเพิ่มขึ้น และมีภาวะต้านอินซูลินเกิดขึ้น ผู้ที่มี GDM จะเปลี่ยนเป็น T2 DM ได้

กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม
2. ปัจจัยทางด้านภูมิคุ้มกัน
 - พบมี antibody ต่อ antigen ชนิดต่างๆ เช่น islet cell antibody, antibody ต่อ glutamic acid decarboxylase (GAD)
 - พบ cell-mediated immune mechanism ทำลาย β -cell
 - พบ cytokines ทำลาย β -cell รบกวนการหลั่งอินซูลิน
3. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม
 - การติดเชื้อไวรัส เช่น Coxsackie B, Rubella, Mumps
 - อาหาร เช่น นมวัว
 - ยาและสารเคมีหลายชนิดทำลาย β -cell ได้ เช่น Pentamidine, Vacor (ยาฆ่าหนู), Streptozocin

กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1. Insulin Resistance เป็นความบกพร่องของอวัยวะต่างๆ ที่ทำให้ผลของอินซูลินต่ออวัยวะนั้นลดลง ทำให้มีการเพิ่มการผลิตน้ำตาลจากตับ และมีการใช้น้ำตาลผ่านทางกล้ามเนื้อลดลง

สาเหตุของ Insulin Resistance

- สาเหตุจากกรรมพันธุ์
- สาเหตุ Acquired
 - ◆ สารออกฤทธิ์ต้านอินซูลิน
 - ◆ ฮอร์โมน เช่น glucocorticoid และ growth hormone
 - ◆ สารอื่นๆ เช่น free fatty acid และ TNF- ∞ โดยการเพิ่มขึ้นของ FFA ทำให้มีการสร้างน้ำตาลจากตับเพิ่มขึ้น และมีผลต่อ β -cell ทำให้การสร้างอินซูลินลดลง สำหรับ TNF- ∞ อาจมีผลรบกวนการทำงานของ insulin receptor
 - ◆ อ้วน
 - ◆ ขาดการออกกำลังกาย
 - ◆ glucose toxicity
 - ◆ อื่นๆ เช่น ภาวะตั้งครรภ์ แก่ชรา ยาบางตัว เช่น Nicotinic acid

2. Insulin deficiency การหลั่งอินซูลินลดลงจากความผิดปกติของ β -cell

Metabolic syndrome

เป็นความผิดปกติของเมตาบอลิซึมที่เกิดขึ้นหลายๆ อย่าง ร่วมกันในคนๆ เดียว ประกอบด้วย เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ซึ่งทำให้เกิด Atherosclerosis เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหลอดเลือดส่วนปลาย กลไกการเกิดไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะ insulin resistance ร่วมกับภาวะในเลือดสูง (Hyperinsulinemia) เป็นปัจจัยสำคัญ น่าจะเป็นผลจากพันธุกรรมร่วมกับสิ่งแวดล้อม เช่น ความอ้วน การรับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดการออกกำลังกาย รวมถึงอายุที่มากขึ้น

องค์ประกอบของกลุ่มอาการเมตาบอลิก

- ภาวะดื้อต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน
- ระดับอินซูลินในเลือดสูง
- ความผิดปกติของความคงทนต่อกลูโคส
- โรคเบาหวานชนิดที่ 2
- ความผิดปกติของไขมันในเลือด (Hypertriglyceridemia / low HDL)
- ความดันโลหิตสูง (Hypertension)
- อ้วน (obesity)
- การกระจายของไขมันผิดปกติ (Abdominal obesity)
- ระดับไฟบริโนเจนผิดปกติ (Hyperfibrinogenemia)
- ความผิดปกติของการละลายลิ่มเลือด
- ระดับกรดยูริกในเลือดสูง

การรักษาเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการรักษาเบาหวาน

1. เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ทั้ง Microvascular และ Macrovascular
2. เพื่อหลีกเลี่ยงอาการที่เกิดจากน้ำตาลในเลือดสูง และผลจากการรักษาเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตยืนยาว

เช่นคนปกติ

เป้าหมายในการควบคุมเบาหวาน

1. FBS 80-120 มก./ดล.
HbA1C < 7 %
2. ความดันโลหิต < 130/85 มม.ปรอท
3. ไขมัน LDL < 100 มก./ดล.
HDL > 35 มก./ดล.
TG < 200 มก./ดล.

การรักษาเบาหวาน

1. การควบคุมอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. อินซูลิน
4. ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล

การควบคุมอาหาร

การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ถูกต้อง สามารถควบคุมเบาหวานได้ดี ซึ่งอาหารผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งง่ายๆ เป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 อาหารที่ห้ามรับประทาน ได้แก่ อาหารน้ำตาล ขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง น้ำผลไม้

Aspartame เป็นสารให้รสหวาน ที่ให้พลังงานต่ำ สามารถใช้ในผู้ป่วยเบาหวานได้

ประเภทที่ 2 อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ผักกาด ผักบุ้ง ถั่วฝักยาว อาหารพวกนี้ให้พลังงานต่ำ และยังมีกากอาหารที่เรียกว่า “ไฟเบอร์” ลดการดูดซึมน้ำตาล ลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้

ประเภทที่ 3 อาหารที่รับประทานได้แต่เลือกชนิด ได้แก่ อาหารแป้ง คาร์โบไฮเดรต ควรเลือกอาหารคาร์โบไฮเดรตที่มีปริมาณไฟเบอร์มาก และมีไกลซีมิกอินเดกซ์ (Glycemic index) ต่ำ

Glycemic index (GI) เป็นการวัดการดูดซึมน้ำตาลกลูโคสเปรียบเทียบกับอาหารมาตรฐาน (ข้าวเจ้า) ถ้า glycemic index = 100 แสดงว่าดูดซึมได้รวดเร็วเท่าอาหารมาตรฐาน ถ้า GI ต่ำ แสดงว่าดูดซึมได้ช้า อาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทาน คือ อาหารที่มี GI ต่ำ

อาหารที่ควรรับประทาน เพื่อให้ระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ

1. ลดหรืองดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง สมอหมู ปลาหมึก กุ้ง เครื่องในสัตว์
2. ลดไขมันจากสัตว์ เช่น หมูสามชั้น ขาวมันไก่ ขาวขาหมู
3. เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลาเนื้อขาวหนึ่ง ปลาทะเล
4. งดอาหารจำพวกกะทิ เนื่องจากเป็นกรดไขมันอิ่มตัว
5. ควรใช้น้ำมันพืชชนิดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด หลีกเลี่ยงน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม
6. ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณไขมันมาก แม้จะมีโคเลสเตอรอลต่ำ ซึ่งจะเปลี่ยนเป็นโคเลสเตอรอลในร่างกาย เช่น ถั่ว เนย
7. ไขมันจากปลาทะเล ช่วยลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้
8. อาหารที่มีไฟเบอร์สูง ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลได้

การออกกำลังกาย

ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีหลายประการ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมัน ความดันโลหิต การเพิ่มสมรรถนะของหัวใจและหลอดเลือด ลดน้ำหนัก การออกกำลังกายจะเสริมฤทธิ์อินซูลิน เพิ่ม insulin sensitivity ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลง ลดระดับ Triglyceride-rich VLDL ลดความดันโลหิต ลดน้ำหนัก โดยลด Intra abdominal fat ควรออกกำลังกาย แบบ Aerobic อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

อินซูลิน

อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่สร้างและหลั่งจาก β -cell ของตับอ่อน ออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาล โดยนำกลูโคสเข้าเซลล์หรือเนื้อเยื่อ กระตุ้นกระบวนการ Glycogenesis ของเซลล์ตับและกล้ามเนื้อ ยับยั้ง Glycogenolysis และ Gluconeogenesis ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

ชนิดของอินซูลิน แบ่งตามระยะเวลาการออกฤทธิ์

1. Rapid-acting insulin เป็น insulin analogue ได้แก่ insulin lispro, insulin aspart เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 15-30 นาทีหลังฉีดใต้ผิวหนัง ออกฤทธิ์สูงสุด 30-90 นาที ฤทธิ์อยู่ได้นาน 3-4 ชั่วโมง อินซูลินชนิดนี้สามารถให้ทางหลอดเลือดดำได้

2. Short-acting insulin ได้แก่ Regular insulin เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 30-60 นาทีหลังฉีดใต้ผิวหนัง ออกฤทธิ์สูงสุด 2-3 ชั่วโมง ฤทธิ์อยู่ได้นาน 3-6 ชั่วโมง แนะนำให้ฉีดก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง อินซูลินชนิดนี้สามารถให้ทางหลอดเลือดดำได้

3. Intermediate-acting insulin

- NPH เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 2-4 ชั่วโมงหลังฉีดใต้ผิวหนัง ออกฤทธิ์สูงสุด 6-10 ชั่วโมง ฤทธิ์อยู่ได้นาน 10-16 ชั่วโมง

- Lente insulin เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 3-4 ชั่วโมงหลังฉีดใต้ผิวหนัง ออกฤทธิ์สูงสุด 6-12 ชั่วโมง ฤทธิ์อยู่ได้นาน 12-18 ชั่วโมง

4. Long acting insulin

- Ultra lente insulin เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 6-10 ชั่วโมงหลังฉีดใต้ผิวหนัง ออกฤทธิ์สูงสุด 10-16 ชั่วโมง ฤทธิ์อยู่ได้นาน 18-20 ชั่วโมง

- Insulin Glargine ออกฤทธิ์ได้ 24 ชั่วโมงโดยไม่มี peak

ข้อบ่งชี้ของการใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1. ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูงมาก
2. ภาวะ primary หรือ secondary drug failure
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ acute stress หรือ injury
4. ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดใหญ่
5. ผู้ป่วยตั้งครรภ์
6. ผู้ป่วยที่แพทย์มีดลระดับน้ำตาล
7. ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล เช่น มีโรคตับ โรคไต

การใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1. ใช้อินซูลินอย่างเดียว
2. ใช้ร่วมกับยาเม็ดลดระดับน้ำตาล

ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล

1. ยาที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (Insulin secretagogues)

1.1 Sulphonyl urea กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ลด hepatic glucose output และเพิ่ม insulin sensitivity

ผู้ป่วยเบาหวานที่จะตอบสนองได้ดีต่อยา SU

- ◆ เริ่มเป็นเบาหวานเมื่ออายุมากกว่า 40 ปี
- ◆ เป็นเบาหวานมานานน้อยกว่า 5 ปี
- ◆ น้ำหนักตัวปกติหรืออ้วน
- ◆ ไม่เคยรักษาด้วยอินซูลิน หรือถ้าเคยใช้อินซูลินก็ควรน้อยกว่า 40 ยูนิตต่อวัน
- ◆ ไม่มีโรคแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยเฉพาะภาวะ Ketoacidosis
- ◆ ระดับน้ำตาลในเลือดควรต่ำกว่า 250-300 มก./ดล.

ข้อห้ามการใช้ยา SU

- ◆ โรคเบาหวานชนิดที่ 1
- ◆ ผู้ป่วยที่มีตับอ่อนถูกทำลายไปมาก เช่น ตับอ่อนอักเสบ หรือเป็นมะเร็ง
- ◆ ภาวะเครียดรุนแรง เช่น ไข้สูง ผ่าตัด การติดเชื้อรุนแรง
- ◆ แพ้ยา SU
- ◆ ตั้งครรภ์
- ◆ โรคตับ หรือโรคไต

ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของ SU

- ◆ ภาวะน้ำตาลต่ำ
- ◆ ทางผิวหนัง เช่น ผื่นคัน
- ◆ ทางโลหิตวิทยา เช่น เม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ
- ◆ ทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตาเหลือง การทำงานของตับผิดปกติ

1.2 Nonsulphonyl urea insulin secretagogues เป็นยาใหม่ ไม่ใช่ยาในกลุ่มซัลฟา ได้แก่ Repaglinide และ Nateglinide ออกฤทธิ์เร็ว half life สั้นเพียง 1 ชั่วโมง ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ SU แต่เนื่องจาก half life สั้น ควรรับประทานก่อนอาหารแต่ละมื้อ ประมาณ 15 นาที ไม่ค่อยทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ

2. ยาที่เพิ่ม Insulin sensitivity (Insulin sensitizer)

2.1 Biguanide-Metformin ออกฤทธิ์ลดการสร้างกลูโคสจากตับ เพิ่ม Anaerobic glycolysis เพิ่มการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อ ลดการดูดซึมกลูโคสจากทางเดินอาหาร

ผู้ป่วยที่ควรใช้ Metformin

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะดื้ออินซูลิน เช่น อ้วน มีระดับน้ำตาลไม่สูงมาก

ข้อห้ามใช้ของ Metformin

- ◆ ไตเสื่อม serum creatinine มากกว่า 1.5 มก./ดล.
- ◆ ภาวะล้มเหลวของระบบไหลเวียนเลือด ระบบหัวใจ ระบบการหายใจ
- ◆ มีประวัติการเกิด lactic acidosis
- ◆ ภาวะติดเชื้อรุนแรง
- ◆ โรคตับ
- ◆ ผู้ที่ดื่มสุรามากจนเป็นพิษต่อตับ

ผลข้างเคียงของยา Metformin

อาการเกี่ยวกับทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และการเกิดภาวะ lactic acidosis

2.2 Thiazolidinedione - Rosiglitazone, Pioglitazone เพิ่ม insulin sensitivity โดยเพิ่มการใช้กลูโคสทางกล้ามเนื้อและลดการสร้างกลูโคสจากตับ

ข้อบ่งชี้การใช้ยา Thiazolidinedione

- ◆ ใช้ในรายที่มีภาวะดื้ออินซูลินเด่นมาก
- ◆ แพ้ยา Metformin หรือใช้ Metformin ไม่ได้ เพราะมีไตเสื่อม

ข้อห้ามใช้ยา Thiazolidinedione

- ◆ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1
- ◆ ไม่ควรใช้ในหญิงตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร
- ◆ ในผู้ป่วยโรคตับ
- ◆ ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

ผลข้างเคียงของยา Thiazolidinedione

- ◆ ตับอักเสบ
- ◆ การคั่งของสารน้ำในร่างกาย ทำให้บวม
- ◆ โลหิตจางจาก Hemodilution
- ◆ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
- ◆ Congestive heart failure

3. ยาที่ลดการดูดซึมของกลูโคส ได้แก่ Glucosidase inhibitor-Acarbose, Voglibose มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Glucosidase ที่ผนังลำไส้ ทำให้ลดการดูดซึมกลูโคส ลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะหลังอาหาร

ข้อบ่งชี้ของการใช้ยา Glucosidase inhibitor

ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลไม่สูงมาก โดยเฉพาะระดับน้ำตาลหลังอาหาร

ข้อห้ามใช้ยา Glucosidase inhibitor

- ผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ
- ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ให้นมบุตร
- ผู้ที่ไตวายรุนแรง

ผลข้างเคียงของยา Glucosidase inhibitor

อาการท้องอืด ผายลมมาก อุจจาระเหลว ปวดท้อง คลื่นไส้

โรคแทรกซ้อนเรื้อรังของเบาหวาน

1. Microvascular complication

1.1 Diabetic retinopathy เป็นภาวะแทรกซ้อนทางตาที่สำคัญของโรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดตาบอด แบ่งเป็น 2 ระยะ

- Non proliferative DR
- Proliferative DR

การรักษา

- ควบคุมระดับน้ำตาลให้ดีสม่ำเสมอ
- เมื่อเกิดภาวะ DR การควบคุมระดับน้ำตาลให้ดีก็ไม่สามารถหยุดหรือลดการดำเนินโรคได้

แต่จะช่วยชะลอการดำเนินโรค

- การควบคุมความดันโลหิต อาจช่วยลด macular edema ได้
- การใช้ Laser photocoagulation ได้ผลดีเมื่อรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม

ดังนั้นจึงควรตรวจตาเป็นระยะๆ สม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวาน จะช่วยให้รักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกเริ่ม

1.2 Diabetic nephropathy เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน พบ End stage renal disease (ESRD) ร้อยละ 30-40 ใน T1 DM ร้อยละ 3-35 ใน T2 DM

การตรวจหา DN ควรตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

- ตรวจ microalbuminuria
- ตรวจ UA
- ตรวจ BUN, Cr, Creatinine clearance

การป้องกัน DN

- การควบคุมระดับน้ำตาลให้ดี
- การควบคุมความดันโลหิต
- หยุดสูบบุหรี่

1.3 Diabetic neuropathy

1.3.1 Symmetrical neuropathy เป็น neuropathy ที่พบบ่อยที่สุด

- Distal sensory and sensorimotor neuropathy อาการสำคัญคือ สูญเสีย Vibratory sense

และมี Hyperesthesia มีอาการปวด อ่อนแรงส่วนปลายขาแขน

- Large fiber neuropathy
- Small fiber neuropathy
- Autonomic neuropathy มีอาการแสดงของความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น

ความดันโลหิตลดลงขณะเปลี่ยนท่า การทำงานของลำไส้ กระเพาะปัสสาวะผิดปกติ ท้องอืด การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ สมรรถภาพทางเพศลดลง

1.3.2 Asymmetrical neuropathy เป็น neuropathy ที่เกิดจากพยาธิสภาพในเส้นประสาทแต่ละเส้น

- Mononeuropathy
- Diabetic radiculopathy
- Painful neuropathy

2. Macrovascular complication Atherosclerosis

Coronary heart disease โรคหลอดเลือดหัวใจ พบได้มากในผู้ป่วยเบาหวาน อัตราความชุกร้อยละ 50 การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน

- งดสูบบุหรี่
- ควบคุมความดันโลหิต < 130/85 มม.ปรอท
- ควบคุมไขมันในเลือด LDL < 100 มก./ดล.
- ควบคุมน้ำตาล HbA1C < 7 %
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ควบคุมน้ำหนักตัว BMI 20-25 กก./ตารางเมตร
- บริโภค alcohol ในปริมาณที่ไม่มากเกินไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์ และกอบชัย พั้ววิไล. การวินิจฉัยและจำแนกโรคเบาหวาน ใน ศ.นพ.อภิชาติ วิชญาณรัตน์ : บรรณาธิการ, ตำราโรคเบาหวาน สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : เรื่องแก้ว การพิมพ์, 2546 : 1-14.
2. สารัช สุนทรโยธิน. กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1, 2 ใน วิทยา ศรีดามา : บรรณาธิการ, การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545 : 20-33.
3. Alan J. Garber. The metabolic syndrome. Med Clin of North Am 2004 ; 88 : 837-846.
4. American Diabetes Association : Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care 2004 ; 27 (Suppl.1) : S5-S10.
5. American Diabetes Association : Standards of medical care in diabetes. Diabetes care 2004 ; 27 (Suppl.1) : S15-S35.
6. American Diabetes Association : Management of dyslipidemia in adults with diabetes. Diabetes care 2003 ; 26 (Suppl.1) : S83-6.
7. De Fronzo RA. Pharmacologic therapy for type 2 diabetes mellitus. An Intern Med 1999 ; 131 : 281-303.
8. Lebovitz HE. Oral Therapies for diabetic hyperglycemia. Endocrinol Meta Clin North Am 2001 ; 30 : 909-33.
9. NCEP Expert Panel on Detection, Evaluation and treatment of High blood Cholesterol in Adults : Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and treatment of High blood Cholesterol in Adults. (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001 ; 285 : 2486-2497.
10. UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes : UKPDS 38 BMJ 1998 ; 317 : 703-13.

โรคกระดูกพรุน

พญ. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน
หน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

คำจำกัดความ

โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) คือ โรคที่ความหนาแน่นของเนื้อกระดูกลดน้อยลงเรื่อยๆ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะโครงสร้างของกระดูก ซึ่งมีผลให้กระดูกไม่สามารถจะรับน้ำหนักหรือแรงกดดันได้ตามปกติ ทำให้เกิดกระดูกหักตามมา (decreased bone mass, defective bone microarchitecture and increased fracture risk) นอกจากนี้จะเรียกโรคกระดูกพรุนแล้วแพทย์บางท่านอาจจะเรียกว่า โรคกระดูกบาง โรคกระดูกโปร่งบาง หรือโรคกระดูกผุก็ได้

ขบวนการกระดูกในร่างกายมนุษย์

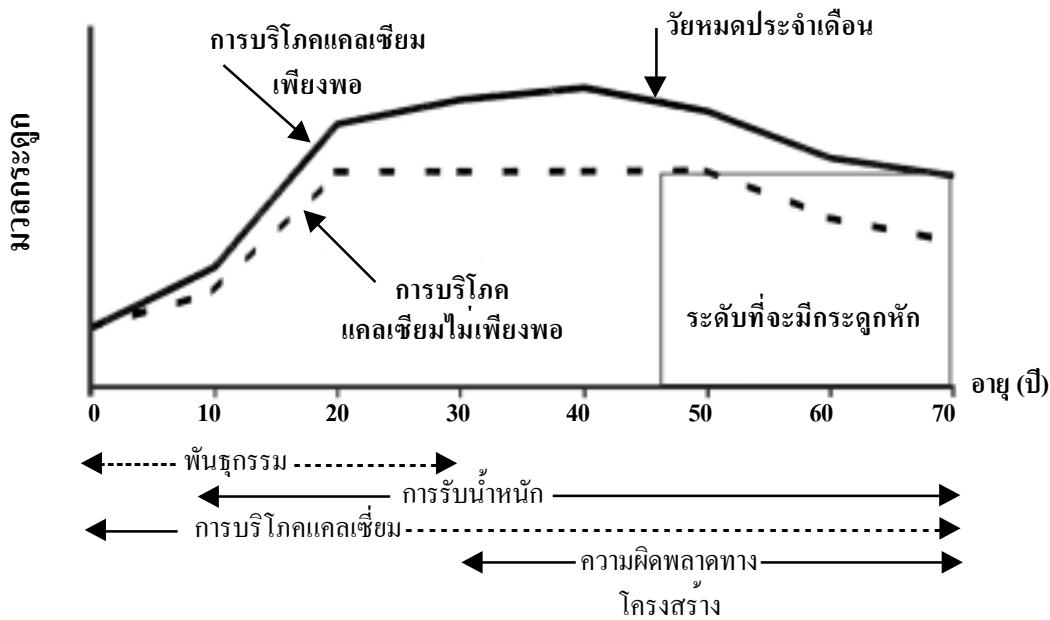
กระดูกในร่างกายของมนุษย์จำแนกลักษณะออกเป็น 2 แบบ คือ cortical bone และ cancellous (trabecular) bone โดย cortical bone คือ กระดูกเปลือกนอกซึ่งแข็งและจับตัวกันอย่างหนาแน่น เป็นส่วนที่เห็นอยู่ด้านนอกของโครงกระดูก ส่วน cancellous bone จะเป็นส่วนที่เป็นแผ่นเยื่อใยที่สอดไขว้กันไปมา อยู่ในช่องโพรงภายในของกระดูก กระดูกแต่ละท่อนของร่างกายจะประกอบด้วยกระดูกทั้ง 2 แบบ ซึ่งอยู่ในสัดส่วนที่แตกต่างกันแล้วแต่ตำแหน่งของกระดูกนั้น กล่าวคือ ตรงส่วนกลางของกระดูกแขนขา (ที่เรียกว่า long bone) จะประกอบด้วย cortical bone เป็นส่วนใหญ่ ส่วนปลายๆ จะมี cancellous bone ในปริมาณที่มากขึ้น ส่วนกระดูกสันหลังจะประกอบด้วย cancellous bone เป็นส่วนใหญ่ กระดูกทั้ง 2 แบบ ถูกออกแบบไว้ให้เหมาะสมกับการรับแรงกดกระแทกในลักษณะต่างกัน และทั้ง 2 แบบ ก็มีการตอบสนองต่อ metabolism ของแคลเซียมแตกต่างกัน

กระดูกของมนุษย์ถูกสร้างตั้งแต่ออยู่ในท้องแม่ ประกอบด้วย สารอินทรีย์คือคอลลาเจน (มาจากโปรตีน) ซึ่งจะก่อตัวเป็นฐานให้สารอนินทรีย์ ได้แก่ แคลเซียมฟอสเฟตมาตกผลึกจับตัวกับคอลลาเจน แล้วแปรสภาพกลายเป็นของแข็งที่สามารถรับน้ำหนักและมีความยืดหยุ่นในตัวเอง เมื่อมองลงไปถึงระดับเซลล์จะพบว่ากระดูกประกอบด้วยเซลล์หลัก 2 ชนิด คือ เซลล์ที่เป็นตัวสร้างกระดูก (osteoblast) และเซลล์ที่เป็นตัวสลายกระดูก (osteoclast) กระดูกของเราจะอยู่ในลักษณะที่เป็น dynamic กล่าวคือมีการเคลื่อนไหวถ่ายเทตลอดเวลา เซลล์สลายกระดูกจะทำงานโดยทำให้เกิดรูเล็กๆ ที่พื้นผิวกระดูก และเซลล์สร้างกระดูก (osteoblast) ก็จะเข้ามาทำงาน โดยสร้างกระดูกขึ้นใหม่ในรูเล็กๆ เหล่านั้น สลับวนเวียนอยู่เรื่อยๆ ดังนั้นแคลเซียมที่อยู่บนกระดูกของเราทุกวันนี้จึงไม่ใช่แคลเซียมดั้งเดิมที่เราได้ตั้งแต่เป็นเด็ก แต่เป็นแคลเซียมใหม่ที่เข้าไปตกผลึกจากการทำงานของ osteoclast และ osteoblast

ตั้งแต่ในครรภ์มารดาเป็นทารกจนถึงวัยผู้ใหญ่ การสร้างกระดูกจะมีมากกว่าทำลาย ทำให้กระดูกใหญ่ ยาวและหนาตัวขึ้นจนถึงระดับที่ความหนาแน่นของกระดูกสูงสุด (peak bone mass) ซึ่งค่าสูงสุดของความหนาแน่นกระดูกในแต่ละคนก็แตกต่างกันไป ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการกำหนด peak bone mass ของแต่ละบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม (gene) ซึ่งกำหนดผ่านการทำงานของฮอร์โมน เช่น Growth Hormone, Parathyroid Hormone เป็นต้น นอกจากนี้ก็ขึ้นอยู่กับการออกกำลังกายชนิดที่มีน้ำหนักกดบนกระดูก (mechanical loading) เป็นปัจจัยทำให้กระดูกมีการปรับตัวเพื่อรองรับแรงกดกระแทกและภาวะโภชนาการในระยะนั้นด้วย สารอาหารหลักที่จำเป็นในการสร้างกระดูก คือ โปรตีน (เพื่อก่อให้เกิดส่วนที่เป็นคอลลาเจน) และแคลเซียม โดยจะต้องได้สารทั้ง 2 ตัว ในลักษณะสมดุลกัน เพราะมีรายงานหลายฉบับชี้ให้เห็นว่าการบริโภคโปรตีน

ในปริมาณที่มากเกินไปจะทำให้มีการสูญเสียแคลเซียมออกมาทางปัสสาวะในปริมาณที่มากกว่าที่พบในกลุ่มที่บริโภคโปรตีนต่ำกว่า นอกจากนี้สารอื่นๆ ที่พบในปริมาณน้อยแต่ก็มีความจำเป็นในการสร้างกระดูก ได้แก่ ฟลูออไรด์ แมกเนเซียม โซเดียม และโปแตสเซียม

ช่วงที่มีการสะสมแคลเซียมมากที่สุดจะอยู่ในช่วงที่เด็กกำลังเจริญเติบโตเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์คือ ประมาณอายุ 14 ปีในเด็กหญิง และอายุ 16 ปีในเด็กชาย หลังจากเด็กหยุดสูง (epiphyxial plate ปิด) กระดูกยังคงมีการหนาตัวขึ้นอีกเล็กน้อยจนถึงอายุประมาณ 30 ปี และจะคงที่อยู่ระยะหนึ่ง หลังจากนั้นจะมีการสูญเสียเนื้อกระดูกไปเรื่อยๆ 0.5-1 % ต่อปี ทั้งในชายและหญิง แต่เมื่อถึงวัยหมดประจำเดือน (ส่วนใหญ่จะอยู่ในราวอายุ 50 ปี) ผู้หญิงจะมีการสูญเสียเนื้อกระดูกอย่างรวดเร็วประมาณ 3-5 % ต่อปี เป็นเวลาประมาณ 5 ปี หลังจากนั้นอัตราการสูญเสียเนื้อกระดูกจะลดลงเข้าสู่ระดับเดิม คือประมาณ 0.5-1 % ต่อปี ในผู้ชายนั้นไม่มีช่วงที่เกิดการสูญเสียกระดูกอย่างรวดเร็วแบบที่พบในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน แต่จะเป็นไปแบบเรื่อยๆ 0.5-1 % ต่อปี ตั้งแต่อายุ 40 ปีเป็นต้นไป เมื่อมองภาพรวมในช่วงนี้จะเห็นว่าเซลล์สลายกระดูกมีบทบาทมากกว่าเซลล์สร้างกระดูก (negative balance)



รูปที่ 1 มวลกระดูกในวัยต่างๆ

การสูญเสียเนื้อกระดูกในวัยหมดประจำเดือนจะทำให้กระดูกบางลงกว่าเดิม ความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง ถึงแม้เมื่อมองจากภายนอกจะยังเห็นว่ากระดูกเป็นท่อนยาวไม่เปลี่ยนแปลง แต่เนื้อในมีการเปลี่ยนแปลงไปแล้ว กระดูกทั้ง 2 แบบ คือ กระดูกท่อนยาว (cortical bone) และกระดูกแบน (cancellus bone) จะมีการสูญเสียเนื้อกระดูกหรือความหนาแน่นของกระดูกในลักษณะต่างกัน กระดูกท่อนแบน (ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นส่วนประกอบของกระดูกสันหลัง) จะมีการสูญเสียเนื้อกระดูกก่อนและมากกว่ากระดูกท่อนยาว เป็นผลให้กระดูกสันหลังของสตรีมีความหนาแน่นลดลงมาก และถ้าลดลงถึงระดับหนึ่งกระดูกสันหลังก็จะเกิดการทรุดตัว ในขณะที่สตรีท่านั้นกำลังทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่ได้ออกแรงเกินกว่าปกติ เช่น การก้มตัวลงเพื่อปูที่นอน การทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น ส่วนในกระดูกท่อนยาว (cortical bone) การเริ่มต้นของการสูญเสียเนื้อกระดูกจะช้ากว่า และเนื่องจากกระดูกส่วนนี้แข็งแรงกว่าพวกกระดูกแบน (cancellus bone) ดังนั้นถึงแม้จะมีการสูญเสียเนื้อกระดูกไปในปริมาณพอควรแล้วแต่กระดูกท่อนยาวก็มักจะไม่มีทรุดตัวลงเองอย่างกระดูกสันหลัง แต่มักจะหักต่อเมื่อมีการกระทบกระแทกทำให้เกิดการบาดเจ็บที่บริเวณนั้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะมองเห็นสถานะภาพรวมของกระดูกในร่างกายมนุษย์ โดยในช่วงต้นของชีวิตจะมีการสร้างมากกว่าการทำลาย ช่วงวัยกลางคนการสร้างและการทำลายอยู่ในระดับเดียวกัน และมีการทำลายมากกว่าการสร้างในช่วงสุดท้ายของชีวิต ในคนที่ได้มีการสะสมเนื้อกระดูกไว้มาก ตั้งแต่ช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นจะมีความหนาแน่นของกระดูกสูงสุด (peak bone mass) อยู่ในระดับสูง เมื่อมีการสูญเสียเนื้อกระดูกในช่วงวัยหมดประจำเดือนไป ความหนาแน่นของกระดูกที่เหลืออยู่ก็ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ต่างกับในรายที่ไม่ได้สะสมปริมาณเนื้อกระดูกให้มากพอ (มี peak bone mass ต่ำ) เมื่อมีการสูญเสียความหนาแน่นกระดูกไปอีกเพียงเล็กน้อย ความหนาแน่นกระดูกก็อาจจะลดลงจนถึงระดับที่เป็นอันตรายได้

ความชุกของโรคและปัญหาสืบเนื่อง

โรคกระดูกพรุนพบมากในคนสูงอายุ ในประเทศไทยกำหนดว่า ผู้สูงอายุ (elderly) คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โรคนี้พบในหญิงมากกว่าชาย เนื่องจากผู้หญิงมีการสูญเสียเนื้อกระดูกอย่างมากและรวดเร็วในช่วง 5 ปีหลังจกหมดประจำเดือน ซึ่งจะไม่พบลักษณะการสูญเสียเนื้อกระดูกแบบนี้ในผู้ชายปกติ ในกรณีที่เป็นการหักของกระดูกสันหลังผู้ป่วยมักจะเกิดอาการเจ็บปวดอย่างมาก ในช่วงแรกทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ และอาจจะต้องรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น หลังจากอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงผ่านไปแล้วกระดูกสันหลังที่หักหรือทรุดตัวจะเกิดหลังโก่ง หลังงอ ซึ่งถ้าเป็นมากจะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการหายใจได้ ส่วนในกรณีกระดูกต้นขาหักนั้นถึงแม้ว่าจำนวนที่พบในแต่ละปีไม่มากเท่ากระดูกสันหลังทรุดก็ตาม แต่มีผลกระทบต่อเนื่องและรุนแรงกว่า กล่าวคือ 5-20 % ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตในปีแรก ซึ่งเป็นผลมาจากการที่กระดูกหักเองหรือโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาครึ่งหนึ่งของผู้ที่ผ่านปีแรกมาได้จะมีความพิการจนไม่สามารถจะช่วยตัวเองได้หรือไม่สามารถอยู่คนเดียวได้อีกต่อไป ต้องมีคนดูแลไปตลอดชีวิต ก่อให้เกิดการสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินอย่างมาก

สาเหตุของโรคกระดูกพรุน

ในเรื่องของกระบวนการกระดูกจะแบ่งลักษณะกระดูกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงสะสมถึงระดับสูงสุด และช่วงสูญเสียจนถึงระดับที่เกิดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดกระดูกหักได้ กล่าวโดยรวมก็คือสาเหตุของโรคกระดูกพรุนเกิดจากปัจจัยใดๆ ก็ตามที่มีผลทำให้การสะสมเนื้อกระดูกไม่ดี และปัจจัยที่ทำให้เกิดการสูญเสียกระดูกอย่างมากและหรือเริ่มขึ้นเร็วกว่าปกติ

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกระดูกพรุน

พันธุกรรม	เชื้อชาติ (ผิวขาว, เอเชีย) เพศ (หญิง) ประวัติครอบครัว
โภชนาการ	บริโภคแคลเซียมต่ำ ดื่มน้ำน้อย ดื่มน้ำคาเฟอีนมาก บริโภคเกลือมาก บริโภคโปรตีนจากสัตว์มาก
ชีวิตความเป็นอยู่	สูบบุหรี่ กิจกรรมทางร่างกายน้อย
โรคทางต่อมไร้ท่อ	สูบบุหรี่ กิจกรรมทางร่างกายน้อย

โรคและยาต่างๆ

ปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน บางปัจจัยก็จะมีผลต่อการก่อให้เกิดโรคได้ตลอดชีวิต แต่บางปัจจัยก็จะมีผลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น จากปัจจัยทั้งหมดพบว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการกำหนดว่าจะมีมวลกระดูกสูงสุดได้เท่าใด ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ภาวะโภชนาการ ชีวิตความเป็นอยู่ และอื่นๆ จะเป็นปัจจัยที่จะตัดแปลง (modify) คำสั่งจากพันธุกรรมโดยตัดแปลงทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยปัจจัยด้านโภชนาการเป็นส่วนที่ได้รับความสนใจอย่างมาก เพราะคิดว่าเป็นปัจจัยที่อาจจะมีการปรุงแต่งได้ เพื่อให้ได้ประโยชน์อย่างสูงสุดจากการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะเรื่องของแคลเซียมและโปรตีน และปัจจัยที่ได้รับการศึกษาและสนใจอย่างมากในขณะนี้คือเรื่องเกี่ยวกับฮอร์โมนเพศหญิง ทั้งนี้จากการค้นพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนมีการสูญเสียเนื้อกระดูกอย่างมากและรวดเร็วภายในระยะ 5 ปีแรกของการหมดประจำเดือน ทำให้คิดว่าถ้าการสูญเสียนี้เกี่ยวข้องกับภาวะขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน การแก้ไขโดยการให้เอสโตรเจนเข้าไปทดแทนน่าจะเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหานี้ที่ “ถูกจุด” มากที่สุด จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างกว้างขวาง ทั้งในกลุ่มสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ พวกที่หมดก่อนวัยอันควรซึ่งเกิดจากการผ่าตัดเอารังไข่ออก (bilateral oophorectomy) และกลุ่มหญิงอายุน้อยที่ประจำเดือนหยุดหรือน้อยลงเนื่องจากการออกกำลังกายรุนแรง จากการศึกษาสรุปได้ว่าหญิงทั้ง 3 กลุ่มข้างต้น จะมีการสูญเสียเนื้อกระดูกไปอย่างรวดเร็วในลักษณะเดียวกัน และเมื่อทำการศึกษาต่อไปโดยการให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนเสริมเข้าไปในสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ และกลุ่มที่ทำผ่าตัดเอารังไข่ออกก็สามารถจะหยุดยั้งการสูญเสียเนื้อกระดูกได้ และในบางรายที่หมดประจำเดือนมานานแล้วจนเกิดการสูญเสียเนื้อกระดูกไปบ้างแล้ว เมื่อเสริมฮอร์โมนเอสโตรเจนเข้าไปนอกจากจะช่วยพยุงเนื้อกระดูกเอาไว้ ป้องกันไม่ให้มีการสูญเสียเนื้อกระดูกต่อไป แล้วยังจะช่วยเพิ่มเนื้อกระดูกได้ด้วย ต่อคำถามที่ว่าเอสโตรเจนทำอย่างไรจึงช่วยป้องกันการสูญเสียเนื้อกระดูกนั้น ได้มีการศึกษาในเรื่องนี้อย่างกว้างขวาง แต่ยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน แต่กลไกที่อาจจะเป็นไปได้คือ

1. เอสโตรเจนออกฤทธิ์ผ่านแคลซิโทนิน

2. เอสโตรเจนสร้างสารซึ่งมีผลควบคุมการทำงานของเซลล์สลายกระดูก และเมื่อขาดสารเหล่านี้ทำให้เซลล์สลายกระดูกทำงานมากขึ้น แต่ไม่ว่าเอสโตรเจนจะทำงานอย่างไรก็ตามภาพรวมของการให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนเสริมก็คือ สถานภาพโดยรวมของกระดูกในหญิงนั้นเป็นไปในลักษณะที่ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันการให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนก็ทำให้เกิดผลข้างเคียงอื่นๆ อีก การให้ฮอร์โมนนี้จึงต้องพิจารณาด้วยความระมัดระวัง ประมวล risk และ benefit ให้ชัดเจน และตัดสินใจว่าจะใช้หรือไม่ อย่างไร และนานเท่าใด เพื่อลด risk ที่อาจเกิดขึ้นให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

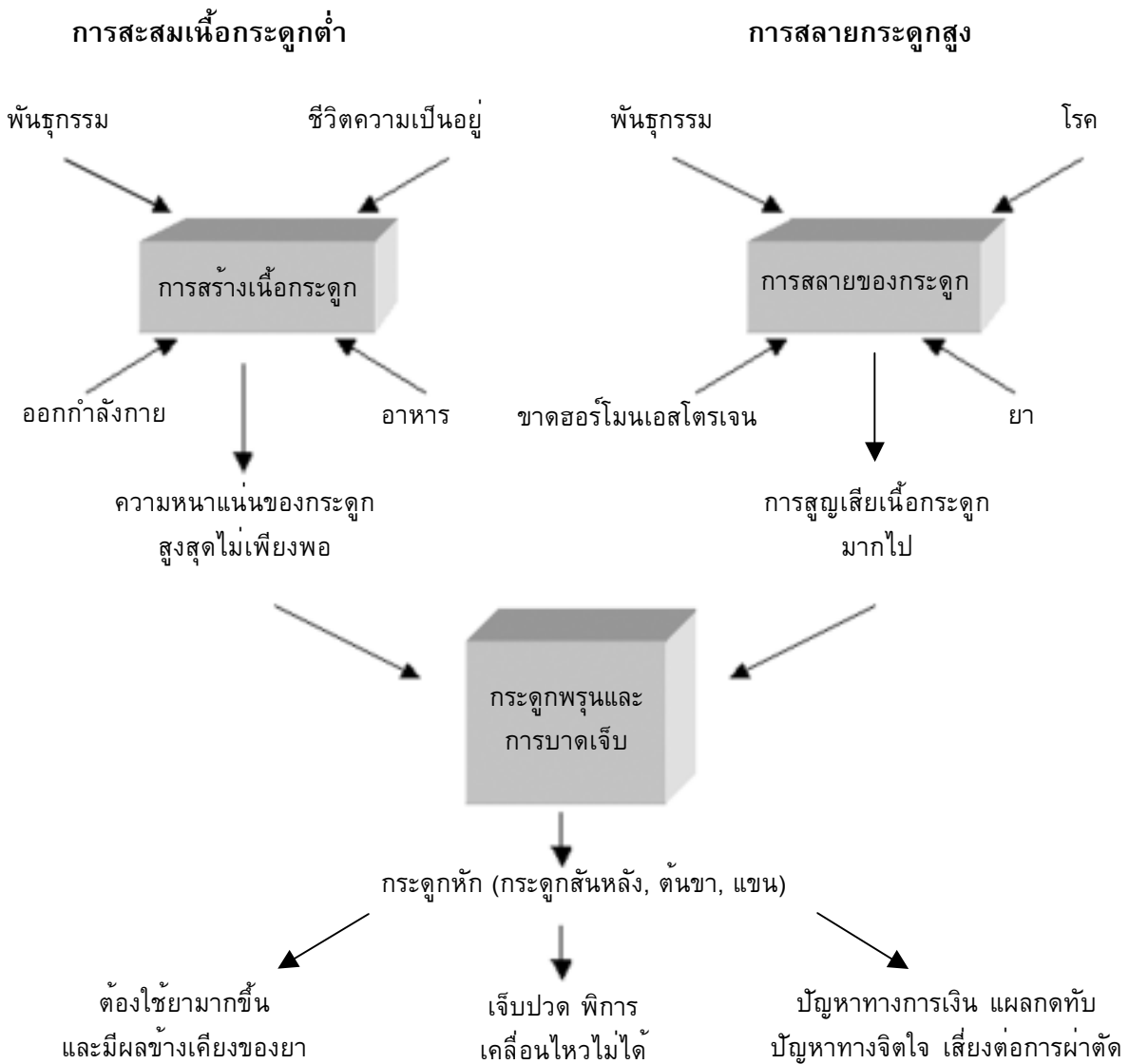
โรคและยาหลายชนิดมีส่วนทำให้เกิดการสูญเสียเนื้อกระดูกมากกว่าปกติ ดังตัวอย่างในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 โรคและยาที่ทำให้เกิดการสูญเสียเนื้อกระดูกได้มากกว่าปกติ

ยา	โรค
ยาทดแทนธัยรอยด์	ต่อมธัยรอยด์ทำงานมากเกินไป
ยากลุ่มสเตียรอยด์	ต่อมพาราธัยรอยด์ทำงานมากเกินไป
ยากันชัก	ไตวายเรื้อรัง
ยาขับปัสสาวะชนิด “loop” ยาลดกรดที่มีฤทธิ์จับกับฟอสเฟต ยาเตตราซัยคลิน ยารักษาวัณโรคไอโซไนเอซิด	โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ยาที่ก่อให้เกิดปัญหาบ่อยที่สุดได้แก่ ยากลุ่มสเตียรอยด์ ทั้งที่ให้เพื่อการรักษาโรคและที่ผู้ป่วยซื้อหา มากินเองหรือแอบแฝงมาในรูปแบบของยาสมุนไพรและยาไทย เช่น ยาลูกกลอนที่ช่วยในการบำบัดรักษา อาการบางอย่าง เช่น หอบหืด ปวดเมื่อย ปวดหัวเข่า เป็นต้น

สาเหตุและผลที่เกิดตามมาของโรคกระดูกพรุน



รูปที่ 2 สาเหตุและผลสืบเนื่องจากโรคกระดูกพรุน

การวินิจฉัย

การถ่ายเอ็กซเรย์กระดูกเพื่อใช้วินิจฉัยภาวะกระดูกพรุนนั้น ไม่มีประโยชน์ในแง่การป้องกันโรค เพราะไม่สามารถจะพบความผิดปกติของเงากระดูกในระยะแรกของโรค เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเงากระดูกที่เห็นจากภาพถ่ายเอ็กซเรย์จะปรากฏเมื่อกระดูกบางเกินกว่า 50 % แล้ว จึงถือว่าการตรวจวินิจฉัยด้วยเอ็กซเรย์ไม่ไวพอที่จะให้การวินิจฉัยโรคระยะแรกเริ่ม การตรวจที่มีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคนี้ในปัจจุบัน ได้แก่ การวัดความหนาแน่นของกระดูก (Bone Mineral Density) โดยการใช้เทคนิคทางเอ็กซเรย์เข้าช่วย และการใช้คลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่

1. Dual Energy X-ray Absorptiometry (DEXA) โดยการใช้รังสีเอ็กซ์พลังงานต่ำ 2 ขนาด สลับกัน แล้วถ่ายภาพกระดูกออกมา วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมากในปัจจุบัน เพราะได้มีการพัฒนาทำให้สามารถตรวจได้รวดเร็วและแม่นยำโดยที่ผู้ป่วยได้รับรังสีน้อยมาก คือน้อยกว่าการถ่ายเอ็กซเรย์ปอด และสามารถประเมินเนื้อกระดูกทั้งที่กระดูกสันหลัง และกระดูกแขนและขา

2. Quantitative Computed Tomography (QCT) โดยการใช้เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ประเมินเนื้อกระดูกโดยตรงโดยเฉพาะที่ cancellous (trabecular) bone ที่กระดูกสันหลัง ในขณะนี้นี้ยังไม่เป็นที่นิยมมากนัก เพราะเครื่องราคาแพงมาก แต่คาดว่าจะมีการใช้แพร่หลายขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต

3. Quantitative ultrasound เป็นเทคนิคล่าสุดที่เริ่มทดลอง โดยการใช้หลักเกณฑ์ของเสียงความถี่สูงมาประเมินเนื้อกระดูก วิธีการนี้มีข้อดีคือเครื่องมือราคาถูกและตรวจได้ง่าย แต่มีข้อเสียคือจะตรวจได้เฉพาะกระดูกแขนขาเท่านั้น

การตรวจวัดความหนาแน่นของกระดูก (Bone mineral density measurement) โดยใช้เครื่อง DEXA (Dual energy X-ray absorptiometry) จะวัดความหนาแน่นของกระดูกที่กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกต้นขา และปลายกระดูกข้อมือ และนำค่าที่ได้ไปเปรียบเทียบกับค่าของคนปกติในเพศเดียวกัน พบว่า ถ้าหากกระดูกมี bone mineral density (BMD) น้อยกว่า 1.00 gm/cm² จะมีโอกาสที่จะมีกระดูกหักได้ง่าย (Mazess, 1981) และการวินิจฉัยภาวะกระดูกพรุน เมื่อ BMD ที่วัดได้ต่ำกว่า 2.5 SD (Standard deviation) ของประชากรในวัยหนุ่มสาว การวัดความหนาแน่นกระดูกของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 ปี จะสามารถคาดการณ์หรือให้การพยากรณ์โรคเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนได้ ดังนั้นการคัดกรอง (screening) ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้ โดยให้การตรวจความหนาแน่นของกระดูก 2 ครั้ง จึงเป็นวิธีที่มีประโยชน์และสามารถเอาผลที่ได้ไปประกอบการตัดสินใจในการให้การป้องกันและ/หรือวางแผนการรักษาโรคกระดูกพรุนต่อไป

การป้องกันและการรักษา

การมีกระดูกที่สมบูรณ์นั้น ส่วนการสร้างกระดูกและการสลายกระดูกจะต้องสมดุลกัน ในกรณีที่มีภาวะกระดูกพรุนจะพบการสลายกระดูกมากกว่าการสร้างกระดูก จากหลักการนี้จึงนำมาสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

ยาหรือสารที่ช่วยกระตุ้นให้มีการสร้างกระดูกมากขึ้นได้แก่ ฟลูออไรด์ พาราไทรอยด์ฮอร์โมน ฮอร์โมนอื่นบางชนิด และวิตามินดี ซึ่งผลของการศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ พาราไทรอยด์ฮอร์โมน และ anabolic hormone ในการเพิ่มการสร้างกระดูกยังไม่ค่อยได้ผลดีนักจึงยังไม่เป็นที่นิยมในขณะนี้ สำหรับวิตามินดีนั้นเราทราบดีว่ามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อขบวนการกระดูก โดย active form ของวิตามินดี (1, 25-dihydroxy vitamin D = calcitriol) จะช่วยเพิ่มการดูดซึมของแคลเซียมจากลำไส้ และเพิ่มระดับแคลเซียมในเลือดให้เพียงพอที่จะช่วยยับยั้งการหลั่งของพาราไทรอยด์ ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่จะกระตุ้นให้มีการสลายกระดูก

สารที่ลดการสลายกระดูก ได้แก่ ฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen), แคลซิโทนิน (calcitonin) บิสฟอสฟอเนต (bisphosphonates) และแคลเซียม (calcium) เอสโตรเจนเป็นสารที่ได้รับความสนใจมากในการป้องกัน

และรักษาโรคกระดูกพรุน จากข้อสังเกตที่ว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนในช่วง 5 ปีแรกของการหมดประจำเดือน จะมีการสูญเสียเนื้อกระดูกอย่างรวดเร็ว การให้สตรีที่หมดประจำเดือนแล้วได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทน จะสามารถชะลอการสูญเสียเนื้อกระดูก และในบางรายอาจจะช่วยเพิ่มเนื้อกระดูกได้ด้วย ในอดีตจึงนิยมให้ ฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนในสตรีวัยหมดประจำเดือน การให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนเพื่อป้องกัน และ/หรือรักษา ภาวะกระดูกพรุนจะต้องให้ฮอร์โมนทดแทนนานหลายปี แตกต่างจากการให้ฮอร์โมนเพื่อลดอาการที่เกิดขึ้นจาก การขาดฮอร์โมนที่เรียกว่า อาการหมดประจำเดือน เช่น อาการร้อนวูบวาบหรือเหงื่อออกมาก หงุดหงิด ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น ซึ่งการให้ฮอร์โมนเพื่อการบรรเทาอาการเหล่านี้จะให้ในระยะสั้นๆ เท่านั้น แล้วค่อยๆ ลดขนาดของ ฮอร์โมนลง และอาจจะหยุดไปในที่สุด ในปัจจุบันได้มีการรายงานการติดตามผลการให้ฮอร์โมนทดแทนในสตรี ที่หมดประจำเดือนแล้วเพื่อดูประโยชน์และข้อเสีย พบว่าอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดในกลุ่มที่ให้ฮอร์โมน ทดแทนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในปัจจุบันแพทย์จะให้ฮอร์โมนทดแทนประมาณ 5 ปี และจะเปลี่ยนไปใช้ยาอื่น

หลักการให้ฮอร์โมนทดแทนคือ ต้องเลือกยาหรือสารที่จะให้เข้าไปนั้นต้องมีลักษณะใกล้เคียงกับที่มีอยู่ ในร่างกายมนุษย์ตามธรรมชาติ โดยจะต้องพิจารณาทั้งขนาด รูปแบบ และวิธีการบริโภคเพื่อให้ได้ประโยชน์ มากที่สุด และระวังผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการจากยาหรือสารนั้นให้น้อยที่สุด เอสโตรเจนที่นิยมใช้เป็นฮอร์โมน ทดแทนมักจะเป็นเอสโตรเจนที่มาจากธรรมชาติ โดยสกัดจากส่วนของสัตว์ที่มีฮอร์โมนชนิดนี้ที่ใช้กันมาก ในปัจจุบันคือ conjugated equine estrogen (CEE) ซึ่งได้มาจากการสกัดสารที่ต้องการจากปัสสาวะม้าที่ ตั้งครรภ์และมาทำให้บริสุทธิ์ขึ้น (ในสัตว์ที่ตั้งครรภ์จะมีเอสโตรเจนในเลือดสูงขึ้นมากและขับถ่ายออกมา ทางปัสสาวะ) เมื่อให้ conjugated equine estrogen แก่ผู้ป่วยในขนาด 0.625 มิลลิกรัม และ 1.25 มิลลิกรัม/วัน ทางปากพบว่า ระดับของฮอร์โมนในเลือดใกล้เคียงกับระดับที่พบในคนปกติที่ยังไม่หมดประจำเดือน

การให้เอสโตรเจนนานๆ ทำให้มีการหนาตัวของเยื่อบุมดลูก (endometrial hyperplasia) อาจะกลายเป็น มะเร็งของเยื่อบุมดลูกได้ ถ้าให้ฮอร์โมนโปรเจสตินเจนนร่วมด้วยจะป้องกันการหนาตัวของเยื่อบุมดลูก และเนื้องอกในมดลูกได้ การให้เอสโตรเจนจึงควรให้โปรเจสตินเจนนร่วมด้วยในผู้ป่วยที่ยังมีมดลูกอยู่เพื่อป้องกันการ หนาตัวและมะเร็งของเยื่อบุมดลูก นอกจากนี้การให้เอสโตรเจนอาจทำให้เกิดผลเสียในกรณีที่ไม่ใช่เนื้องอก ที่จะโตเร็วขึ้น ซึ่งเนื้องอกที่จะเกิดลักษณะอย่างนี้คือมะเร็งเต้านม ดังนั้นถ้าจะให้เอสโตรเจนจะต้องแน่ใจว่า ผู้ป่วยไม่มีมะเร็งเต้านมอยู่ก่อนแล้ว (ต้องส่งตรวจเอ็กซเรย์เต้านม ที่เรียกว่า mammogram ก่อน และระหว่าง การกินเอสโตรเจนจะต้องตรวจเอ็กซเรย์เต้านมทุกปี) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่จะรับฮอร์โมนทดแทนจะต้องไม่มีญาติ สายตรง (แม่ ลูก พี่ น้อง) เป็นมะเร็งเต้านมต้องไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของตับหรือเป็นโรคตับเรื้อรัง ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเส้นเลือดอุดตันหรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ไม่มีปัญหาเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ ซึ่งไม่ทราบสาเหตุ

การให้เอสโตรเจนในประเทศไทยนิยมใช้ชนิดเม็ดแบบรับประทาน ในต่างประเทศมีเอสโตรเจนรูปแบบ อื่นอีกหลายอย่าง เช่น ยาฉีด (เข้าเส้น เข้ากล้ามเนื้อ และฉีดใต้ผิวหนัง) ยาใส่ทางช่องคลอด (เป็นน้ำ เม็ด หรือครีม) และชนิดแผ่นปิดที่ผิวหนังหรือฝังไว้ใต้ผิวหนัง ในที่นี้ถ้ากล่าวถึงเอสโตรเจนให้หมายความถึง conjugate equine estrogen (CEE) ชนิดรับประทาน

วิธีการให้เอสโตรเจนให้ได้ 6 แบบ แต่ที่ยังนิยมใช้อยู่ในปัจจุบันมี 3 แบบ คือ

1. ให้เอสโตรเจนตัวเดียวทุกวัน
2. ให้เอสโตรเจนทุกวันและโปรเจสตินเจนนเป็นช่วง
3. ให้เอสโตรเจนและโปรเจสตินเจนนคู่กันทุกวัน

วิธีที่ 1 ใช้ในผู้ป่วยที่ตัดมดลูกไปแล้ว ถ้าผู้ป่วยยังมีมดลูกอยู่ไม่ควรใช้ วิธีที่ใช้กันมากในขณะนี้คือ วิธีที่ 2 และ 3 วิธีที่ 2 จะใกล้เคียงธรรมชาติที่สุด โดยให้เอสโตรเจนทุกวันและให้โปรเจสตินเจนนในช่วงหลัง

ของเดือนเป็นเวลาอย่างน้อย 12 วัน หลังจากหยุดโปรเจสโตเจน 2-5 วัน ผู้ป่วยจะมีเลือดออกจากช่องคลอด (withdrawal bleeding แบบเดียวกับที่พบในผู้ที่รับประทานยาคุมกำเนิดชนิดเม็ด) ทำให้ผู้ที่รับประทานฮอร์โมนยังคงมี “ประจำเดือน” ต่อไป แต่พบว่าผู้หญิงหลายรายไม่ต้องการกินฮอร์โมนเพราะไม่ต้องการจะมีประจำเดือนอีกต่อไป จึงมีการพัฒนาการให้ฮอร์โมนแบบที่ 3 คือ ให้กินทั้ง 2 ตัวทุกวัน ในระยะแรกอาจจะมีเลือดออกมาบ้าง (break through bleeding) หลังจาก 6 เดือนไปแล้วมักจะไม่ค่อยมีเลือดออกมาอีก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจกับวิธีนี้ (ขนาดยาที่ให้คือ CEE 0.625 มิลลิกรัม/วัน และ medroxyprogesterone acetate 5 มิลลิกรัม/วัน)

แคลซิโตนิน (calcitonin) เป็นฮอร์โมนจาก C-cell ของต่อมไทรอยด์ มีหน้าที่ยับยั้งการทำงานของเซลล์สลายกระดูก แคลซิโตนินจะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีการสร้างและการทำลายกระดูกเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ในภาวะกระดูกพรุนที่เกิดขึ้นในวัยหมดประจำเดือน ในผู้ป่วยที่ได้รับยา glucocorticoid หรือในผู้ป่วยที่เดินไม่ได้ ข้อเสียของแคลซิโตนินคือ ราคาแพงมาก ต้องฉีด และมีผลข้างเคียง เช่น ร้อนตามตัว หน้าแดง คลื่นไส้ ในขณะที่มีแคลซิโตนินในรูปแบบของยาพ่นจมูก ซึ่งใช้ได้ผลใกล้เคียงกับชนิดฉีด แต่การให้ยาทางจมูก (salmon calcitonin) มักจะทำให้เกิดการตีเอาใจ จึงนิยมให้ยาเป็นช่วงๆ แล้วหยุดสักกระยะหนึ่งแล้วจึงให้ใหม่

แคลเซียม (calcium) การให้แคลเซียมอย่างเดี่ยวในสตรีที่เพิ่งหมดประจำเดือน (ภายใน 5 ปี) ไม่อาจจะช่วยพยุงเนื้อกระดูกไว้ได้ แต่ถ้าให้ในกลุ่มที่หมดประจำเดือนไปแล้ว 5 ปี จะช่วยลดการสูญเสียเนื้อกระดูกได้ โดยเฉพาะในผู้หญิงที่รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมน้อย (น้อยกว่า 400 มิลลิกรัม/วัน) การบริโภคแคลเซียมในปริมาณเพียงพอและสม่ำเสมอตั้งแต่ต้นจนถึงวันสุดท้ายของชีวิตจะช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุนได้ โดยช่วยให้ร่างกายสามารถเก็บสะสมกระดูกไว้มากที่สุด (create maximal peak bone mass) และถ้าให้แคลเซียมร่วมกับเอสโตรเจนในช่วงหมดประจำเดือนพบว่าจะช่วยลดขนาดของเอสโตรเจนที่ใช้ลงได้

ความต้องการแคลเซียมเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ในช่วงเด็กและวัยรุ่นจนถึงช่วงต้นของวัยผู้ใหญ่ ควรได้แคลเซียมประมาณ 1.5 กรัมต่อวัน ผู้ใหญ่ควรได้แคลเซียมประมาณ 800-1,000 มิลลิกรัมต่อวัน พอถึงวัยหมดประจำเดือนจนถึงวัยสูงอายุควรได้แคลเซียม 1,000-1,500 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเป็นขนาดเดียวกับในช่วงเด็กและวัยรุ่น

แคลเซียมที่กินเข้าไปจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดทางลำไส้เล็ก ซึ่งจะดูดซึมได้ 10-40 % ของแคลเซียมที่ได้รับจากอาหาร และอาจเพิ่มขึ้นเป็น 60 % ในยามที่ร่างกายต้องการใช้แคลเซียมมากขึ้น เช่น ในระยะที่ร่างกายกำลังเติบโต ตั้งครรภ์ และให้นมบุตร

ปัจจัยที่ทำให้การดูดซึมแคลเซียมจากอาหารลดลง ได้แก่

- การขาดวิตามินดี
- อาหารที่มีไขมันสูงจะขัดขวางการดูดซึมของแคลเซียม
- กรดออกซาลิก และไฟรติกในอาหาร
- กาแฟ แอลกอฮอล์ และบุหรี่

อาหารที่มีแคลเซียมมาก ได้แก่ น้านม และผลิตภัณฑ์จากน้านม ถือเป็นแคลเซียมที่มีการดูดซึมได้ดีที่สุด นม 1 กล่อง (250 ซีซี) จะมีแคลเซียมประมาณ 300 มิลลิกรัม นอกจากนี้ผลิตภัณฑ์จากน้านม เช่น โยเกิร์ต เนยแข็ง และไอศกรีม ก็มีแคลเซียมสูงเช่นกัน ในผู้สูงอายุการดื่มนมอาจจะทำให้เกิดปัญหาแน่นท้อง ปวดท้อง มีแก๊สในท้อง และอาจจะถึงกับท้องเสีย ทั้งนี้ เนื่องจากร่างกายขาดเอ็นไซม์ที่จะย่อยน้าตาลนม (lactase deficiency) วิธีที่จะช่วยแก้ไขคือให้เริ่มดื่มนมทีละน้อย และดื่มหลังอาหาร และค่อยๆ เพิ่มปริมาณทีละน้อย และอาจจะปรับเปลี่ยนการปรุงอาหารโดยใช้นมแทนกะทิ เช่น แกงเผ็ด ต้มข่า นอกจากนมอาจจะทำให้เกิดปัญหาท้องเสียแล้ว นมสดมีไขมันโคเลสเตอรอลสูง การดื่มนมมากอาจทำให้มีปัญหาโคเลสเตอรอลสูงในเลือด ซึ่งอาจจะนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ ถ้าผู้สูงอายุรายนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว

จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ดังนั้นก่อนที่จะให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุหรือบุคคลในวัยผู้ใหญ่ที่มีนมเพื่อเพิ่มแคลเซียมจะต้องพิจารณาเกี่ยวกับเรื่องไขมันในเลือดไปพร้อมๆ กัน และถ้าบุคคลนั้นมีปัจจัยเสี่ยงที่มีไขมันในเลือดสูง ควรจะแนะนำให้ตีมนมพร่องมันเนย ซึ่งจะยังคงได้รับแคลเซียมและโปรตีนครบถ้วน แต่ปริมาณไขมันจะลดลง

อาหารที่ให้แคลเซียมมากรองลงไปคือ ปลาตัวเล็กหรือสัตว์ที่กินได้ทั้งกระดูก กุ้งแห้ง กุ้งฝอย ปลาป่น ก็ให้แคลเซียมในปริมาณสูง ปลากระป๋องที่กระดูกนิ่มก็ยังคงมีแคลเซียมอยู่มาก

ถั่วเมล็ดแห้ง ถูกลูกต่าง ๆ และผักใบเขียวเข้ม เช่น ใบคะน้า ใบผักกวางตุ้ง บร็อคโคลี่ ยอดแค ยอดสะเดา ใบชะพลู ผักตำลึง เป็นอาหารที่มีแคลเซียมสูง โดยผัก 3 ชนิดแรก (กวางตุ้ง คะน้า และบร็อคโคลี่) ให้แคลเซียมที่สามารถดูดซึมได้ดีพอๆ กับแคลเซียมในนมที่เดียว

ตารางที่ 3 ปริมาณอาหารที่มีแคลเซียมสูง

อาหาร	ปริมาณ / น้ำหนัก	แคลเซียม (มก.)	กิโลแคลอรี
น้ามนและผลิตภัณฑ์จากน้ามน			
นมสดไขมันเต็ม (3.3 %)	1 ถ้วยตวง (240 มล.)	291	150
นมชอคโกแลต	1 ถ้วยตวง (240 มล.)	280	210
นมพร่องมันเนย 2 %	1 ถ้วยตวง (240 มล.)	297	120
นมสดระเหย	2 ซอนโตะ (30 มล.)	80	40
นมขาดมันเนย	1 ถ้วยตวง (240 มล.)	302	85
นมโยเกิร์ตธรรมชาติ (พร่องมันเนย)	1 ถ้วยเล็ก (150 มล.)	259	90
นมโยเกิร์ตรสผลไม้	1 ถ้วยเล็ก (150 มล.)	215	143
นมเปรี้ยวพร้อมตีมน	1 ขวดเล็ก (100 มล.)	112	90
นมผงขาดมันเนย	2 ซอนโตะ (30 กรัม)	375	108
เนยแข็ง (cheddar type)	1 แผ่น (25 กรัม)	170	95
คัสตาร์ด	1 ถ้วยเล็ก (120 กรัม)	148	152
ไอศกรีมวานิลลา	½ ถ้วย (50 กรัม)	66	101
สัตว์น้ำ			
กุ้งแห้งตัวเล็ก	15 กรัม	345	38
ปลาซาดีนกระป๋อง (ทั้งกระดูก)	30 กรัม	401	26
ปลาป่น	10 กรัม (2 ซอนโตะ)	357	31
ปลาร้าป่น	10 กรัม (2 ซอนโตะ)	239	27
ปลาลิ้นหมาแห้ง (ตัวเล็ก)	15 กรัม (7 ตัว)	287	42
ปลากดทะเลแห้ง	20 กรัม	154	43
ปลาตัวเล็กแห้ง	20 กรัม	412	67
ปลาทุ	50 กรัม	85	70
หอยแมลงภู่แห้ง	30 กรัม	92	109
หอยหลอดแห้ง	30 กรัม	60	88
หอยนางรมสด	100 กรัม	98	71
หอยแครงสด	100 กรัม	134	80

อาหาร	ปริมาณ / น้ำหนัก	แคลเซียม (มก.)	กิโลแคลอรี
ถั่วเมล็ดแห้งและลูกนัท			
ถั่วเขียว	50 กรัม	62.5	164
ถั่วแดงหลวง	30 กรัม	289	75
ถั่วดำ	50 กรัม	54	180
งาดำคั่ว	5 กรัม (1¼ ช้อนชา)	72	28
เต้าหู้เหลือง	100 กรัม	160	146
เต้าหู้ขาว	100 กรัม	250	46
เต้าเจี้ยวขาว	50 กรัม	90	59
ลูกนัท	½ กรัม	50	326
อัลมอนด์	30 กรัม	75	165
ผัก			
ยอดแคสุก	100 กรัม	395	87
ตำลึงสุก	100 กรัม	126	28
ยอดกระถินอ่อน	100 กรัม	137	62
คะน้าสุก	100 กรัม	245	21
ผักแพว	100 กรัม	573	37
ยอดสะเดา	100 กรัม	349	79
ถั่วลันเตา	100 กรัม	171	52
ใบขี้เหล็ก	100 กรัม	156	139
ใบชะพลู	50 กรัม	300	50
ใบตั้งโอ้	100 กรัม	96	17
ใบยอ	50 กรัม	420	47
ผักกาดขาว	100 กรัม	178	23
มะขามผักสด	50 กรัม	214	28
ผลไม้			
มะขามหวาน	100 กรัม	141	314
อินทผลัม	½ ถ้วยตวง	52	244
แอปเปิ้ลคอกแท่ง	½ ถ้วยตวง	50	169
อื่นๆ			
น้ำตาลทรายแดง	1 ช้อนโต๊ะ	12	50
กากน้ำตาล	1 ช้อนโต๊ะ	137	43
ผงกระหรี่	5 กรัม (1 ช้อนโต๊ะ)	362	1

บิสฟอสโฟเนส (bisphosphonase) ออกฤทธิ์โดยจับกับแคลเซียมแทนฟอสเฟตตัวจริง เมื่อเซลล์สลายกระดูกจะมาสลายกระดูกตรงที่มีสารตัวนี้อยู่ เซลล์นั้นก็จะทำงานไม่ได้ ทำให้การสลายกระดูกลดลง แต่การจะให้ยาผู้ป่วยยังคงค่อนข้างลำบาก ต้องให้กินยาตอนเช้า (ท้องว่างเพราะการดูดซึมของยาจะดีขึ้น) ถ้ากินหลังอาหารจะไม่ได้ผล ต้องกินพร้อมกับน้ำ 1 แก้ว (ถ้ากินน้ำน้อยจะทำให้ยากระจายตัวไม่ดี) หลังกินยาต้องนั่งหัวสูงห้ามนอนอย่างน้อย 1 ชั่วโมง (เพื่อลดอาการระคายเคืองแสบร้อนในอก เนื่องจากน้ำย่อยและยาเอ่อล้นขึ้นมาและทำให้เกิดการอักเสบในหลอดอาหาร) ยากลุ่มนี้เป็นทางเลือกสำหรับสตรีวัยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุนแล้ว และไม่ปรารถนาหรือไม้อาจจะให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนเพราะมีข้อห้าม

SERM (Selective Estrogen Receptor Modulator) ยากลุ่มนี้มีผลต่อบางอวัยวะเหมือนผลจากเอสโตรเจน และอาจมีผลตรงกันข้ามหรือต้านเอสโตรเจนในบางอวัยวะ กล่าวคือในร่างกายจะมีตัวจับกับเอสโตรเจนที่อวัยวะต่างๆ เช่น ที่เต้านม เยื่อบุกระดูก กระดูก สมอ เป็นต้น เมื่อเอสโตรเจนมาเกาะที่ตัวจับเหล่านี้จะก่อให้เกิดปฏิกิริยาและการทำงานต่อเนื่องออกไป เช่น เมื่อได้เอสโตรเจนเข้าไปจะทำให้เกิดการขยายตัวของเต้านม (นมคัดและเจ็บ) เยื่อบุกระดูกหนาตัวขึ้น การสลายตัวของกระดูกลดลง และช่วยการทำงานของสมอ ยากลุ่มนี้ที่ได้รับการพัฒนาใหม่คือ Raloxifene จะมีความสามารถคล้ายๆ เอสโตรเจนที่กระดูก แต่จะไม่มีฤทธิ์ที่เต้านมและเยื่อบุกระดูก กล่าวคือสามารถลดการสลายกระดูกได้ โดยที่มีผลเสียเกี่ยวข้องกับเรื่องมะเร็งเต้านมและมะเร็งมดลูกน้อยกว่าเอสโตรเจน จึงอาจเป็นทางเลือกใหม่สำหรับสตรีที่มีกระดูกพรุนหรือมีแนวโน้มจะเป็นโรคกระดูกพรุน แต่ไม่ประสงค์หรือไม่อาจรับฮอร์โมนเอสโตรเจน เพราะมีข้อห้าม แต่ในปัจจุบันยายังมีราคาแพงมาก

ข้อแนะนำสำหรับสตรีไทย

การป้องกันโรคกระดูกพรุนต้องอาศัยปัจจัยหลายสิ่งประกอบกัน ซึ่งจะต้องเริ่มตั้งแต่วัยแรกเริ่มของชีวิตและดำเนินอย่างเหมาะสมต่อไปตราบชั่วชีวิต (โดยจะต้องดูแลตนเองและกระทำตามข้อที่ 1-5 ส่วนข้ออื่นๆ ปรับตามอายุและสภาพของผู้ป่วย) ดังนี้

1. การได้รับแคลเซียมที่เพียงพอตลอดอายุขัยตั้งแต่ออยู่ในท้องแม่ (แม่ต้องได้รับแคลเซียมเพียงพอในช่วงตั้งครรภ์) วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยหมดประจำเดือน และวัยชรา

2. มีสุขนิสัยที่ดีในการบริโภคอาหารโปรตีน (เพื่อเป็นแกนของกระดูก) แคลเซียมและฟอสเฟต (จับที่กระดูกเพื่อให้เกิดความแข็งแรง) หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดการสูญเสียแคลเซียมในปัสสาวะมากขึ้น

3. ออกกำลังกายหรือมีกิจกรรม/กิจวัตรประจำวันที่มีการเคลื่อนไหวอยู่เสมอ อยู่นิ่งๆ นอนๆ จะทำให้มีการสลายกระดูกมากขึ้น

ในช่วงวัยผู้ใหญ่ เป้าหมายเพื่อคงหรือดำรงเนื้อกระดูกที่สะสมเต็มที่แล้วให้อยู่อย่างนั้นนานเท่าที่จะเป็นไปได้ จะต้องดำเนินตามข้อที่ 1, 2, 3 และต้อง

4. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ทำให้กระดูกพรุน

5. ดูแลตนเองให้พ้นจากโรคต่างๆ ที่ทำให้มีการสูญเสียกระดูก หรือถ้ามีโรคเหล่านั้นก็ให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันที่

ในช่วงวัยหมดประจำเดือน ซึ่งจะเป็นช่วงที่มีการสูญเสียเนื้อกระดูกอย่างมากและรวดเร็ว (ช่วง 5 ปีแรกของการหมดประจำเดือน) นอกจากจะต้องดำเนินการตามหัวข้อข้างบนแล้วจะต้อง

6. ได้รับการประเมินสถานะกระดูกว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุนมากน้อยเพียงใด ในช่วงที่กำลังจะหมดประจำเดือน

7. ในหญิงที่มีความหนาแน่นของมวลกระดูกน้อยกว่า 1 SD (Standard Deviation) ควรได้รับฮอร์โมนทดแทนถ้าไม่มีข้อห้าม

8. ถ้ามีข้อห้ามในการใช้ฮอร์โมน หรือไม่ประสงค์จะใช้ฮอร์โมนด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตามควรพบแพทย์ เพื่อปรึกษาวิธีการที่เหมาะสมในการพยุงเนื้อกระดูกไว้ในวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุในปัจจุบันอาจจะไม่เคยได้สนใจในเรื่องมวลกระดูกมาก่อน อาจจะมีโรคกระดูกพรุนแล้ว อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุควร

9. ได้รับการประเมินจากแพทย์เพื่อประเมินภาวะกระดูก และถ้ามีกระดูกพรุนจะได้รับการรักษาเพื่อพยุงเนื้อกระดูกด้วยวิธีการที่เหมาะสมและเป็นไปได้

10. มีความระมัดระวังในการเคลื่อนไหว และดูแลสุขภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัย ลดโอกาสของการล้ม

เอกสารอ้างอิง

1. Mazess RB., Barden H., Ettinger M., Schultz E. : Bone density of the radius, spine, and proximal femur in osteoporosis. *J Bone Miner Res* 1988 ; 3(1) : 13-18.
2. Marx C.W., Daily G.E. III , Cheyneyneyc, Vint V.C. II , Muchmore DB. : Do estrogen improve bone mineral density in osteoporotic women over age 65? *J Bone Miner Res* 1992, 7 : 1275-9.
3. Lufkin EG., Wahner HW., O'Fallon WM., Hodgson SF., Kotowicz MA., Lane AW., Judd HL., Caplan PH., Pigg BL. : Treatment of postmenopausal osteoporosis with transdermal estrogen. *Ann Intern Med* 1992, 117 : 1-9.
4. Consensus Development Conference : Prophylaxis and Treatment of Osteoporosis. *AJM* 1991 ; 90 : 107-110.
5. Chesnut CH. : Osteoporosis and its treatment. *NEJM* 1992, 326 (6) : 406-8.
6. Riggs BL., Melton LJ. : The prevention and treatment of osteoporosis. *NEJM* 1992; 327(9) : 620-7.
7. Cormier C. : Physiopathology and etiology of osteoporosis. *curr opin Rheumat.* 1991, 3 : 457-62.
8. Mc Mahon MA., Peterson C., Joyce Schlke J. : Osteoporosis : Identifying high-risk persons. *J Gerontol Nursing* 1992 ; Oct : 19-25.
9. Kanis JA., McCloskey EU. : Epidemiology of vertebral osteoporosis. *Bone* 1992; 13:51-510.
10. Rudy DR. : Osteoporosis. *Postgrad Med Thailand* 1990 ; 4(1) : 68-72.
11. Lufkin EG., Steven JO. : Estrogen replacement therapy for the prevention of osteoporosis. *Postgrad Med Thailand* 1989 ; 3(11) : 42-7.
12. Lukert BP. : Vertebral compression fractures : How to manage pain, avoid disability. *Geriatrics* 1994 ; 49(2) : 22-6.
13. Gallagher JC. : Vitamin D metabolism and therapy in elderly subjects. *South Med J* 1992 ; 85 : 25-43-47.
14. Lindsay R., Cosman F., Osteoporosis : The estrogen relationship. In : Swartz DP. ed. *Hormone Replacement Therapy*. Maryland USA : William & Weckins 1992 : 17-64.

สุขภาพตาในผู้สูงอายุ

พญ.วัฒนีย์ เย็นจิตร
กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลสงฆ์

ความพิการทางตามีใช้จะนำความเสียหายทางเศรษฐกิจมาสู่ผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังนำความเสียหายมาสู่ประเทศชาติอย่างมหาศาล ปัจจุบันในโลกมีคนตาบอด 45 ล้านคน มีคนสายตาลีอนราง 135 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สาเหตุตาบอดในผู้สูงอายุ 60 % มาจากต้อกระจก จอรับภาพในตาเสื่อม (Age related macular degeneration) และต้อหิน ประเทศในเอเชียและแอฟริกา พบว่าต้อกระจกเป็นสาเหตุตาบอดมากกว่า 40 % ในประเทศไทย จากการสำรวจสภาวะตาบอดและโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญครั้งที่ 3 ในปี 2537 พบว่าคนไทยมีความชุกของตาบอด 0.31 % และความชุกของตาบอดในผู้สูงอายุไทย พบถึง 87 % ของคนไทยตาบอด (ตารางที่ 1, 2, 3) โดยมีสาเหตุจากต้อกระจกถึง 74 %

ตารางที่ 1 แสดงความชุกของตาบอดและสายตาลีอนรางในคนไทยจากการสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2537

อายุ (ปี)	อายุตาบอด 2 ตา			ตาบอด 1 ตา สายตาลีอนราง 1 ตา			สายตาลีอนราง 2 ตา			รวม		
	ช	ญ	รวม	ช	ญ	รวม	ช	ญ	รวม	ช	ญ	รวม
00-04	-	0.92	0.44	-	-	-	-	-	-	-	0.92	0.44
05-09	-	-	-	-	-	-	-	0.77	0.38	-	0.77	0.38
10-14	0.63	-	0.32	-	-	-	1.26	-	0.65	1.89	-	0.97
15-19	-	-	-	-	-	-	-	1.48	0.74	-	1.48	0.74
20-24	-	-	-	-	-	-	1.55	0.72	1.15	1.55	0.72	1.15
25-29	-	0.68	0.35	0.8	-	0.39	-	-	-	0.8	0.68	0.74
30-34	0.82	-	0.4	0.82	-	0.4	1.64	1.43	1.53	3.28	1.43	2.34
35-39	0.93	2.48	1.72	-	-	-	1.86	-	0.92	2.8	2.48	2.63
40-44	-	-	-	-	-	-	-	0.93	0.47	-	0.93	0.47
45-49	3.96	1.15	2.54	-	-	-	1.32	3.45	2.4	5.28	4.6	4.94
50-54	3.08	6.31	4.73	-	1.26	0.65	9.23	10.09	9.67	12.31	17.65	15.05
55-59	1.08	1.5	1.64	1.8	4.49	3.18	5.4	14.97	10.32	8.99	20.96	15.15
60-64	9.51	9.2	9.35	7.6	3.07	5.29	11.41	56.75	34.5	28.52	69.02	49.14
65-69	19.09	11.34	15	11.93	11.34	11.62	40.57	77.5	60.07	71.6	100.19	86.69
70 UP	61.19	76.44	69.79	26.83	33.83	30.51	92.66	134.09	116.02	180.07	244.36	216.32
รวม	2.62	3.54	3.08	1.24	1.57	1.4	4.42	8.83	6.63	8.29	13.93	11.11

ตารางที่ 2 แสดงผลการสำรวจตาบอดระดับชาติ และโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญในประเทศไทย

	2527	2536	2537
ความชุกของตาบอด (1:1000)	1.14	0.57	0.31
ต้อกระจกชนิดบอด (%)	47.3	71.3	74.6
จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกตกค้าง	270,000	220,000	134,903

ตารางที่ 3 แสดงสาเหตุและจำนวนของคนไทยตาบอด 2 ตา จากการสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2537

สาเหตุ	จำนวน	เปอร์เซ็นต์	ความชุก	จำนวนที่คาด
- ต้อกระจก	106	74.65	3.43698	201,703
- กระจกตาขุ่น	7	4.93	0.22697	13,320
- ตาฝ่อ / ไม่มีตา	5	3.52	0.16212	9,514
- ต้อหิน	5	3.52	0.16212	9,514
- โรคอื่นๆ*	5	3.52	0.16212	9,514
- จุดรับภาพในตาเสื่อม	4	2.82	0.12970	7,611
- เส้นเลือดในจอประสาทตามืดปกติ	3	2.11	0.09727	5,709
- ต้อกระจกที่ไม่ได้รับการรักษา	2	1.41	0.06485	3,806
- ต้อกระจกที่ทำผ่าตัดแล้วและไม่ได้ใส่เลนส์เทียมหรือแว่นตาต้อกระจก	2	1.41	0.06485	3,806
- ประสาทตาตาย	2	1.41	0.06485	3,806
- สาเหตุที่วินิจฉัยไม่ได้	1	0.70	0.03242	1,903
รวม	142	100.00	4.60426	270,206

- * โรคอื่นๆ retinitis pigmentosa 2 คน
 myopic fundus 1 คน
 optic neuropathy 1 คน
 cortical blindness 1 คน

ต้อกระจก (Cataract)

ต้อกระจก คือ การที่เลนส์ (แก้วตา) ขุ่น ทำให้มองเห็นไม่ชัด ตามัวลงอย่างช้าๆ ไม่มีอาการปวดเจ็บตา ในระยะแรกอาจมีสายตาสั้นมากขึ้น ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย แต่ในที่สุดจะไม่สามารถแก้ไขด้วยแว่นได้ บางครั้งอาจมองเห็นเป็นภาพซ้อน มองเห็นสีจางลง หรือมองเห็นชัดกว่าในที่มืดหรือในร่ม แต่ตามัวมากเวลาโดนแดด โดยเฉพาะขณะขับรถในเวลากลางคืนจะมีแสงสะท้อน (Glare) ถ้าผู้อื่นมองผู้ป่วยอาจเห็นว่ารูม่านตามีสีเปลี่ยนไปเป็นสีขาวขุ่น พบมากในผู้สูงอายุ ปัจจุบันพฤติกรรมและการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไป เป็นเบาหวานมากขึ้น สูบบุหรี่มากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความชุกของตาบอดจากต้อกระจกเพิ่มมากขึ้น

การป้องกันต้อกระจก ได้แก่

1. หลีกเลี่ยงการใช้ยาหยอดตาโดยไม่จำเป็นโดยเฉพาะยาที่มีสเตียรอยด์
2. หลีกเลี่ยงแสงแดด (UV อัลตราไวโอเล็ต) แสงรังสี ความร้อนสูง
3. หลีกเลี่ยงอุบัติเหตุต่อดวงตา
4. ควบคุมโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคข้อและกระดูกอักเสบ
5. ส่งเสริมสุขภาพกายและใจ
6. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้แก่ก่อนวัย

7. รับประทานอาหารให้ครบหมู่ ผัก ผลไม้ แร่ธาตุที่มีประโยชน์ และได้รับประทานวิตามินซี วิตามินอี เบต้าแคโรทีน และสังกะสี ในปริมาณสูงสามารถลดอัตราการเกิดจุดรับภาพในตาเสื่อมได้ แต่ไม่มีผลต่อการชะลอต้อกระจก ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าลูทีนและซีแซนทีนลดหรือชะลอจุดรับภาพในตาเสื่อมได้ และอาจลดหรือชะลอต้อกระจกได้ด้วย

ต้อหิน (Glaucoma)

ต้อหินเป็นสาเหตุตาบอดที่สำคัญ เพราะไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาเห็นดีตามเดิมได้ พบว่าต้อหินเป็นสาเหตุการลงทะเบียตาบอดในสถานพยาบาลที่พบมากที่สุดในประเทศไทย ต้อหินมีหลายชนิด ในประเทศไทยพบต้อหินชนิดมุมเปิด (Primary open angle glaucoma) มากที่สุด และสอดคล้องกับรายงานจากต่างประเทศ ว่าพบในคนผิวขาวอายุ 40-89 ปี ถึง 1.2 % ถ้ามาดูในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี พบเพียง 0.2 % และในผู้ป่วยอายุมากกว่า 80 ปี พบถึง 4.3 % และในจำนวนผู้ป่วยต้อหินชนิดมุมเปิดทั้งหมด อายุต่ำกว่า 55 ปี มีเพียง 7 % อายุ 55-74 ปี มี 44 % และอายุมากกว่า 74 ปี มี 49 % ในประเทศไทยสาเหตุตาบอดจากต้อหินพบมากจากกรรมพันธุ์ร่วมกับการใช้ยาบางชนิด การมีโรคร่วมอื่นๆ ในร่างกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีไขมันในเลือดสูง รวมทั้งผู้ที่มีอุบัติเหตุในต้ามามาก่อนจะเกิดต้อหินตามมาได้

อาการของโรคต้อหินขึ้นกับชนิดของโรค ถ้าเป็นต้อหินชนิดมุมเปิด จะมีอาการตามัวลงที่ละน้อย อาจมองเห็นสีรุ้งในเวลาเช้า บางครั้งผู้ป่วยอาจจะปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตา หงุดหงิดง่าย ถ้าเป็นในระยะท้ายๆ ลานสายตาจะแคบลง ส่วนต้อหินชนิดมุมปิดอาการจะแตกต่างกันไป โดยมีอาการปวดตามาก ปวดศีรษะมากขึ้นที่สายตามัวลงอย่างรวดเร็ว มองเห็นสีรุ้งรอบดวงไฟร่วมกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ้าตรวจตาจะพบว่าตาแดงมาก กระจกตาบวม และม่านตาขยาย

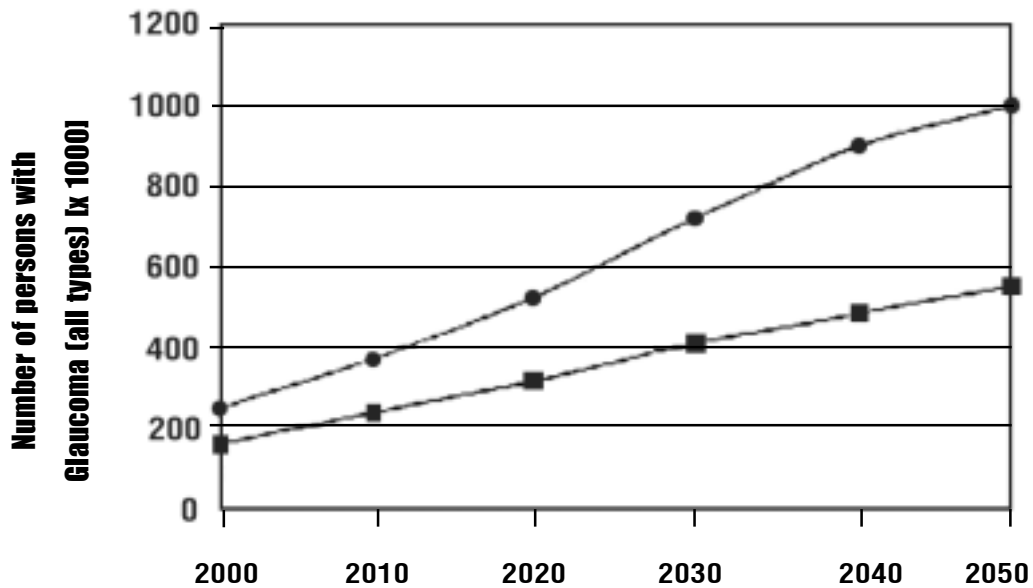
การรักษาต้อหินต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่า รักษาแล้วอาจเห็นไม่ดีขึ้น เพียงแต่เห็นเท่าเดิมไม่ลดลง และต้องดูแลรักษาตลอดชีวิต การตรวจแต่ละครั้งต้องใช้เวลาพอสมควร รวมทั้งร่างกายต้องแข็งแรง และถ้าไม่รักษา ตาจะค่อยๆ บอดลงที่ละน้อยโดยไม่เจ็บปวด ถ้าเป็นต้อหินชนิดทุติยภูมิ (Secondary glaucoma) ซึ่งเกิดตามหลังโรคตาหรือโรคอื่นๆ ในร่างกาย หรือมีอุบัติเหตุในต้ามามาก่อน ก็ต้องรักษาโรคต้นเหตุนั้นๆ

จากการศึกษาในประเทศไทย (ตารางที่ 4) พบว่าต้อหินในประเทศไทยมีแนวโน้มมากขึ้น และจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในอนาคต (ภาพที่ 1)

ตารางที่ 4 แสดงการศึกษาเรื่องต้อหินในประเทศไทย

โรงพยาบาล	ศิริราช	จุฬาลงกรณ์	ลำปาง
ปีที่ทำการศึกษา	2541	2542	2544
ผู้มารับการตรวจ	2,092	733	1,999
ชุมชน	เมือง	ชานเมือง	ชนบท
อายุของกลุ่มศึกษา	มากกว่า 60 ปี	มากกว่า 50 ปี	มากกว่า 40 ปี
ความชุก	-	3.8	2.2
ต้อหินชนิดมุมเปิด	41.4	21.4	31.9
ต้อหินชนิดมุมปิด	47.7	66.6	44.2
ต้อหินชนิดความดันตาไม่สูง	9.4	รวมอยู่ในมุมเปิด	13.9

Projected Prevalence of Glaucoma from Year 2000 to Year 2050



ภาพที่ 1 แสดงระบาดวิทยาของโรคต้อหิน ปี ค.ศ. 2000-2050

กระจกตาขุ่น (Corneal opacity, corneal scar)

กระจกตาขุ่นเป็นสาเหตุของตาบอดที่พบบรองมาจากต้อกระจก เกิดจากตาเป็นแผลทำให้กระจกตาขุ่น ซึ่งในอดีตเกิดจากการติดเชื้อ การขาดอาหาร แต่ปัจจุบันโรคกลุ่มนี้ไม่ใช่ปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทย อีกต่อไป จึงพบน้อยลงเป็นลำดับ แต่สาเหตุที่พบบ่อยมากในขณะนี้คือกระจกตาขุ่นจากขุ่นตาแยงตาเนื่องจากเป็นโรคสีตวงตาในอดีตเกศตรกรสูงอายุที่มีใบหนา ใบขาวโดนตาขณะทำงานและไม่มารับการรักษา หรือรักษาตนเองไม่ถูกต้องไปซื้อยากลุ่มสเตียรอยด์มาหยอดตาเอง ทำให้ติดเชื้อราในกระจกตา

โรคของจอประสาทตาและน้ำวุ้น

โรคของจอประสาทตาและน้ำวุ้นเป็นสาเหตุของตาบอดที่พบบ่อยขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีผู้สูงอายุมากขึ้น โรคจากความเสื่อมของร่างกายจึงพบบ่อยขึ้น ประกอบด้วย จุดรับภาพเสื่อม (Age Related Macular Degeneration - ARMD) เป็นความเสื่อมของจอประสาทตาส่วนกลาง พบในคนอายุ 50 ปีขึ้นไป โรคของเส้นเลือดอุดตันในจอประสาทตาทั้งเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดง (Branch and central retinal vein/artery occlusion - BRVO, CRVO, BRAO, CRAO) รวมทั้งเบาหวานในจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy - DR) ก็เป็นสาเหตุของตาบอดที่พบบ่อยในคนไทยเช่นกัน พบว่าคนไทยประมาณ 1-2 ล้านคนเป็นโรคเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดต้อกระจกและต้อหินได้มากกว่าคนทั่วไป เมื่อร่วมกับเป็นเบาหวานในจอประสาทตา จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสตาบอดมากกว่าคนธรรมดา 10-30 เท่า (ตารางที่ 8) ระยะของโรคเบาหวานในจอประสาทตามี 3 ระยะ คือ

1. เป็นเบาหวานแต่ยังไม่พบความผิดปกติของจอประสาทตา (DM with no DR)
2. พบความผิดปกติในจอประสาทตาระยะต้น (NPDR หรือ BDR)
3. พบความผิดปกติของจอประสาทตาในระยะรุนแรง (PDR)

การป้องกันและรักษาเบาหวานและเบาหวานในจอประสาทตาต้องควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ใช้อายอย่างเหมาะสม ตรวจร่างกายเป็นประจำ ระวังการเกิดบาดแผล ต้องตรวจวัดสายตาและขยายม่านตาดูจอประสาทตาทันทีที่ทราบว่าเป็นเบาหวาน และตรวจตาซ้ำตามที่แพทย์นัดหรืออย่างน้อยเป็นประจำทุกปี หากมีเบาหวานในจอประสาทตาไม่รุนแรง สามารถรักษาโดยการยิงแสงเลเซอร์ให้สายตาคงที่แต่ไม่เห็นดีขึ้น หากเป็นเบาหวานในจอประสาทตาขั้นรุนแรงต้องทำผ่าตัดน้ำวุ้นร่วมกับจอประสาทตาและยิงแสงเลเซอร์ร่วมด้วย หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจเห็นไม่ดี ถ้าเป็นมานานมากอาจเห็นเพียงช่วยตนเองได้ในต่างประเทศนิยมใช้สุนัขนำทางในคนกลุ่มนี้ แต่ในประเทศไทยอาจต้องใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลสายตาเลือนราง (Low Vision Rehabilitation)

ข้อแนะนำในการควบคุมเบาหวานไม่ให้ขึ้นจอประสาทตา คือ

1. ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 130 mg/dl จะลดการเกิด DR ได้ถึง 50-75 %
2. ระดับน้ำตาลเฉลี่ย HbA1C < 7 mg/dl
3. ระดับความดันโลหิตไม่เกิน 130/85 mmHg ลดการเกิด DR ได้ 1/3
4. ระดับไขมันในเลือด LDL-Cholesterol 100 mg/dl จะลดจอประสาทตาบวมได้

ในประเทศไทยได้มีการสำรวจเบาหวานในจอประสาทตา พบว่า จะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และพบเบาหวานในจอประสาทตาได้ 22 %

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Population ageing a Public-health Challenge. Fact Sheet No. 135 September 1998.
2. National Statistic Office and economic development council, Office of the Prime Minister. Population census Thailand, Whole Kingdom. Bangkok 1962, 1977, 1984, 1994.
3. Human Resources Planning Division, National economic and social development board, Population projections for Thailand 1990-2020. Bangkok : NESB ; 1995.
4. United Nations, The aging of populations and its economic and social implications. New York : United Nations 1996, (956 Population Studies, No.26).
5. Division of Health Statistics, Office of the Permanent Secretary. Ministry of Public Health. Statistics 1992, 1994.
6. National Statistical Office. Office of the Prime Minister ; Report of 1994 survey of elderly in Thailand. Bangkok : 1994.
7. Murray CJL, Lopez AD, editors. The Global Burden of Disease. Boston : Harvard University Press ; 1996.
8. พีรสิทธิ์ คำนวนศิโรป, ศุภวัฒน์ นวสุ, จอห์น ไบรอัน, อารี พรหมโม้. การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ; 2541.
9. Minassian DC. Visual impairment. In : Ebrahim S, Kalache A, editors. Epidemiology in Old Age. London: BMJ. Publishing Group ; 1996. p. 337.
10. สมชัย วงศ์เวชสวัสดิ์. The third national survey of blindness and its major cause in Thailand 1994. ลำปาง : กิจเสรีการพิมพ์ ; 2540.
11. Tuck M.W, Crick RP. The age distribution of primary open angle glaucoma. Ophthalmic Epidemiology 1998 ; 5 :173-83.
12. อังคณา เมธีไตรรัตน์, งามแข เวียงวรเวทย์, อภิชาติ สิงคาลวณิช, รจิต ตู้อัจฉินดา. Evaluation of screening tests and prevalence of glaucoma : Integrated health research program for the Thai elderly. จพสท. 2002 ; 85 : 147-53.
13. Bourne R, Sukdom P, Foster P, Tantisevi V, Jitapunkul S, Lee P. et al. Prevalence of glaucoma in urban Thailand ; a population-based survey in Rom Klao District, Bangkok. Br J Ophthalmol 2003, 87 : 1069-74.
14. วัฒนีย์ เย็นจิตร, สมชาย สมัยพร, ทวีศักดิ์ จงวิริยานุรักษ์, ภราดร สุขอุดม. ความชุกของต้อหินในประชากรจังหวัดลำปาง วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 มีนาคม-เมษายน 2547, 200-215.
15. The Thai Working Group on Burden of Disease and injuries, Ministry of Public Health. Burden of Disease and Injuries in Thailand. Priority Setting for Policy. Editors : Kanitta Bundhamcharoen, Yot Teerawatananon, Theo Vos and Stephen Begg. Printing House of The War Veterans Organization of Thailand Publisher, Under Royal Patronage of His Majesty the King. November 2000.
16. สมชาย สมัยพร, ประธาน เลิศมีมงคลชัย, พงษ์ศักดิ์ อนุจारी, ดารณี ชยาบูรณ์, ทวีศักดิ์ จงวิริยานุรักษ์, อภิวัฒน์ โพธิ์กำจร, วัฒนีย์ เย็นจิตร. ความชุกของเบาหวานในจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนของลำปาง. จักษุเวชสาร ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม- มิถุนายน 2544, 1-8.

ต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hypertrophy)

น.พ.ตนิยพันธ์ อัครสกุล
กลุ่มงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ
โรงพยาบาลราชวิถี

ต่อมลูกหมากโตเป็นเนื้องอกชนิดที่ไม่ใช่เนื้อร้ายภายในต่อมลูกหมาก เกิดขึ้นเนื่องจากการเติบโตและขยายตัวของเซลล์ในต่อมลูกหมากส่วน gland และ stroma ต่อมลูกหมากที่โตขึ้นจะกดท่อปัสสาวะ ทำให้เกิดอาการของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างลักษณะต่างๆ กันที่เรียกว่า LUTS (lower urinary tract symptoms)

BPH เป็นหนึ่งในปัญหาทางสุขภาพที่มีผลอย่างมากต่อสุขภาพของชายวัยทองที่อายุเกิน 50 ปี อาการแสดงของ BPH จะมีความแตกต่างกันในแต่ละผู้ป่วย อาการกลุ่มซึ่งถูกรวมเป็นกลุ่มอาการ LUTS ประกอบด้วยอาการ irritation และ obstruction อาการต่างๆ ดังกล่าวกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมากประกอบด้วย อาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะกลางคืนบ่อย ปัสสาวะไม่พุ่ง และความรู้สึกว่าปัสสาวะไม่หมด มีการทดลองในระยะหลังพบว่า อาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพทางเพศที่ลดลงด้วย ในกรณีนี้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง อาการ BPH จะนำมาสู่โรคแทรกซ้อน เช่น การอักเสบและติดเชื้อ ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะไม่ออก และการทำงานของไตถูกทำลายในที่สุด¹

อุบัติการณ์ของโรคหรือภาวะโรคต่อมลูกหมากโตไม่สามารถประมาณได้อย่างแน่นอน เพศชายที่มีอายุทุกคนจะมีโอกาสถึง 88 % ที่จะมีความผิดปกติของเนื้อเยื่อให้ตรวจได้จากชิ้นเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ในกลุ่มนี้จะมีโอกาสเกิดอาการได้ 50 % อาการดังกล่าวเรียกว่า BPO (benign prostatic obstruction)² BPH เป็นภาวะที่จะไม่รบกวนต่อชีวิต แต่จะทำให้คุณภาพชีวิตเลวลงเท่านั้น

การดำเนินโรค (natural history of BPH)

BPH ทุกคนไม่จำเป็นต้องเกิดอาการปัสสาวะไม่ออก และไม่จำเป็นจะต้องมีอาการมากกว่าอาการ ณ ปัจจุบันเสมอไป มีการศึกษาในปี 1969 ของ Craigen และคณะ ในผู้ป่วยชาย 212 คน อายุเฉลี่ย 70 ปี และมีอาการ LUTS หรือ AUR (Acute urinary retention) เป็นเวลา 4-7 ปี พบว่าเกือบจะครึ่งหนึ่งไม่ต้องการผ่าตัด หรือไม่มีอาการของ BPH เลย³ หลักฐานสนับสนุนอื่นๆ คือ การศึกษาของ Ball และคณะ ในปี 1981 ได้รายงานการติดตามอาการของผู้ป่วย LUTS 107 คน เป็นเวลา 5 ปี พบว่าผู้ป่วย 16 คน ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเท่านั้นที่มีอาการเลวลง 10/107 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และ 52 % ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง และมีผู้ป่วย 32 % เท่านั้นที่มีอาการดีขึ้น⁴

การศึกษาในระยะต่อไป มาได้พยายามจะหาข้อบ่งชี้ที่จะแยกผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด AUR (Acute Urinary Retention) ในกลุ่ม BPH และต้องการการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด Arrighi และคณะ ได้พยายามค้นหาปัจจัยเสี่ยง 3 ข้อ ที่ทำให้เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเกิดอาการ AUR และต้องได้รับการผ่าตัดใน Baltimore Longitudinal Study of Aging พบว่า ปัจจัยทั้ง 3 ประกอบด้วย

1. การเปลี่ยนแปลงขนาดและแรงของปัสสาวะ
2. ความรู้สึกปัสสาวะไม่หมด
3. ขนาดของต่อมลูกหมากโดยการตรวจ DRE

ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงมากจะมีโอกาสเกิด AUR และมีโอกาสต้องผ่าตัดสูง โดยที่ถ้าผู้ป่วยมี 1 ปัจจัยมีโอกาส 9 % ถ้ามี 2 ปัจจัยมีโอกาส 16 % และ 37 % ถ้ามี 3 ปัจจัย อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกอย่าง ซึ่งไม่ขึ้นกับปัจจัยอื่น ผู้ที่มีอายุ > 70 ปี และมี 3 ปัจจัยเสี่ยงมีโอกาสเกิด AUR และต้องผ่าตัดสูงถึง 11 เท่า เทียบกับ ผู้ที่มีอายุไม่เกิด 40 ปี⁵

การศึกษาที่มีชื่อเสียงคือ Olmsted country study ได้นำการรักษาแบบ Population-based longitudinal study ทำใน Olmsted country, Minnesota ในบริเวณรอบ Mayo clinic ได้ศึกษาผู้ชาย > 2,000 คน อายุ 40-79 ปี ซึ่งไม่มีโรคที่จะรบกวนการทำงานของระบบปัสสาวะ พบว่า peak urinary flow rates (Q max) จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นโดยประมาณ 2 ml/sec ทุกๆ 10 ปี⁶ ร่วมกับขนาดของต่อมลูกหมากที่โตขึ้น 0.6 ml.ต่อปี ผู้ที่มีขนาดต่อมลูกหมากโตกว่าปกติ 3 เท่า มีแนวโน้มจะมีอาการ LUTS มากขึ้น (> 40 ml.)⁷ และกลุ่มนี้ก็มีโอกาสที่จะมีอาการต่างๆ มากกว่าคนปกติ 2 เท่า และโอกาสที่มีอาการจะรบกวนการดำรงชีวิตประจำวันเป็น 2 เท่า ในกลุ่มที่มีขนาดต่อมลูกหมากโตกว่า 30 ml. มีโอกาสเกิด AUR มากกว่าปกติ 3 เท่า⁸ ความรุนแรงของอาการในกลุ่ม LUTS มีความสัมพันธ์ผกผันอย่างมากกับสุขภาพกายและใจของผู้ป่วย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของอาการ LUTS และสุขภาพของผู้ป่วย

Age-adjusted odd ratio for symptom severity			
	น้อย	ปานกลาง	มาก
Role limitation - physical	2.5	3.8	15.7
Physical Functioning	2.1	2.9	5.3
General health perception	1.5	2.7	7.2
Energy / fatigue	1.9	3.0	9.2
Social functioning	1.0	2.0	6.6
Mental health	1.3	2.3	4.4
Role limitation - emotional	1.9	2.9	8.7

มีการศึกษาหลายอันที่บ่งชี้ว่าการให้ยาในกลุ่ม 5- α reductase inhibitor และการใช้ α -blockers สามารถเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรค BPH ได้ การรักษาผู้ป่วยด้วยยาหรือการผ่าตัดด้วยกล้องจะทำให้โอกาสเกิด AUR ในผู้ป่วยลดลงได้⁹

ระบาดวิทยาของ BPH

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะ BPH ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ประวัติครอบครัว บุหรี่ โรคเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และเบาหวาน) และพื้นที่ของประชากร อุบัติการณ์เกิดภาวะ BPH จะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี^{10,11} และพบสูงสุดในชาว African American ขณะที่พบอัตราเกิดต่ำสุดในชาวญี่ปุ่น แต่อย่างไรก็ดีในชาวจีนและญี่ปุ่นที่ย้ายถิ่นฐานเข้าไปในประเทศทางตะวันตกมีอุบัติการณ์มากขึ้นแสดงว่าสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะอาหารอาจมีบทบาทสำคัญ¹²

อุบัติการณ์ของโรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นโดยไม่จำเป็นจะต้องมีภาวะ BPH หรือไม่ มีคำอธิบายว่าเป็นเพียงโรคที่บังเอิญเกิดร่วมกันเท่านั้น¹³ ในทางตรงกันข้าม BPH กลับมีอุบัติการณ์ลดลงในผู้ป่วยโรคตับแข็ง อาจเนื่องมาจากกลุ่มดังกล่าวมีการหลั่งฮอร์โมนเพศหญิงออกมามาก¹⁴

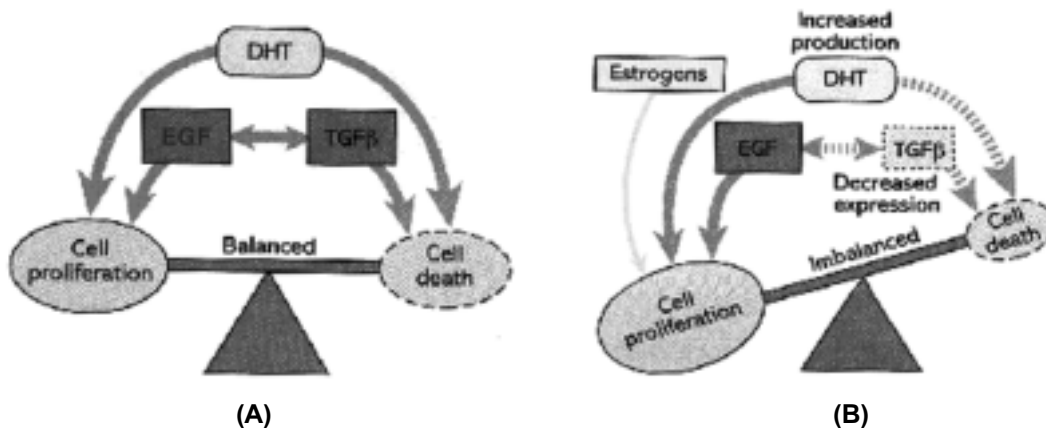
ประวัติครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดอาการ BPH มีการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) พบว่าผู้ที่มีประวัติในครอบครัวมีโอกาสเกิดอาการ BPH มากกว่า ฮอร์โมนที่เชื่อว่ามีส่วนคือ androgen-independent growth factor ในกลุ่มฝาแฝดแท้ (monozygotic twin) จะพบมีโอกาสเกิด BPH มากกว่าฝาแฝดเทียม (dizygotic twins) แสดงให้เห็นว่ายีนอาจมีส่วนในการเกิด BPH

บทบาทของบู่หรี่ในฐานะที่เป็นส่วนผสมของสารก่อมะเร็งเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้เร็วขึ้น ทำให้สามารถพบ BPH ในต่อมที่มีขนาดเล็กลง ก่อให้เกิดข้อถกเถียงอย่างมากว่า บู่หรี่มีคุณสมบัติป้องกัน BPH หรือไม่เกี่ยวข้องกัน การศึกษาแบบ cross-sectional study ได้พบความสัมพันธ์ในเชิงกลับอย่างอ่อนๆ ระหว่าง BPH และบู่หรี่¹⁷ ถึงแม้การศึกษาในปัจจุบันจะไม่พบความสัมพันธ์เลย¹⁸

สาเหตุของ BPH (Etiology)

การเกิด BPH จะเกิดขึ้นได้ต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 2 อย่าง คือ อายุ (ageing) และอณูวะ เป็นส่วนสำคัญที่สุดในการเกิด BPH¹⁹ ต่อมลูกหมากเป็นอวัยวะที่ประกอบด้วย กลุ่มของเนื้อเยื่อชนิด glandular elements ผังตัวอยู่ในเนื้อเยื่อที่เรียกว่า stroma การเจริญเติบโตของต่อมลูกหมากขึ้นอยู่กับฮอร์โมนเพศชาย ฮอร์โมนเพศชายอิสระ (free testosterone) เข้าในเซลล์ของต่อมลูกหมาก และมากกว่า 90 % ถูกเปลี่ยนเป็น DHT (dihydrotestosterone) โดยเอนไซม์ 5 α - reductase ขบวนการนี้เกิดกลับไม่ไปมาได้ (irreversible) DHT จะเกาะกับตัวรับสัญญาณบน nucleus ทำให้เกิดปฏิกิริยา transcription และ transtations ของ growth factors ตามมา ผลจากสารดังกล่าวทำให้เกิด stromal และ epithelial hyperplasia¹¹ อย่างไรก็ตามก็ควรจะสังเกตว่า BPH ในมนุษย์ไม่ได้เกิดร่วมกับระดับ BPH ที่สูงเสมอไป²⁰

ปัจจัยอื่นๆ ที่เชื่อว่าทำให้เกิด BPH ได้แก่ การลดจำนวนของเซลล์ซึ่งจะถูกทำลายลงตาม programe เรียกว่า stem cell hypothesis มีความเชื่อว่า transforming growth factor β (TGF β) เป็นสารที่กระตุ้นกระบวนการเหล่านี้ให้เกิดสมดุล ในกรณีที่เกิดความไม่สมดุลของกระบวนการเซลล์เกิดและตายจะทำให้ต่อมลูกหมากเกิดโตขึ้น โดยเฉพาะใน transitional zone²¹ ดังในรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงปฏิกิริยาของเซลล์เกิดและตายในขณะที่สมดุล (A) และไม่สมดุล (B)

สมมติฐานที่ 2 ที่พยายามอธิบายสาเหตุการเกิด BPH คือ Embryonic reawakening ได้พยายามอธิบายการเกิด BPH ว่าเนื่องจาก urogenital sinus mesenchyme สามารถกระตุ้นให้เกิดการเติบโตของ prostatic epithelium ทั้ง in vivo และ in vitro บทบาทในการ induce ของ stromal cellular component ให้เกิด BPH อาจอธิบายการเกิด BPH nodule ในบั้นปลายชีวิตได้²²

สมมติฐานอื่นคือ ความไม่สมดุลของ DHT (DHT or altered steroid hormone environment hypothesis) ดังได้อธิบายในข้างต้นแล้ว สมมติฐานสุดท้ายที่พยายามอธิบายคือ TEP - NATF hypothesis ได้อธิบายว่า BPH ของมนุษย์เป็นปรากฏการณ์ที่เหนียว ทำให้เกิดขึ้นโดยเริ่มจากการสัมผัสสารจำพวก mitogens ซึ่งสร้าง

และปล่อยออกมาโดย testis / epididymis มาสัมผัสกับ periurethral prostate สารเหล่านี้เรียกว่า testis / epididymis prostate mitogens (TEP) ประกอบด้วย androgen independent และ androgen synergistic proteins ร่วมกับ testosterone ในความเข้มข้นที่สูงกว่าในเลือด สารเหล่านี้จะถูกส่งมายังท่อปัสสาวะ ผ่านท่อนำน้ำเชื้อ (ejaculatory duct) สารนี้จะกระตุ้นให้เซลล์ของต่อมลูกหมากแบ่งตัว โดยเฉพาะในส่วนของ stroma ในบริเวณรอบและข้างท่อปัสสาวะ (para and periurethra) ทำให้ต่อมลูกหมากโตขึ้น²³

สมมติฐานเกี่ยวกับสาเหตุของ BPH

1. DHT or altered steroid hormone environment hypothesis
2. Embryonic reawakening hypothesis
3. Stem cell hypothesis
4. TEP - NATF (testis / epididymis prostate Nonandrogenic prostate growth stimulating testicular factor) hypothesis

พยาธิสรีรวิทยาและการแสดงทางคลินิก (pathophysiology and clinical manifestations)

ตำแหน่งทางกายวิภาคของต่อมลูกหมากจะวางอยู่บริเวณคอกระเพาะปัสสาวะ (bladder neck) และล้อมรอบท่อปัสสาวะ การจัดวางตำแหน่งดังกล่าวทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรคหรือภาวะต่อมลูกหมากโต แต่ความรุนแรงของการอุดตัน (obstruction) ไม่ได้แปรกับขนาดของต่อมลูกหมาก องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดอาการต่อมลูกหมากอุดตัน (BOO = bladder outlet obstruction) และกลุ่มอาการที่เรียกว่า LUTS (lower urinary tract symptom) คือ ส่วนที่เรียกว่า static และ dynamic obstruction²⁴

Static component ของ BPH จะแปรโดยตรงกับขนาดของต่อมลูกหมาก ขนาดของต่อมลูกหมากที่โตขึ้นเกิด BOO มากขึ้นด้วย ผลของการรบกวนจะเกิดอาการลำปัสสาวะอ่อนแรงหลังปัสสาวะเสร็จ มีปัสสาวะหยดตาม ปัสสาวะออกบ่อยและปัสสาวะกลางคืน ถ้าภาวะอุดตันเป็นมากขึ้นโดยไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดปัญหาต่อระบบปัสสาวะส่วนบน คือ ไต อาจเกิดภาวะไตวาย อัตราส่วนของ stroma : epithelium เพิ่มขึ้นจาก 2 : 1 เป็น 5 : 1 ใน BPH

ในต่อมลูกหมากนอกจากส่วนของ epithelium และ stroma แล้ว ยังประกอบด้วยกล้ามเนื้อเรียบอีกด้วย ความตึงตัว (tone) ของกล้ามเนื้อเรียบเป็นส่วนประกอบสำคัญที่ทำให้เกิด dynamic component โดยปกติกล้ามเนื้อเรียบพบได้ถึง 39 % ของปริมาตรเซลล์ของต่อมลูกหมาก และ 51 % ของปริมาตรของส่วน stroma ของ BPH α 1 - adrenoceptors เป็นตัวรับสัญญาณจากระบบประสาทอัตโนมัติที่สำคัญของ stromal cells ขณะที่ α 2 - adrenoceptor จะอยู่ที่ epithelium และเส้นเลือด 98 % ของ α 1 - receptor พบใน stroma ของต่อมลูกหมาก พบเป็น 6 เท่าของส่วนต่อม (glandular part) การที่พบ α 1 - receptor เป็นจำนวนมากในต่อมลูกหมากจะอธิบายถึงบทบาทของ α 1 - adrenoceptor inhibitor ในการรักษาภาวะปัสสาวะผิดปกติจาก BOO²⁴

กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะเป็นปัจจัยอีกอย่างที่ทำให้เกิดอาการ BPH ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะบีบตัวเอง (involuntary detrusor contraction) พบได้ > 50 % ของผู้ป่วย BPH ส่วนประกอบที่ทำให้เกิดอาการส่วนที่ 3 คือ การเกิดภาวะ detrusor instability และภาวะที่กระเพาะปัสสาวะไม่บีบตัว (impaired bladder contractility) เมื่อภาวะ BOO เกิดขึ้นทำให้ความต้านทานของต่อมลูกหมากเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะขยายตัวมากขึ้น เมื่อถึงจุดที่ไม่สามารถจะรักษาสมดุลได้ สาร collagen จะฝังตัวเข้าไปในกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ทำให้กระเพาะปัสสาวะถึงจุดที่รักษาสมดุลไม่ได้ และหยุดบีบตัวในที่สุด ในทางตรงข้ามกระเพาะปัสสาวะที่บีบตัวบ่อยหรือ irritable bladder เนื่องจากการขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemia) ของระบบปัสสาวะอัตโนมัติในกระเพาะปัสสาวะในขณะที่กำลังขับถ่าย กระบวนการดังกล่าวถ้าดำเนินต่อไปจะทำให้เกิดความเสียหายต่อระบบประสาทอัตโนมัติ เมื่อขาดการควบคุมจากระบบประสาท

ทำให้การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะขึ้นอยู่กับกล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียว การขาดส่วนควบคุมจากระบบประสาทส่วนบน ทำให้เกิดการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะในด้านที่ที่เริ่มมีปัสสาวะเข้าในกระเพาะปัสสาวะเกิดการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะห้ามไม่ได้เมื่อปวด และปัสสาวะกลางคืนบ่อย ความดันที่สูงในกระเพาะปัสสาวะจะคงอยู่ไม่ได้นาน ทำให้การบีบตัวหยุดลง และเริ่มบีบตัวใหม่อีกทำให้เกิดอาการปัสสาวะเป็นช่วงๆ (intermittency) และอาการปัสสาวะไม่หมด (incomplete emptying) หรือถ้ามากขึ้นไปจนกล้ามเนื้อไม่สามารถบีบตัวซึ่งจะทำให้เกิดอาการปัสสาวะค้าง (residual urine)²⁵

อาการ LUTS ร่วมกับ BPH สามารถเกิดร่วมกับโรคอื่นๆ ได้ อาการอาจแบ่งได้เป็น obstruction และ irritation อาการ irritation มักจะเกิดจาก detrusor instability และ bladder dysfunction อาการ obstruction ได้แก่ ลำปัสสาวะไม่พุ่ง (weak stream) ปัสสาวะต้องรอ (hesitancy) ปัสสาวะหยดเมื่อสุด (postvoid dribbling) ปัสสาวะไม่สุด (incomplete emptying) และอาจเกิดภาวะปัสสาวะไม่ออก อาการ irritation มักประกอบด้วย ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะกลางคืน ปัสสาวะกลั้นไม่ได้ถ้าปวดปัสสาวะ ปัสสาวะเล็ดและมีอาการปวด อาการของต่อมลูกหมากข้างต้นบางครั้งเรียกว่า “Prostatism” ซึ่งในระยะหลังได้ถูกแทนที่ด้วยคำว่า LUTS²⁴

การวินิจฉัย (diagnosis)

BPH เป็นโรคต่อมลูกหมากที่พบได้บ่อยที่สุด พบได้ถึง 80 % ของโรคต่อมลูกหมาก ผู้ป่วยซึ่งสงสัยว่าเป็นโรค BPH หรือไม่ ควรได้รับการประเมินอย่างละเอียดถึงภาวะดังกล่าว ตามขั้นตอนพื้นฐานดังต่อไปนี้

1. การประเมินทางประวัติและอาการ
2. ตรวจร่างกายโดยเฉพาะ DRE
3. การตรวจปัสสาวะสมบูรณ์แบบ
4. ตรวจ PSA

ประวัติและการประเมินอาการ (history and symptom assessment) การประเมินผู้ป่วยมีอาการ LUTS สิ่งสำคัญอันดับแรกคือ ต้องแน่ใจว่าอาการต่างๆ เกิดจาก BPH ไม่ใช่โรคอื่น (ตารางที่ 3) ลำดับที่ 2 คือ ต้องแน่ใจว่าอาการที่เกิดไม่ได้มาจากนิ้วในกระเพาะปัสสาวะ ภาวะติดเชืหรือภาวะไตวาย การซักประวัติอย่างละเอียด การตรวจร่างกายอย่างเจาะจง และการตรวจพิเศษบางอย่างจะช่วยให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

ตารางที่ 3 แสดงการวินิจฉัยแยกโรค BPH กับโรคที่มีอาการ LUTS อื่นๆ

Malignancy	Inflammation	Neurological
- Prostate cancer	- Bladder stone	- Parkinson's disease
- CIS (bladder)	- Interstitial cystitis	- Cerebrovascular event
Infection	Mechanical	- Multiple sclerosis
- Bacteria	- Urethral stricture	- Bladder neck dysnergia
- Tuberculosis / bilharzia	- Severe phimosis	Drug induced
		- Antidepressants
		- Anticholinergics
		- Diuretics

การประเมินภาวะ LUTS มักจะใช้ Symptom Score Sheet (ตารางที่ 4) ที่นิยมที่สุด คือ IPSS (International Prostate Symptom Score)²⁵

ตารางที่ 4 แสดง INTERNATIONAL - PROSTATE SYMPTOM SCORE (I-PSS)

แบบสอบถามอาการของต่อมลูกหมาก (ฉบับนานาชาติ) (I-PSS)						
หัวข้อ	ไม่เคย	ประมาณ 1 ใน 5 ครั้ง	ประมาณ 1 ใน 3 ครั้ง	ประมาณ 1 ใน 2 ครั้ง	ประมาณ 2 ใน 3 ครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง
1. Incomplete emptying ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมาหลังจากที่คุณถ่ายปัสสาวะเสร็จแล้ว คุณรู้ว่าถ่ายปัสสาวะไม่สุดบ่อยแค่ไหน	0	1	2	34	4	5
2. Frequency ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณต้องถ่ายปัสสาวะซ้ำอีกหลังจากที่ถ่ายปัสสาวะครั้งที่แล้วไปไม่ถึงสองชั่วโมงบ่อยแค่ไหน	0	1	2	34	4	5
3. Intermittency ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ขณะที่กำลังถ่ายปัสสาวะ คุณต้องหยุดและเริ่มถ่ายปัสสาวะใหม่หลายๆ ครั้งบ่อยแค่ไหน	0	1	2	34	4	5
4. Urgency ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา เมื่อคุณปวดอยากถ่ายปัสสาวะ คุณพบว่าคุณกลั้นปัสสาวะไม่ได้บ่อยแค่ไหน	0	1	2	34	4	5
5. Weak stream ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณสังเกตเห็นว่า ปัสสาวะมีความแรงลดลงและไม่พุ่งบ่อยแค่ไหน	0	1	2	34	4	5
6. Straining ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณต้องเบ่งเพื่อที่จะเริ่มถ่ายปัสสาวะบ่อยแค่ไหน	0	1	2	34	4	5
	ไม่เคย	1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 ครั้ง	4 ครั้ง	5 ครั้ง หรือมากกว่านั้น
7. Nocturia ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา หลังจากเข้านอนตอนกลางคืนจนกระทั่งตื่นนอนตอนเช้า โดยทั่วไปคุณต้องลุกขึ้นมาถ่ายปัสสาวะกี่ครั้ง	0	1	2	34	4	5
คะแนนรวม I-PSS (S) =						

INTERNATIONAL - PROSTATE SYMPTOM SCORE (I-PSS)

คุณภาพชีวิตอันเนื่องมาจากภาวะการปัสสาวะ							
หัวข้อ	พอใจมาก	พอใจ	ค่อนข้าง	ก้ำกึ่ง ระหว่าง พอใจกับ ไม่พอใจ	ค่อนข้าง ไม่พอใจ	ไม่ พอใจ	ไม่พอใจ อย่างมาก
1. Quality of life คุณจะมีชีวิต อย่างไร ถ้าคุณต้องมีชีวิตอยู่กับ ภาวะการถ่ายปัสสาวะอย่างที่เป็น อยู่ในขณะนี้	0	1	2	3	4	5	6
ดัชนีการประเมินคุณภาพชีวิต (L) =							

การตรวจร่างกาย (Physical examination) โดยเริ่มจากการตรวจร่างกายแบบทั่วไป ตรวจคลำหน้าท้อง ดูกระเพาะปัสสาวะ การตรวจระบบประสาท แล้วจึงมุ่งมาที่การคลำต่อมลูกหมากผ่านทางทวาร (DRE) ซึ่งจะสำคัญที่สุด การตรวจ DRE จะต้องประเมินความตึงของกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนัก เยื่อบุทวารหนัก ผิวของต่อมลูกหมาก ขนาด ความแข็งและนิ่ม (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงผลการตรวจต่อมลูกหมากโดยวิธี DRE

	BPH	Prostatitis	Prostate cancer
ขนาด	โต	โต	โตหรือปกติ
รูปร่าง	เรียบ สมมาตร (symmetry) มีร่องกลาง	เรียบ สมมาตร (symmetry)	ตุ่มนูน (nodule) ไม่สมมาตร (asymmetry) ไม่มีร่องกลางหรือด้านข้าง มี cranial extension แข็ง
Consistency	นิ่ม (rubbery)	บดเจ็บ firm or boggy ร้อน	แข็ง

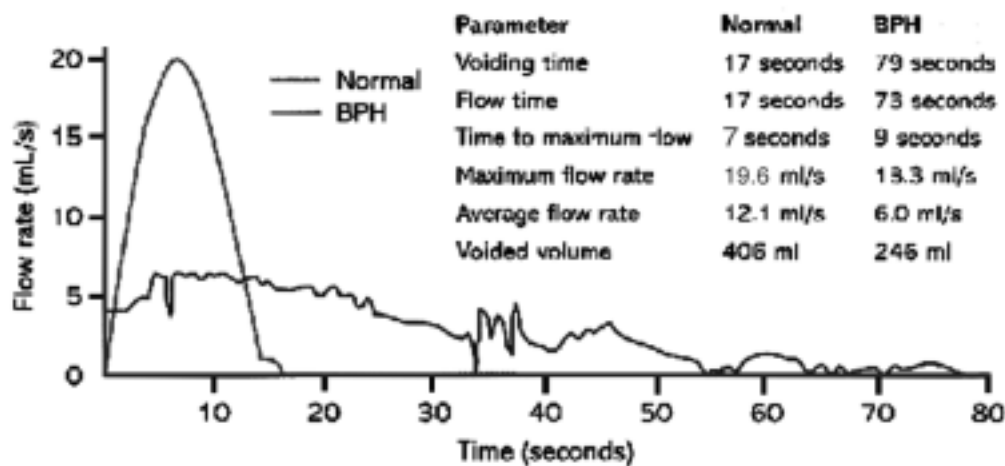
การตรวจปัสสาวะเป็นวิธีการที่จะตรวจหาความผิดปกติอื่นที่ทำให้เกิดอาการของ LUTS ได้แก่ UTI หรือมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น ในผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะจำเป็นต้องได้รับการตรวจระบบปัสสาวะโดยสมบูรณ์แบบ ส่วนเม็ดเลือดขาวเป็นการบ่งถึงความผิดปกติอื่นเนื่องมาจากการติดเชื้อ

การตรวจเลือดมีความสำคัญ ทั้งการตรวจวัดการทำงานของไต (creatinine) ซึ่งสามารถพบการเปลี่ยนแปลงของ Cr ใน 10 % ของผู้ป่วยซึ่งมีอาการ LUTS การตรวจวัด PSA เป็นการตรวจแยกมะเร็งต่อมลูกหมากซึ่งอาจจะปะปนมาในอาการ LUTS แม้ว่า PSA จะมี Specificity ไม่มากนัก แต่กลับมี Sensitivity สูงมากที่สุดในการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยเฉพาะถ้าใช้ร่วมกับ DRE²⁵ ดังในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงอุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมลูกหมากที่พบจากการตรวจ PSA ร่วมกับ DRE

PSA	อุบัติการณ์ (%)		
	< 4 ng/ml	4-10 ng/ml	> 10 ng/ml
Normal DRE	9	20	31
Abnormal DRE	17	45	77

การตรวจวัดความแรงของปัสสาวะ (uroflowmetry = UFM) เป็นวิธีการตรวจที่ถือว่าเป็น non-invasive test สำหรับผู้ป่วย การทำ UFM เป็นเครื่องชี้วัดว่า ในกลุ่มผู้ที่ยังมี peak flow rate ไม่ได้ลดลง จะได้รับประโยชน์น้อยจากการผ่าตัด กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีปัญหากจากภาวะกระเพาะปัสสาวะทำงานไว (Overactive bladder)



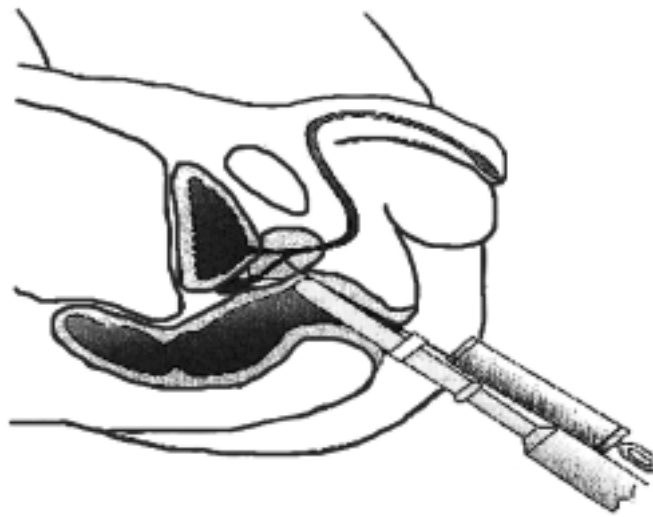
รูปที่ 2 แสดงภาพ Uroflowmetry ใน BPH และ Normal

UFM เป็นการวัดผลรวมของตัวแปรที่ทำให้เกิดภาวะอุดตัน ตัวแปรสำคัญที่สุด คือ Peak flow rate < 15 ml/sec ในปริมาตรปัสสาวะอย่างน้อย 150 ml. บ่งถึงภาวะเกิดการอุดตัน แม้ว่าในคนที่มีอายุ 70-80 ปี ค่า peak flow 10-15 ml/sec อาจจะปกติ แต่ในกรณีที่ลดต่ำกว่า 10 ml/sec จะบ่งชี้ถึงภาวะอุดตันจาก BPH แต่ UFM ไม่สามารถแยกภาวะอุดตันออกจากภาวะกระเพาะปัสสาวะไม่ทำงาน²⁶

การตรวจวัดจำนวนปัสสาวะคงเหลือในกระเพาะปัสสาวะ (residual urine, residual volume, postvoid residual = PVR) จะช่วยประเมินว่า ผู้ป่วยกลุ่มใดจะได้ประโยชน์จากการรักษาแบบเฝ้าดู (watchful waiting = WW) หรือการใช้ยา (medical treatment) โดยทั่วไปถ้า PVR > 200-300 ml. จะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดปัสสาวะไม่ออก (acute urinary retention = AUR) PVR ไม่สามารถใช้ในการวินิจฉัย BPH แต่ใช้ในการติดตามการรักษาแบบ WW และคาดเดาผลการรักษาเท่านั้น²⁷

การตรวจ pressure / flow เป็นการตรวจทาง urodynamics หรือตรวจวัดการทำงานของกระเพาะปัสสาวะทำได้โดยการใส่สายสวนปัสสาวะขนาดเล็กเข้าในกระเพาะปัสสาวะ และวัดความดันในกระเพาะปัสสาวะที่เพิ่มขึ้นในขณะที่กำลังเบ่งถ่ายปัสสาวะ วิธีการตรวจดังกล่าวจะช่วยแยกภาวะทางเดินปัสสาวะอุดตันออกจนภาวะกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่ทำงาน วิธีนี้เป็นวิธีที่ invasive แต่จะสามารถบ่งชี้ว่าในภาวะที่ไม่สามารถบ่งชี้การอุดตันใดๆ ก็ไม่จำเป็นต้องทำผ่าตัด²⁸

การตรวจอัลตราซาวด์ผ่านทางทวาร (transrectal ultrasonography = TRUS) จะตรวจในกรณีที่ มีข้อบ่งชี้จาก DRE และ / หรือ PSA ผิดปกติ ซึ่งบ่งชี้ไปยังมะเร็งต่อมลูกหมาก มักทำร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อเพื่อ พิสูจน์การทำ TRUS ยังมีประโยชน์ในการช่วยประมาณขนาดของต่อมลูกหมาก ดังในรูปที่ 3



รูปที่ 3 แสดงการตรวจต่อมลูกหมากด้วยอัลตราซาวด์ผ่านทางช่องทวารร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจหามะเร็ง

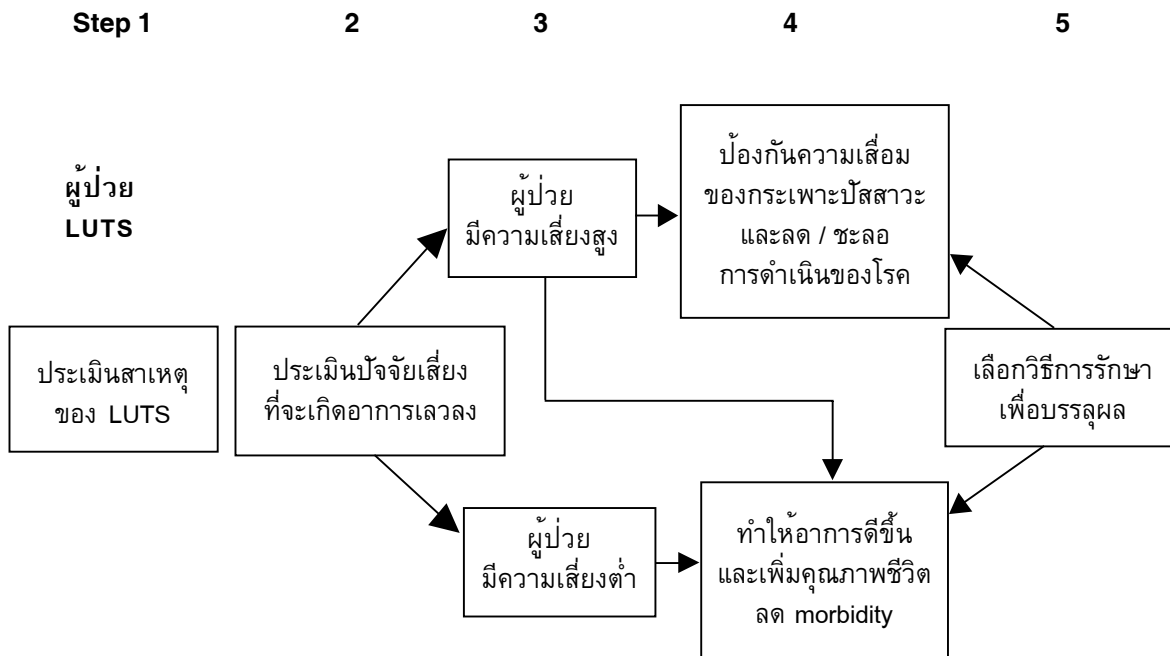
The total approach in LUTS / BPH management

ระบาดวิทยาของ LUTS โดยการศึกษา community-based epidemiological surveys พบว่า 25 % ของ เพศชายที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีอาการ LUTS (โดยนิยามว่ามี IPSS ≥ 8) และอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น สาเหตุของ LUTS ในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบบ่อยเกิดจาก B00 ซึ่งมักเกิดจาก BPH ดังนั้นเมื่อประชากรมี ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและช่วงดำรงชีวิต (life expectancy) เพิ่มมากขึ้นจะทำให้อุบัติการณ์ LUTS เพิ่มมากขึ้น

อาการปัสสาวะผิดปกติ (ได้แก่ อาการปัสสาวะไม่พุ่ง ต้องรอปัสสาวะเป็นช่วงๆ และปัสสาวะหยุด เมื่อเสร็จ) จะเกิดขึ้นได้มากกว่าอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะกลางคืน กลั้นปัสสาวะไม่อยู่) แต่จะเป็นปัญหาต่อคุณภาพชีวิตมากกว่า ปัญหาของคุณภาพชีวิตเป็นปัญหาหลักทำให้ผู้ป่วยมองหา ยาเพื่อลดอาการต่างๆ โรคแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุดของความผิดปกติดังกล่าว คือ อาการปัสสาวะไม่ออก (AUR = acute urinary tract obstruction) ซึ่งเชื่อว่าเกิดจาก B00 ทำให้เกิดผลต่อกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถบีบตัวได้²⁹ การจัดการโดยวิธีการ total approach มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันหรือยืดเวลาของอาการที่จะรุนแรงขึ้น และป้องกัน โรคแทรกซ้อน เช่น ภาวะ B00 ที่ทำให้การทำงานของกระเพาะปัสสาวะเกิดเปลี่ยนแปลง และเกิดภาวะ AUR และ/หรือเพื่อปรับการรักษาไปสู่การผ่าตัด จุดเริ่มต้นของการจัดการแบบ total approach คือการประเมินสาเหตุ ของ LUTS ภาวะ LUTS/BPH จะมีการดำเนินของโรคแตกต่างกัน total approach จะต้องชี้หาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ ภาวะดังกล่าวดำเนินไปอย่างรวดเร็ว

มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของ LUTS/BPH ที่จะมีอาการเลวลงจนกระทั่งเกิดภาวะ AUR พบว่า อายุ ≥ 70 ปี ภาวะที่มี IPSS ≥ 20 ภาวะ B00 การมีปัสสาวะพุ่งออกไม่แรง (low maximum flow rate > 12 ml/sec) PVR > 300 ml และปริมาตรต่อมลูกหมาก ≥ 40 ml หรือ PSA ≥ 2 ng/ml³⁰ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย มีอาการเลวลงจนเกิด AUR แต่ในการทำแบบสอบถามถึงแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะนานาชาติในปี 2002 เชื่อว่า PVR ที่สูง อาการทางระบบปัสสาวะที่รุนแรง และภาวะอุดตันรุนแรง (low Q max เป็นต้น) เป็นปัจจัยเสี่ยง สำคัญที่สุด ตามด้วยอายุและคุณภาพชีวิตที่ลดลง (IPSS Q ol ≥ 4) สำหรับปริมาตรของต่อมลูกหมากและขนาด ของกระเพาะปัสสาวะเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญน้อยที่สุด

มีการศึกษาถึงผลกระทบของการรักษาด้วยยาต่อการป้องกันหรือการลดการเกิดความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ พบว่า α 1 - adrenoceptor เช่น doxazosin และ tamsulosin สามารถป้องกันความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะได้ในสัตว์ทดลอง ข้อมูลขั้นต้นที่มีปรากฏในผู้ป่วย BPH บ่งชี้ว่า tamsulosin มีผลเช่นเดียวกันในมนุษย์ด้วย³¹ มีการศึกษาถึงผลของการเกิด AUR หลังการให้ยาเป็นเวลา 1 ปี พบว่า α 1 - adrenoceptor antagonists (เช่น tamsulosin) จะลดการเกิด AUR ได้มากกว่ายาหลอก และอัตราการเกิด AUR ไม่สูงกว่าเมื่อใช้ α - reductase inhibitor การใช้ α 1 - AR antagonist และ finasteride ลดอัตราเสี่ยงการดำเนินอาการที่เลวลง (ใช้นิยามว่า IPSS \geq 4 และ/หรือการเกิด AUR การเกิดภาวะทางเดินปัสสาวะอักเสบติดเชื้อ หรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากทางเดินปัสสาวะ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือภาวะไตวาย) เทียบกับยาหลอก³²



รูปที่ 4 แสดงการดูแลภาวะ LUTS/BPH : The total approach

การรักษาโดยการเฝ้าระวัง (Watchful waiting = WW)

การใช้วิธีการรักษาแบบ WW จะเหมาะสมในผู้ป่วยที่มีอาการ BPH ไม่มากนัก (IPSS \leq 8) โดยที่ ต้องไม่มีความเสี่ยงของมะเร็งต่อมลูกหมาก การรักษาจะประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำปริมาณมากเวลากลางคืน
2. การประเมินอาการทางคลินิกและการตรวจเลือดและปัสสาวะเป็นระยะๆ ปี
3. การติดตาม PSA ในผู้ป่วยที่คิดว่าจะมีชีวิตยืนยาวเกิน 10 ปี เพื่อลดอัตราเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก และโรคที่จะเลวลง

การผ่าตัดรักษาภาวะ BPH

การผ่าตัดใน BPH มีข้อบ่งชี้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาแทรกซ้อนจาก BPH การผ่าตัดมีหลายวิธีการด้วยกัน ในศตวรรษที่ 19 White ได้ทำการตัดอั้นหะผู้ป่วยมากกว่า 100 ราย เพื่อรักษาผู้ป่วย BPH²⁵ การผ่าตัดด้วยกล้องผ่านท่อปัสสาวะ (TURP) ได้มีการทำครั้งแรกในปี 1930 ซึ่งในขณะนั้นยังมีปัญหาโรค

แทรกซ้อนจนถึงแก่ชีวิตประมาณ 25 %³³ หลังจากนั้นจึงมีการพัฒนาผลงานใหม่ๆ มาใช้ในการรักษามากมาย ได้แก่ อัลตราซาวด์ ไมโครเวฟ และเลเซอร์ อย่างไรก็ตามวิธีการทำ TURP ยังคงเป็น gold standard ในการรักษา BPH การผ่าตัดซึ่งได้รับการยอมรับให้เป็นวิธีการมาตรฐานมี 3 วิธี คือ

- transurethral resection of the prostate (TURP)
- transurethral incision of the prostate (TUIP)
- open prostatectomy

TURP เป็นการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยใช้กล้องผ่านท่อปัสสาวะ แม้ว่าการวินิจฉัยของ BPH จะมากขึ้นในปีต่อๆ มา แต่การผ่าตัด TURP กลับลดลง เนื่องจากวิธีการรักษาใหม่ๆ ในปัจจุบันทั้ง watchful waiting การใช้ vaporization, microwave และการผ่าตัดด้วยเลเซอร์ ในปัจจุบัน 20 % ของผู้ป่วยที่มีอาการต่อมลูกหมากอุดตัน (B00) ได้รับการรักษาด้วย TURP โดยวิธีการนี้สามารถลด IPSS ได้ 75 % เพิ่มอัตราการไหลของปัสสาวะได้ 125 % โดยมีอัตราการผ่าตัดซ้ำใหม่ 2 % ต่อปี³⁴ ข้อบ่งชี้ในการทำ TURP เหมือนกับการผ่าตัดอื่นในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

-
- AUR (acute urinary retention)
 - Chronic urinary retention due to prostatic obstruction
 - Recurrent UTI/hematuria
 - Bladder stones secondary to BPH
 - Renal insufficiency due to BPH
 - Large bladder diverticulum/diverticula
 - Bothersome LUTS persisting after medical therapy
 - Patient preference
-

TUIP เป็นวิธีการผ่าตัดคล้ายกับ TURP แต่ใช้ในกรณีที่ต่อมลูกหมากมีขนาดไม่โตนัก โดยจะใช้ขนาดไม่เกิน 30 กรัม เป็นเครื่องบ่งชี้ การผ่าตัดจะตัดผ่านคอกระเพาะปัสสาวะ (bladder neck) จนถึงบริเวณ verumontanum

Open prostatectomy ในปัจจุบันแม้ว่าจะไม่ได้รับความนิยมมากนัก แต่ก็ยังมีข้อบ่งชี้ให้ทำในกรณีของต่อมลูกหมากซึ่งโตมาก และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติอื่นร่วมด้วย ได้แก่ นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น การผ่าตัดโดยวิธีการเปิดหน้าท้องมีประสิทธิผลสูงมาก สามารถลด IPSS ได้ 88 % และเพิ่มความแรงของปัสสาวะ (Q max) ได้ 230 % แต่อย่างไรก็ดี morbidity และ mortality สูง และจะมีช่วงเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลนาน²⁵

Minimal invasive treatment

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วย BPH ได้มีการพัฒนาตามวิทยาการที่ก้าวหน้าขึ้น แม้ว่าจะไม่ได้เป็นการรักษาที่มาตรฐาน แต่เป็นทางเลือกที่มุ่งไปสู่การรักษาเพื่อลดปริมาตรของ transitional zone และจะทำให้ static component ลดลงด้วย วิธีการรักษาดังกล่าวแบ่งได้ดังนี้

- Prostatic stents
- Electrovaporization
- Laser ablation
- Transurethral needle ablation (TUNA)
- Transurethral microwave thermotherapy (TUMT)

Conclusions for the decision

การรักษาและการดูแลผู้ป่วย BPH กำลังมีความก้าวหน้าอย่างมากในประเทศไทย โดยเฉพาะการที่แนวโน้มของประชากรสูงอายุกำลังมากขึ้น ยาต่างๆ กำลังมีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น และได้สร้างแรงกดดันอย่างมากต่อการรักษาผู้ป่วย ทำให้ค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้เพิ่มมากขึ้น แต่ก็ได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย การเตรียมพร้อมทั้งกับจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นทำให้บุคลากรต้องมีความตื่นตัวในการวินิจฉัยโรค BPH และมะเร็งต่อมลูกหมากให้มากขึ้น ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะไม่ค่อยมาพบแพทย์ เนื่องจากอาการทางระบบปัสสาวะ (ตารางที่ 8) ในหลายสาเหตุ จึงเป็นหน้าที่ของทุกๆ คนในระบบสุขภาพจะต้องช่วยกันผลักดันให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ตารางที่ 8 แสดงสาเหตุที่ผู้สูงอายุมักไม่พบแพทย์เมื่อมีความผิดปกติของระบบปัสสาวะ

-
- ความคิดว่าอาการที่เกิดจากส่วนของโรคสูงอายุ
 - ความกลัวการถูกตรวจด้วย DRE
 - ความกลัวการผ่าตัด
 - ความกลัวที่จะถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก
 - ความรู้สึกไม่อยากพบแพทย์
-

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค BPH การจะตัดสินใจเลือกวิธีใดมารักษามีข้อพิจารณาอยู่ 6 ประการ คือ

1. ความรุนแรงของโรคในเวลานั้น
2. ความเสี่ยงของอาการที่จะดำเนินต่อไป
3. ประสิทธิภาพของการรักษาในระยะยาว และอัตราการรักษาใหม่
4. โรคแทรกซ้อนจากการรักษา
5. ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาได้เอง
6. Cost-effectiveness

โดยทั่วไป วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด มักจะตามมาด้วยความเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนสูงที่สุดด้วย ทางเลือกสำหรับผู้ป่วยจึงอยู่ที่การนำเสนอข้อดีข้อเสียของวิธีการรักษาผู้ป่วยต่างๆ มาเปรียบเทียบในลักษณะแนวคิดที่เรียกว่า "Balance sheet concept"³⁵ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบในแง่ต่างๆ ของการรักษา BPH ด้วยยา และ/หรือการผ่าตัด

Comparison of surgical and medical therapies for BPH

Outcome	Watchful waiting	5 α - reductase inhibitor	α 1 - blocker	Microwave thermotherapy	TURP
Improvement in symptom score experienced by average patient after 1 year (%)*	10-20	20-35	30-50	30-60	70-80
Reduction in acute retention and need for future invasive treatment (%)**	NA	30-50	Unknown	Unknown	Unknown
Treatment-related mortality (%) [†]	None	None	None	None	0.2-1.5
Morbidity / side-effects (%)	1-5	3-12	5-20	5-15	9-20
Risk of total urinary incontinence (%) [‡]	None reported	None reported	None reported	None reported	0.2-1
Risk of erectile dysfunction (%) [‡]	2	2-3	2	Uncertain, but low	2-5
Rise of impaired ejaculation (%) [€]	None	2-3	1-2	Uncertain, but low	70-90
Estimated work time lost (days)	1	1-2	1-3	2-5	7-21
Estimated length of hospital stay (days)	0	0	0	0-1	1-4

* Microwave data dependent on the device and energy delivered. Finasteride response dependent upon prostate volum.

** 2-year and 4-year data available only for finasteride and refer to the reduction in risk relative to placebo.

[†] Surgical mortality dependent on baseline comorbidities.

[‡] In the best designed trial to date, the risk of erectile dysfunction and incontinence following TURP was no different from that in men assigned to watchful waiting.

[€] Surgery produces retrograde ejaculation, while finasteride decreases semen volume NA, not applicable.

ข้อมูลดังกล่าวที่ให้กับผู้ป่วยจะช่วยให้การตัดสินใจให้แก่ผู้ป่วยทั้งในการเลือกวิธีการรักษาและเพื่อความเข้าใจเมื่อเกิดโรคแทรกซ้อนซึ่งจะเกิดในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Rochrborn CG. Introduction. *Urology* 2000 ; 56 (Sup 5A) ; 1-2.
2. Carter HB, Coffey DS. The prostate : an increasing medical problem *Prostate* 1990 ; 16 : 39-48.
3. Craigen AA, Hickling JB, Saunders CRG. Natural history of prostatic obstruction : a prospective survey. *JR Coll Gen Practit* 1969 ; 18 : 226-32.
4. Ball AJ, Feneley RCL and Abrams PH. The natural history of untreated "prostatism". *Br J Urol* 1981 ; 53 : 613-6.
5. Arrighi HM, Guess HA, Metter EJ et al. Symptoms and signs of prostatism as risk factors for prostatectomy. *Prostate* 1990 ; 16 : 253-61.
6. Girman CJ, Panser LA, Chute CG, et al. Natural history of prostatism : urinary flow rates in a community-based study. *J Urol* 1993 ; 150 : 887-92.
7. Girman CJ, Jacobson SJ, Rhodes T, et al. Association of health-related quality of life and benign prostatic enlargement. *Eur Urol* 1999 ; 35 : 277-84.
8. Roberts RO, Jacobsen SJ, Rhodes T, et al. Natural history of prostatism : impaired health states in men with lower urinary tract symptoms. *J Urol* 1997 ; 157 : 1711-17.
9. Kirby RS. The natural history of benign prostatic hyperplasia what have we learned in the last decade? *Urology* 2000 ; 56 (5A) : 3-6.
10. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, et al. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J Urol* 1984 ; 132 : 474-9.
11. Isaacs JT, Coffey DS. Etiology and disease process of benign prostatic hyperplasia. *Prostate* 1989 ; 2 (suppl) : 33-50.
12. Ekman P. BPH epidemiology and risk factors. *Prostate* 1989 ; 2 (suppl) 23-31.
13. Boyle P, McCinn R, Maisonneuve P, et al. Epidemiology of benign prostatic hyperplasia : present knowledge and studies needed. *Eur Urol* 1991 ; 20 (suppl2) : 3-10.
14. Frea B, Annoscias, Stanta G, et al. Correlation between liver cirrhosis and benign prostatic hyperplasia : a morphological study. *Urol Res* 1987 ; 15 : 311-4.
15. Sanda MG, Doehring CB, Binkowitz B, et al. Clinical and biological characteristics of familial benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 1997 ; 157 : 876-9.
16. Partin AW, Page WF, Lee B, et al. Concordance rates for benign prostatic hyperplasia among twins suggest hereditary influence. *Urology* 1994 ; 44 : 646-50.
17. Porta M, Fernandez E, Alonso J, et al. Risk factors for benign prostatic hyperplasia. *Am J Epidemiol* 1994 ; 139 : 114-5.
18. Matzkin H, Cruton S, and Simon D. Is there are an association between cigarette smoking and gland size in benign prostatic hyperplasia? *Prostate* 1996 ; 29 : 42-5.
19. Partin AW, Osterling JE, Epstein JI, et al. Influence of age and endocrine factors on the volume of benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 1991 ; 145 : 405-9.
20. Coffey DS : The molecular biology, endocrinology, and physiology of the prostate and seminal vesicles. In Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED (eds). *Campbell's Urology*, 6th edn. Philadelphia, WB saunders, 1992, pp 221-301.

21. Grahack JT, Changes with aging in human seminal vesicle fluid fructose concentration and seminal vesicle weight. *J Urol* 1961 ; 86 : 142.
22. Cunha GR, Chung LWK, Shannon JM, et al. Stromal - epithelial interactions in sex differentiation. *Biol Reprod* 1980 ; 22 : 19.
23. Grahack JT, Kozlowski JM and Lee C. The pathogenesis of benign prostatic hyperplasia : a proposed hypothesis and critical evaluation. *J Urol* 1998 ; 160 : 2375-80.
24. Ziada A, Rosenblum M and Crawford ED. Benign prostatic hyperplasia an overview. *Urology* 1999 ; 53 (3A) : 1-6.
25. Bott SRJ and Kirby RS. Benign prostatic hyperplasia. In : Lunenfeld B and Gooren L, eds. *Textbook of men's Health*. New York : The Parthenon Publishing group ; 2002 p 53-68.
26. Jensen KME, Jorgensen JB, Mogensen P. Urodynamics in prostration I Prognostic value of uroflowmetry. *Scand J Urol Nephrol* 1988 ; 22 : 109-17.
27. Birch NC, Hurst G, Doyle PT. Serial residual volumes in men with prostatic hypertrophy. *Br J Urol* 1988 ; 62 : 571-5.
28. Jensen KME, Jorgensen JB, Morgensen P. Urodynamics in prostatism II. Prognostic value of pressure-flow study combined with stop-flow test. *Scand J Urol Nephrol* 1988 ; 114 (suppl 6) : 72-7.
29. Chapple CR. The total approach in lower urinary tract symptoms/ Benign Prostatic Hyperplasia (LUTS/BPH) management : Introduction and Conclusions. *Eur Urol* 2003 ; 2 (Suppl 7) : 1-5.
30. Jimenez-Cruz F. Identifying patients with lower urinary tract symptoms/ benign prostatic hyperplasia (LUTS/ BPH) at risk for progression. *Eur Urol* 2003 ; 2 (suppl 7) ; 6-12.
31. Michel MC, Goepel M. Treatment satisfaction of patients with lower urinary tract symptoms : randomised controlled trials VS. real life practice. *Eur Urol* 2000 ; 38 (suppl 1) : 40-7.
32. McConnell JD. The long term effects of medical therapy on the progression of BPH : results from the MTOPS trial. *J Urol* 2002 ; 167 (suppl4) : 265.
33. Alcock NG. Ten months' experience with transurethral prostate resection. *J Urol* 1932 ; 28 : 545-60.
34. Madersbacher S, Marberger M. Is transurethral resection of the prostate still justified? *Br J Urol* 1999 ; 83 : 227-37.
35. Morris SB, Pogson C, Sheater RI. Shared care for benign prostatic hyperplasia : a feasibility study. *Br J Urol* 1995 ; 76 : 77-80.

มะเร็งต่อมลูกหมาก

น.พ.ดุษฎีพันธ์ อัครสกุล
กลุ่มงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ
โรงพยาบาลราชวิถี

มะเร็งต่อมลูกหมากเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มชายวัยกลางคนถึงวัยทอง เป็นรองเพียงสาเหตุการตายจากมะเร็งปอดในประเทศที่พัฒนาแล้วเท่านั้น ในประเทศไทยพบเป็นสาเหตุตายอันดับที่ 10 ของมะเร็งในเพศชาย ในอดีตมะเร็งต่อมลูกหมากพบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุมากเท่านั้น เนื่องจากความเชื่องช้าในทางวินิจฉัยและการรักษา ในปัจจุบันการทำการตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วมือ (DRE = Digital rectal examination) และ PSA (prostatic specific antigen) ทำให้สามารถพบผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีอายุน้อยลง และขั้นเริ่มแรกได้มากขึ้น

จำนวนมะเร็งต่อมลูกหมากซึ่งถูกตรวจพบในขั้นเริ่มต้นและในผู้ป่วยอายุน้อยลงมีจำนวนมากขึ้น ทำให้เกิดการพัฒนารักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยหายขาดโดยสิ้นเชิง (curative treatment) ผู้ป่วยได้รับการคาดหมายว่าจะมีชีวิตอยู่ได้นานมากกว่า 10 ปี การรักษาที่เป็นมาตรฐานคือ การผ่าตัด radical prostatectomy ในกรณีที่มะเร็งยังไม่ได้อยู่ในขั้นแพร่กระจาย แต่ปัญหาที่จะพบตามมาคือ ภาวะขององคชาติไม่แข็งตัวที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้เกิดแนวคิดการพัฒนารักษาทางเลือก ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่วนในผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นอาจจะไม่จำเป็นต้องให้การรักษาจนหายขาด การรักษาโดยวิธีการเฝ้าระวัง (watchful waiting = WW) และแบบผัดผ่อน (deferred treatment) อาจเป็นวิธีการมาตรฐานแม้ในผู้ป่วยที่มีมะเร็งไม่ได้แพร่กระจาย

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก (Risk factors)

1. Ageing (อายุ) เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก ทางคลินิกจะตรวจพบได้ค่อนข้างต่ำในผู้มีอายุน้อยกว่า 50 ปี และจะเพิ่มขึ้นอย่างมากในผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี มะเร็งต่อมลูกหมากสามารถตรวจพบได้ในทางไม่โคร ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี ประมาณ 30 % และ 70 % ในผู้สูงอายุกว่า 80 ปี มะเร็งต่อมลูกหมากมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นรวดเร็ว เมื่อเทียบกับอายุและเทียบกับมะเร็งชนิดอื่นๆ¹

2. ประวัติครอบครัว (family history) อัตราเสี่ยงของมะเร็งต่อมลูกหมากจะเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีญาติในชั้นที่ 1 (first-degree relatives) เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก (e.g. บิดาและบุตร) ในกลุ่มดังกล่าวจะพบในอายุน้อยลง² พบได้ประมาณ 1 % ของมะเร็งต่อมลูกหมากทั้งหมด และพบได้ถึง 45 % ของกลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปี

3. เชื้อชาติ (Race) อุบัติการณ์ของมะเร็งแบบซ่อนเร้น (latent cancer) หรือมะเร็งที่พบหลังจากการผ่าศพ ทำการพิสูจน์ทางนิติเวชไม่มีความแตกต่างในกลุ่มเชื้อชาติและประเทศ แต่มีความแตกต่างอย่างมากของอุบัติการณ์ทางคลินิกระหว่างเชื้อชาติและเผ่าพันธุ์³ โดยมีอุบัติการณ์ต่ำสุดในทวีปเอเชีย และสูงสุดในกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย อัตราการตายจากมะเร็งต่อมลูกหมากมีความแตกต่างเช่นกัน โดยมีอัตราต่ำในกลุ่มประเทศอาเซียนกว่ากลุ่มแอฟริกัน-อเมริกัน และกลุ่มสแกนดิเนเวีย⁴

4. ฮอโมน (Hormones) ทั้งฮอโมนเพศชาย และ metabolite ในกลุ่มฮอโมนเพศชายที่สำคัญคือ dihydrotestosterone (DHT) ซึ่งมีความแรงมากกว่าฮอโมนเพศชายหลายเท่า ทั้งฮอโมนเพศชาย (testosterone = T) และ DHT จะจับกับตัวรับ (receptors) ในต่อมลูกหมาก เชื่อว่าทำให้เกิดมะเร็งต่อมลูกหมากขึ้น การเกิดของ DHT เกิดจากปฏิกิริยาของ T กับเอนไซม์ 5 α -reductase ซึ่งได้พบต่อมาว่า ในกลุ่มของคน

ที่ทำการตัดอวัยวะออกตั้งแต่อายุก่อน 14 ปี และในกลุ่มกระเทยแท้ซึ่งขาดเอนไซม์ 5 α -reductase ไม่เคยเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคตับแข็งซึ่งมีระดับฮอร์โมนเพศชายต่ำมีโอกาสเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากต่ำมากเช่นกัน⁵

5. อาหาร (Diet) อาหารจำพวกไขมันสูงถูกคาดการณ์ว่าเป็นสาเหตุการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก การทดลองโดยการเปรียบเทียบในหลายๆ ประเทศ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างสูง ในอัตราการตายจากมะเร็งต่อมลูกหมากและปริมาณการใช้ไขมันจากสัตว์ในแต่ละประเทศ⁶ กลไกของการเพิ่มอัตราเสี่ยงของมะเร็งต่อมลูกหมากและอาหารไขมันสัตว์ยังไม่ทราบชัดเจน แต่พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งซ่อนเร้น (latent prostate cancer) ไม่ได้รับการรบกวนโดยการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน (migration) ถึงแม้ว่ามะเร็งที่แสดงอาการจะได้รับผลกระทบจากการย้ายถิ่นฐานมีคำอธิบายกรณีนี้คือ อาหารไขมันสูงจะเป็นตัวกระตุ้น (environmental promoter) ให้มะเร็งเกิดเร็วขึ้น หรืออาจทำให้มะเร็งซ่อนเร้นปรากฏ⁷ เนื่องจากการย้ายถิ่นฐานทำให้อุปนิสัยการกินอาหารเปลี่ยนแปลงไป

6. อาชีพและภาวะแวดล้อม (environmental and occupational factors) มีปัจจัยทางสภาพแวดล้อมบางอย่าง ได้แก่ บุหรี่ ภาวะมลพิษในโรงงานที่ต้องสัมผัสแคดเมียม (Cadmium) เช่น โรงงานหลอมหรือหล่อขั้วไฟฟ้า มีการศึกษาที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสแคดเมียม และมะเร็งต่อมลูกหมาก⁸ ต่อมา Kerri และคณะ ได้แสดงให้เห็นว่าความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของมะเร็งต่อมลูกหมากเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง Cadmium และ Zinc (สังกะสี)⁹

7. เพศสัมพันธ์และโรคติดเชื้อ (sexual activity and infectious disease) พฤติกรรมทางเพศและการติดเชื้อได้รับการสงสัยถึงการเป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่เป็นการยากที่จะพิสูจน์ มีการศึกษาที่พบว่าอัตราเสี่ยงของมะเร็งต่อมลูกหมากเพิ่มมากขึ้น ถ้ามีการเปลี่ยนคู่นอน (sexual partners) บ่อยๆ ประวัติของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยๆ¹⁰ Mishina และคณะ ได้รายงานถึงลักษณะของมะเร็งต่อมลูกหมากว่า มักพบในบุคคลที่มีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์บ่อยหรือมาก ตั้งแต่วัยรุ่นถึงวัยกลางคนและลดลงเร็วเมื่อเข้าสู่วัยทอง¹¹

การตรวจหามะเร็งต่อมลูกหมาก (Detection)

การตรวจมะเร็งต่อมลูกหมากเริ่มต้นตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 โดยมีการใช้ DRE และ PSA (prostatic specific antigen) มาช่วยในการตรวจหา ในบุคคลที่พบมี DRE ผิดปกติจะทำให้สามารถวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากได้มากกว่า 20 % แต่ถ้าวัด DRE ในกลุ่มประชากรที่ไม่มีอาการจะพบมะเร็งได้ 0.1-4 %¹²

PSA ใช้ในการค้นหามะเร็งต่อมลูกหมากได้ดีกว่าการใช้ DRE ระดับ PSA ที่ 4-10 ng/ml สามารถทำนายมะเร็งได้ประมาณ 30 % และระดับที่สูงกว่า 10 ng/ml พบมะเร็งได้มากกว่า 50 %¹³ แต่อย่างไรก็ตามระดับของ PSA ซึ่งจะบ่งชี้ให้ทำการเจาะชิ้นเนื้อตรวจหามะเร็งยังคงไม่แน่นอน มีคำแนะนำให้ชี้ตัวเลขที่ระดับต่ำกว่า 4 ng/ml มีการศึกษาพบว่า PSA ที่ระดับ 2.5-4 ng/ml สามารถพบมะเร็งต่อมลูกหมากได้ประมาณ 24.5 % (เมื่อได้ทำการเจาะชิ้นเนื้อโดยวิธี systemic sextant biopsies ในกรณีที่ DRE และ/หรือผลอัลตราซาวด์ปกติ)¹⁴

มีการนำตัวแปรอื่นของ PSA มาใช้เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการทำนายมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น PSA density, PSA velocity, PSA doubling time และ free PSA ratio ในกลุ่มทั้งหมด free PSA (PSA อิสระ) ratio เป็นประโยชน์มากที่สุดในการวินิจฉัยของ PSA 4-10 ng/ml พบว่า free PSA ratio จะมีค่าต่ำในมะเร็งมากกว่ากรณีปกติ เช่น ต่อมลูกหมากโต¹⁵

การเจาะชิ้นเนื้อ (prostate biopsy) เพื่อตรวจหามะเร็ง และตรวจหาเกรดของมะเร็ง (cytological grading) อาจทำได้โดยการใช้นิ้วเป็นตัวทำการ (digital guidance) ในกรณี DRE ผิดปกติ หรืออาจทำโดย

ใช้เครื่องตรวจอัลตราซาวด์เป็นเครื่องมือชั้นนำ วิธีนี้สามารถทำในกรณีผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องวางยาสลบหรือฉีดยาเข้าไขสันหลัง ปัญหาเลือดออกวัดได้ 70 % ของผู้ป่วย¹⁶ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด เลือดออกปนในน้ำอสุจิ และเลือดออกทางทวารหนัก อัตราการเกิดต่อมลูกหมากอักเสบเฉียบพลันพบได้น้อยกว่า 2 % เมื่อผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะและสวนอุจจาระมาอย่างดี จำนวนของชิ้นเนื้อที่จะทำการเจาะยังเป็นที่ถกเถียงอยู่ จำนวนมาตรฐานคือ 6 ชิ้น แต่มีรายงานฉบับที่บ่งว่า 10-12 ชิ้น จะเป็นจำนวนชิ้นที่ช่วยเพิ่มอัตราพบมะเร็งได้อีก 6.6-3.7 % โดยไม่เพิ่ม morbidity¹⁷⁻¹⁹

ระยะการดำเนินโรค (Staging)

Local Staging (T-staging) ของมะเร็งต่อมลูกหมากจำเป็นมากที่สุดในการประเมินผู้ป่วยที่คาดว่ามีความเสี่ยงที่ยืนยาวกว่า 10 ปี ในกรณีของมะเร็งที่อยู่เฉพาะที่ในต่อมลูกหมาก (organ-confined) ผู้ป่วยมีโอกาสที่ได้รับการรักษาจนหายขาดได้ การใช้ PSA, DRE, Cytological grade และจำนวนของชิ้นเนื้อ ซึ่งเป็นมะเร็งจากการเจาะตรวจ (positive biopsy cures) จะช่วยในการทำนายถึง local extension ได้²⁰ การใช้ computed topography (CT) และ/หรือ endorectal magnetic resonance imaging (MRI) อาจจะช่วยในการประเมินร่วมกับการประเมินทางคลินิก และ cytological grade เพื่อประเมิน local invasion โดยเฉพาะกรณีของ seminal vesicle involvement (ถูกเก็บน้ำเชื้อ) และกรณีทะลุผ่านแคปซูล (capsular infiltration)²¹

การประเมินสภาพของต่อมน้ำเหลือง (nodal staging) จะทำต่อเมื่อมีความเห็นว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแบบหายขาดได้เท่านั้น การใช้ PSA ร่วมกับผลชิ้นเนื้อจะเป็นสิ่งช่วยทำนายสภาพของต่อมน้ำเหลืองได้อย่างดี ในขณะที่ผลการใช้ CT และ MRI ได้ผลน้อยกว่า 70 % วิธีการที่ดีที่สุดในการประเมินสภาพของต่อมน้ำเหลืองคือ การผ่าตัด (open surgery) หรือการผ่าตัดด้วยกล้อง (laparoscopic lymphadenectomy) กลุ่มของผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงที่จะกระจายไปต่อมน้ำเหลืองค่อนข้างต่ำ (< 10 %) มักจะพบในกลุ่ม 1) มีมะเร็งที่ต่อมลูกหมากเพียงข้างเดียวจาก DRE 2) PSA < 20 ng/ml และ Gleason score < 7²²

การประเมินการกระจายของมะเร็ง (M-staging) เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่เป็นมาก (advanced stage) การทำ bone scintigraphy เป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุด เนื่องจากการกระจายไปกระดูกบ่งถึงว่าผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่เลวที่สุด (poor prognosis) และทำให้เกิดปัญหาทางกระดูก ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตในอนาคตได้ ระดับของ PSA เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงมะเร็งซึ่งกระจายไปกระดูกได้ดีที่สุด ถ้า PSA > 100 ng/ml โอกาสมะเร็งจะกระจายไปกระดูกสูงถึง 100 % โดยทางตรงข้าม ถ้า PSA น้อยกว่า 20 ng/ml โอกาสที่มะเร็งไม่กระจายมากถึง 99 %²³ ถ้ากรณีของผู้ป่วยมี PSA < 10 ng/ml ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจ bone scintigraphy เลย²⁴

มะเร็งต่อมลูกหมากที่ไม่แพร่กระจาย (Localized prostate cancer)

นิยาม : **“Clinically localized prostate cancers”** คือ มะเร็งที่จัดอยู่ในกลุ่มของ T1 และ T2 มะเร็งชั้น T1a และ T1b เป็นมะเร็งที่พบโดยบังเอิญหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีการผ่าตัดด้วยกล้อง (transurethral resection of prostate = TUR-P) หรือการผ่าตัดแบบเปิด (open prostatectomy) T1a นิยามว่าเป็นมะเร็งที่พบ ≤ 5 % ของจำนวนชิ้นเนื้อ ขณะที่ T1b พบมากกว่า 5 % ในกรณีที่มะเร็งไม่ได้รับการรักษา T1a จะมีการกระจายตัวประมาณ 5 % ในกรณีที่มะเร็งไม่ได้รับการรักษา T1a จะมีการกระจายตัวประมาณ 5 % ภายใน 5 ปี แต่จะเพิ่มเป็น 50 % ใน 10 ปี²⁴ ส่วนกรณี T1b จะมากกว่า 80 % ใน 5 ปี T1c เป็นมะเร็งซึ่งไม่มีอาการพบได้โดยการใช้วิธีเจาะเนื้อตรวจพิสูจน์เท่านั้น (needle biopsy) สำหรับกรณีที่พบมี PSA ผิดปกติ มีการศึกษาพบว่ากรณีของ T1c พบมีการกระจายผ่านแคปซูลถึง 30 %²⁵

กรณีของ T2 เป็นอีกกรณีที่มะเร็งยังไม่กระจายออกนอกต่อมลูกหมาก T2a เป็นมะเร็งที่อยู่เฉพาะต่อมลูกหมากเพียงข้างเดียว ส่วน T2b จะกระจายไปทั้ง 2 ข้าง ในกรณีที่ไม่ให้การรักษา T2a และ T2b จะมีการกระจายใน 5 ปี เป็น 40 % และ 75 % ตามลำดับ²⁶ การรักษามะเร็งต่อมลูกหมากทั้ง 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายแสง

การรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการรักษามะเร็งที่อยู่เฉพาะที่ ได้แก่ การผ่าตัดต่อมลูกหมากออกหมด (radical prostatectomy) การฉายแสง (external beam radiation) และการฝังแร่ (interstitial radiotherapy) จะได้ประโยชน์มากในผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีอายุยืนนานกว่า 10 ปี²²

1. Radical prostatectomy ขอบ่งชี้ในการทำผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด คือ ผู้ป่วยที่สามารถทำการรักษาให้หายได้ โดยที่มีชีวิตคาดหมายได้ถึง 10 ปี ได้แก่ มะเร็งในชั้น T1, T2 ระดับ PSA < 10 ng/ml Gleason score < 8 เนื้อเยื่อที่ถูกกรูกรานโดยมะเร็ง ≤ 20 % และจำนวนชิ้นเนื้อที่ได้เจาะตรวจ (prostatic biopsy) ≤ 50 %²²

การผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด มักจะมีผลแทรกซ้อนตามมาค่อนข้างมาก แต่อัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดในปัจจุบันได้ลดลงเหลือน้อยกว่า 1 % ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ ภาวะเสียเลือดมากจนต้องให้เลือด 5 % มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้เลยน้อยกว่า 8 % แต่ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลมากที่สุด คือ ภายใน 18 เดือนผู้ป่วยมักมีปัญหาของคชาตไม่แข็งตัวสูงถึงมากกว่า 70 %²⁷ การพัฒนาวิธีการผ่าตัดแบบเก็บรักษาเส้นประสาท (nerve-sparing) จะช่วยลดความสูญเสียหรือการเกิดองคชาตไม่แข็งตัวลงเหลือ 14 % หลังจาก 18 เดือน แต่ผู้ป่วยที่องคชาตสามารถแข็งตัวได้ประมาณ 1 ใน 3 ต้องอาศัยยา sildenafil ช่วย แม้ว่าไม่มีการรายงานที่ชัดเจนนัก แต่เป็นที่รู้กันว่าการผ่าตัดแบบเก็บรักษาเส้นประสาทมักจะมีอาการกลับเป็นใหม่เฉพาะที่สูงกว่าวิธีดั้งเดิม²⁸ ดังนั้นการใช้วิธีดังกล่าวจำเป็นต้องคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในชั้นต่ำๆ และลักษณะของเซลล์ไม่ดุตันหนัก (low-graded) การผ่าตัดต่อมลูกหมากสามารถทำได้ 2 วิธี คือ radical retropubic prostatectomy และ radical perineal prostatectomy ทั้ง 2 วิธีมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลดีผลเสียเปรียบเทียบของการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้ง 2 วิธี²⁹

วิธีการผ่าตัด มะเร็งต่อมลูกหมาก	ข้อดี (advantages)	ข้อเสีย (disadvantages)
Retropubic prostatectomy	<ul style="list-style-type: none"> - บริเวณผ่าตัดเปิดกว้างเข้าหาง่าย - สามารถนำเอาต่อมน้ำเหลืองออกมาตรวจได้ทั้งหมดในแผลผ่าตัดเดียว - สามารถเนกกลามเนื้อหูดและระบบเส้นประสาทชัดเจน - ลดโอกาสเกิดอุบัติเหตุแก่ลำไส้ใหญ่ - ลดความต้องการการช่วยเหลือในการผ่าตัดอื่นๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาด้านความสวยงามของแผล - อาจเสียเลือดได้มาก - การจัดการ apical prostate ค่อนข้างยาก - ต้องเสียเวลานอนในโรงพยาบาลนาน
Perineal prostatectomy	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ต้องมีแผลบริเวณหน้าท้อง - เสียเลือดค่อนข้างน้อย - ระยะเวลาอนในโรงพยาบาลสั้นกว่า - ปัญหาเรื่องเส้นเลือดดำใหญ่จากการนอนท่า lithotomy เกิดน้อย - ทำได้ง่ายในกลุ่มคนอ้วนและเชิงกรานลึก - เป็นข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยเคยทำการผ่าตัดในช่องเชิงกรานมาแล้ว 	<ul style="list-style-type: none"> - บริเวณแผลผ่าตัดค่อนข้างจำกัดเพราะค่อนข้างแคบ - มักต้องมีการผ่าตัดเอาต่อมน้ำเหลืองออกดูต่างหากอีกแผล - หูดและระบบเส้นประสาทไม่สามารถเห็นชัดเจน - การตัดถุงน้ำเชื้อออกทำได้ยาก

ในปี ค.ศ. 1990 ได้มีการนำการผ่าตัดด้วยกล้องผ่านช่องท้องมาใช้สำหรับรักษามะเร็งชนิดนี้ ความยากลำบากของวิธีการคือ ความชำนาญ แต่ข้อดีคือมีโรคแทรกซ้อนน้อย สามารถเอามะเร็งออกได้หมดและลดปัญหาองคชาติไม่แข็งตัว³⁰

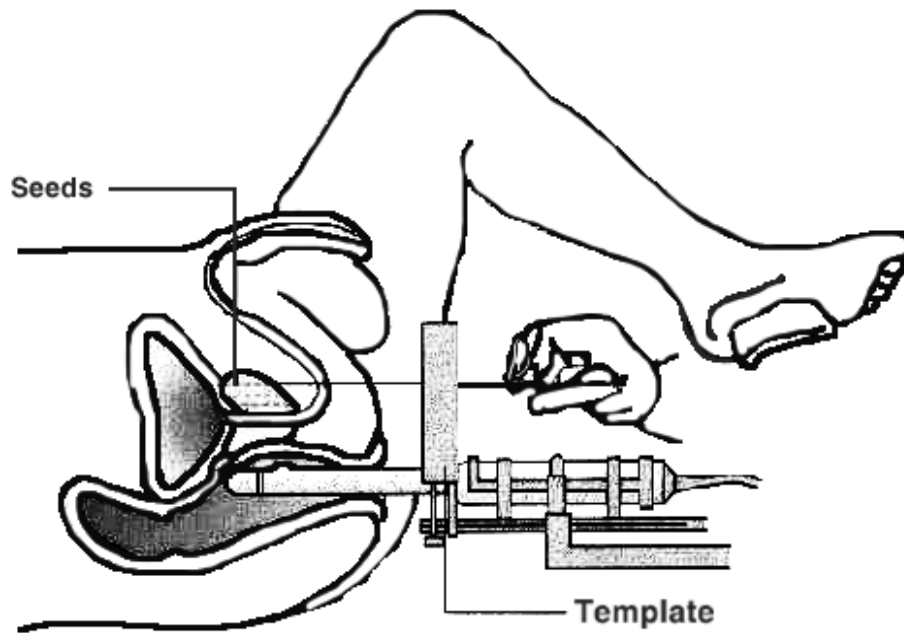
การติดตามการรักษาหลังจากการผ่าตัดจะอาศัยค่า PSA และ DRE เป็นสำคัญ โดยทั่วไป PSA ควรจะปกติได้ภายใน 3 อาทิตย์ เมื่อระดับ PSA ยังคงอยู่ การใช้ตัวแปร 3 ตัวต่อไปนี้จะช่วยในการแยกแยะระหว่างมะเร็งกระจาย และเกิดใหม่เฉพาะที่ คือ ผลของเกรดของชิ้นเนื้อ ระยะเวลาของ PSA ที่จะเกิดสูงขึ้นอีก และช่วงระยะเวลา ก่อน PSA จะปรับสูงขึ้น โดยเฉพาะถ้า PSA ปรับสูงขึ้นเร็วมักเป็นการบ่งชี้ถึงการกระจายของมะเร็ง แต่ถ้า PSA ค่อยๆ ปรับตัวสูงขึ้นมักบ่งถึงมะเร็งเฉพาะที่²²

2. Neoadjuvant hormonal therapy prior to radical prostatectomy (การให้ฮอร์โมนก่อนการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก) เพื่อที่จะช่วยให้การผ่าตัดได้ผลดีมากขึ้น มีความพยายามนำฮอร์โมนมาใช้ก่อนทำการผ่าตัด ส่วนใหญ่ของการศึกษาสรุปว่า การให้ฮอร์โมนก่อนการผ่าตัด ทำให้อัตราของ positive surgical margin ดีขึ้น แต่ไม่มีผลกับการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

3. Radio therapy (การฉายรังสี) การฉายรังสีถือเป็นวิธีที่รักษามะเร็งต่อมลูกหมากให้หายขาด โดยเฉพาะในกลุ่มที่สามารถมีชีวิตได้ถึง 10 ปี การฉายแสงมีอัตราการเกิดปัสสาวะเล็ดราดต่ำมาก และอัตราการองคชาติไม่แข็งตัวจะต่ำ การฉายแสงหรือการใช้รังสีจะทำลายที่ระดับเซลล์โดยการทำให้ single และ double-strand ของ DNA ของเซลล์มะเร็งเกิดการแตกออกทำให้เซลล์แบ่งตัวต่อไม่ได้ ผลข้างเคียงที่เกิดมากที่สุดของ conventional external radiotherapy คือ การที่มีอาการระคายเคืองปัสสาวะระคายเคือง (irritative symptom) และปัญหาลำไส้ ภายใน 1 ปี หลังการฉายแสงจะเกิดปัญหา rectal urgency (กลั้นอุจจาระไม่ได้) และ bowel incontinence ได้ 40 % และ 10 % ตามลำดับ²² การศึกษาผลการฉายแสงเปรียบเทียบกับผ่าตัดพบว่า อัตราการรอดชีวิตขึ้นกับขั้นของมะเร็ง ระดับของ PSA เริ่มแรก และ Gleason score

การประเมินหรือติดตามผลการฉายแสงของมะเร็งจะทำได้ยากกว่ากรณีการผ่าตัด เพราะ PSA ที่เหลืออยู่จะขึ้นกับจำนวนของชิ้นเนื้อที่เหลืออยู่ DRE ไม่สามารถแยกแยะระหว่างมะเร็งที่เกิดใหม่และการเกิดแผลเป็นจากการฉายแสง ระดับต่ำสุดของ PSA (PSA nadir) จะมีความสำคัญมากกว่า ระดับต่ำสุดของ PSA น้อยกว่า 0.5 ng/ml จะมีโอกาสเกิดมะเร็งภายใน 4 ปี เพียง 4 % เท่านั้น แต่ระดับของ PSA threshold มีความแตกต่างกันมากและเป็นที่ยกเถียงอย่างสูง มีการใช้ PSA ที่สูงขึ้น 3 ครั้ง เป็นตัวกำหนดถึงมะเร็งที่ก้าวหน้าขึ้น³² (progression)

4. Interstitial radiotherapy (การฝังแร่) เป็นวิธีการนำสารรังสีฝังเข้าไปในต่อมลูกหมาก เพื่อให้มีการกระจายของรังสีให้เข้มมากขึ้น โดยเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อรอบตัวน้อยลง วิธีการฝังแร่จะอาศัยการใช้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังก่อนการฝังเม็ดแร่ (radioactive seeds) โดยอาศัยการอัลตราซาวด์ผ่านทางทวารหนัก การทำ brachy therapy อาจทำโดยวิธีการใช้สารที่จะให้รังสีปลดปล่อยอย่างสูงและเร็ว (high dose rate = HDR) ชั่วขณะ หรือการฝังถาวรและปลดปล่อยรังสีปริมาณต่ำ (low dose rate = LDR) HDR จะใช้ร่วมกับการฉายแสงจากภายนอกในกรณีของ locally advanced tumors ในขณะที่ LDR จะใช้กรณีของ organ-confined tumors (T1, T2) แร่ไอโซโทปที่ใช้ในกรณีของ LDR มักเป็น iodine-125 และ palladium-103



รูปที่ 2 แสดงภาพการทำ Brachy therapy ในมะเร็งต่อมลูกหมาก

การฝังแร่มักจะมีข้อห้ามในผู้ป่วยที่เคยทำการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เนื่องจากทำได้ยาก และเพิ่มอัตราเสี่ยงจากภาวะปัสสาวะเล็ดราดตลอดเวลา โดยปกติการฝังแร่จะใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด แต่ภายหลังการทำในช่วงสัปดาห์แรกมักมีภาวะปัสสาวะบ่อย แสบขัด ที่เรียกว่า irritative symptom หรือ LUTS (lower urinary tract symptom) การเกิดภาวะลำไส้อักเสบ (rectitis) น้อยกว่า 2 % ที่ 18 เดือน จะพบว่าภาวะปัสสาวะเล็ดราดเกิดเพียง 1-2 % ภาวะองคชาติไม่แข็งตัว พบเพียง 30 % ในรายงานที่มากที่สุด^{31,33}

ผลของการฝังแร่พบว่า PSA-free survival rate ใน 9 ปี ประมาณ 80 % ในกลุ่มมะเร็งที่อยู่เฉพาะที่³⁴ ในปัจจุบันแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะมักไม่แนะนำการใช้วิธีฝังแร่ในผู้ป่วยที่มี PSA > 10 ng/ml และ/หรือ Gleason score > 7 การวัดผล PSA จากการฝังแร่ประเมินได้ยาก โดยเฉพาะการใช้ I-125 ระดับต่ำสุดของ PSA อาจจะสามารถหมายถึง 4 ปี³⁴

5. Watchful waiting/deferred treatment (การรักษาแบบเฝ้าระวัง) ผู้ป่วยที่ควรจะเข้าสู่โปรแกรมของ WW ควรจะมี good compliance และสามารถมาพบแพทย์ได้ง่าย ข้อมูลที่สนับสนุนการรักษาวิธีดังกล่าวคือ ธรรมชาติของมะเร็งต่อมลูกหมาก A ซึ่งมักจะเกิดขึ้นช้าๆ โดยทั่วๆ ไปการรักษาแบบ WW มักจะใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการและอาจมีชีวิตยืนนานไม่ถึง 10 ปี หรือมีสภาพร่างกายที่ไม่ค่อยปกติ แต่ในที่สุด WW ก็ถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยอายุน้อยลง ผู้ป่วยที่ควรนำมารักษาโดยวิธี WW ควรจะอยู่ในขั้น T1a และ well or moderately differentiated tumors²² (clinically localized prostate cancer)

ถึงแม้ว่าการรักษาแบบอนุรักษ์ (conservative treatment) จะยังคงมีประโยชน์ในผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีอาการ แต่การนำมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยยังคงเป็นที่ถกเถียงอย่างมาก เนื่องจากมีการศึกษาในผู้ป่วยบางกลุ่มซึ่งคาดว่าจะมีชีวิตยืนยาวกว่า 10 ปี พบว่าอัตราเสี่ยงจากการเสียชีวิตในผู้ป่วยซึ่งทำการรักษาแบบหายขาดสูงกว่าในกลุ่ม WW

Locally advanced prostate cancer

นิยามของ locally advanced prostate cancer หมายถึง มะเร็งในชั้น T3 และ T4 ซึ่ง T3a หมายถึง มะเร็งที่กระจายผ่านแคปซูลออกมา และ T3b จะกระจายมาถึงถุงเก็บน้ำเชื้อ (seminal vesicle) T4 หมายถึง มะเร็งซึ่งกระจายมายังอวัยวะข้างเคียง ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะ และลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง ในปัจจุบันการรักษา มะเร็ง ระดับ T4 จะเป็นแบบประคับประคอง ส่วน T3 จะเป็นที่ถกเถียงมาก

1. Radical prostatectomy for T3 tumors การผ่าตัดของมะเร็งชั้น T3 เทียบกับ T1-2 พบว่ามี ปัญหาแทรกซ้อนมากกว่า และมีการเกิดซ้ำเฉพาะที่มาก³⁵ อัตราการหายขาดภายใน 5 ปี โดยอาศัย PSA เป็นตัวชี้ เป็น 20 % ใน T3 แต่ในกรณีของ T3 ทั้งหมด การ staging มีความผิดพลาดเกิดขึ้นได้ โดยมี overstage 15 % และ understage 8 %³⁵ ทำให้ยังมีการรักษาแบบผ่าตัดในกรณี T3 อยู่บ้าง ในกรณีดังกล่าวข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ของ T3a คือ PSA < 10 ng/ml³⁶

2. Postoperative radiotherapy for T3 tumors (การฉายแสงตามหลังผ่าตัด) หลังจากผ่าตัดในมะเร็ง ที่อยู่เฉพาะในต่อมลูกหมากจะพบว่า 30 % ของชิ้นเนื้อ จะตรวจพบมะเร็งกระจายออกนอกแคปซูล ทำให้ อัตราเสี่ยงของการเกิด local recurrence (การเกิดใหม่ที่ทำแห่งเดิม) ถึง 25-68 %²² กรณีดังกล่าวทำให้ มีการนำเอารังสีมาช่วยลดอัตราการเกิดซ้ำใหม่ พบว่าสามารถลดอัตราการเกิด PSA เพิ่มขึ้นในระยะ 5 ปี จาก 5.5 % เป็น 89 %²²

3. Hormonal manipulation alone (การให้ฮอร์โมนเพียงอย่างเดียว) การใช้ฮอร์โมนในการรักษา ถือเป็นมาตรฐานในการรักษา T4 และ T3 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำ (PSA สูง และ/หรือ unfavorable histology) การใช้ LHRH ร่วมกับ non-steroidal antiandrogen สามารถลดระดับ dihydrotestosterone ในต่อมลูกหมาก ลงได้ถึง 80 % ทำให้สามารถควบคุมมะเร็งได้มากถึง 80 % ของผู้ป่วยในชั้น locally advanced prostate cancer²²

4. External radiotherapy combined with hormonal manipulation ในอดีตการรักษามะเร็ง โดย วิธีฉายแสงได้ถูกนำมาใช้ในมะเร็งเฉพาะที่ และ T3-4 สำหรับมะเร็ง T3 อัตราการหายจากโรค (disease free survival rate) และอัตราการรอดชีวิตรวม (overall survival rate) ภายใน 10 ปี เป็น 38 % และ 42 % ตามลำดับ ทำให้คิดว่าการฉายรังสีอย่างเดียวไม่เพียงพอ จำเป็นต้องนำฮอร์โมนมาช่วยเพิ่มการตอบสนอง³⁷

5. Watchful waiting การรักษาโดยวิธีนี้จะทำเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ และคาดหมายว่ามีช่วงชีวิต ที่สั้น การรักษาโดยวิธีนี้ในผู้ป่วย T3-4 ควรจะไม่มีอาการแสดง และได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด

Prostate cancer with nodal involvement or distant metastasis

ในกรณีของมะเร็งต่อมลูกหมากซึ่งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย การรักษา มักจะ เป็นการประคับประคอง (palliative treatment) การรักษาโดยวิธี WW จะทำต่อเมื่อผู้ป่วยมีอายุที่คาดว่า จะมีชีวิตสั้น (short life expectancy) และไม่มีอาการเท่านั้น ในกรณีอื่นๆ การรักษาโดยวิธีฮอร์โมนจะช่วยลดระดับฮอร์โมน เพศชาย ลดปริมาตรของต่อมลูกหมาก และลดอัตราเสี่ยงของโรคที่จะเป็นมากขึ้น (progression) แต่การรักษา ทั้งหมดไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหายขาด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลายเป็นมะเร็งชนิดที่ต้องการรักษาโดยวิธีนี้ภายใน 2 ปี โดยกลไกซึ่งไม่ทราบแน่ชัด

การผ่าตัดอวัยวะเพศ (surgical castration) ถือเป็นมาตรฐานในการรักษาโดยการตัดฮอร์โมน เพศชายออก เป็นวิธีที่ง่ายและค่าใช้จ่ายต่ำ สามารถควบคุมมะเร็งได้ถึง 80 % ภายในระยะเวลาเฉลี่ย (mean) ประมาณ 2-5 ปี แต่ปัญหาแทรกซ้อนที่สำคัญคือ hot flashes (ร้อนวูบวาบ) ความรู้สึกทางเพศลดลง (decreased libido) และองคชาติไม่แข็งตัว ปัญหาทั้งหมดนี้พบได้ในผู้ป่วยมากกว่า 70 % ส่วนผลระยะยาวอื่น ได้แก่ กล้ามเนื้อ ลดขนาดลง (muscle atrophy) กระดูกพรุน เต้านมขยายตัว (gynecomastia) ชีมีเตี้ย และซีดลง³⁸

การใช้ luteinizing hormone releasing hormone analogs (LHRHa) ในมะเร็งต่อมลูกหมากถือว่าเป็นประโยชน์ภาพสูงเท่าการรักษาโดยการตัดต่อฮอร์โมน LHRHa จะออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่ง luteinizing hormone (LH) และ follicle stimulation hormone (FSH) จากต่อมใต้สมองผ่านกลไก biofeedback ทำให้ระดับฮอร์โมนเพศชายลดลง แต่หลังจากเริ่มให้ LHRHa ในระยะ 3-5 วันแรก ผู้ป่วยมักเกิดอาการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนเพศชายในกระแสเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจาก LH และ FSH ที่สูงขึ้น เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า flare up phenomenon ผู้ป่วยซึ่งมีมะเร็งกระจายไป กระดูกอาจมีอาการเลวลงได้ จึงควรจะป้องกันด้วยการให้ยาต้านฮอร์โมนเพศชายภายในอาทิตย์แรก ผลของ LHRHa ได้ผลดีและผลแทรกซ้อนไม่แตกต่างจากการผ่าตัดต่อมใต้สมอง³⁹

การให้ฮอร์โมนเพศหญิง (estrogen) เป็นทางเลือกอีกทาง ฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดการหลั่งของ LH และ FSH โดยกลไก feedback และให้ผลเป็น medical castration การให้ estrogen สามารถให้ทางเลือด และผ่านทางปาก ฤทธิ์ข้างเคียงที่สำคัญที่สุดของ estrogen คือ ปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือด²² การใช้คู่กับ acetylsalicylic acid อาจช่วยลดอัตราเสี่ยงนี้ได้

การให้ยาต้านฮอร์โมนเพศชายเพื่อลดการทำงานของฮอร์โมนเพศชายในต่อมลูกหมากสามารถใช้เป็นหลักตัวเดียว หรือให้ร่วมกับ surgical หรือ medical castration ยาในกลุ่มนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะทางเคมี เป็น non-steroid antiandrogen ซึ่งออกฤทธิ์บน androgen receptors ในเซลล์เท่านั้น กับ steroidal antiandrogen ซึ่งออกฤทธิ์บนต่อมใต้สมอง non-steroidal antiandrogen จะลดระดับฮอร์โมนเพศชาย แต่ steroidal antiandrogen จะลดระดับฮอร์โมนเพศชาย และ LH ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะองคชาติไม่แข็งตัวและสูญเสีย libido

การให้ยาต้านฮอร์โมนแบบครั้งคราว (intermittent hormonal therapy) ได้ถูกนำมาใช้เนื่องจากความเชื่อที่ว่า การให้ antiandrogen therapy เป็นเวลานาน จะทำให้มะเร็งต่อมลูกหมากเปลี่ยนแปลงไปเป็นชนิดที่ไม่พึ่งพิงฮอร์โมนเพศชาย ยาต้านฮอร์โมนถูกใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณ 36 อาทิตย์ ถ้าระดับ PSA ปกติภายใน 32 อาทิตย์ หลังจากนั้นจะหยุดยาทุกชนิด จะเริ่มยากกลุ่มนี้ใหม่ต่อเมื่อ PSA กลับมาถึงระดับก่อนให้ยาในผู้ป่วยที่ PSA < 20 ng/ml หรือเมื่อ PSA > 20 ในผู้ป่วยที่ PSA เริ่มต้นมากกว่า 20 ng/ml⁴⁰

การให้ยาต้านฮอร์โมนหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทั้งหมด มักใช้ในกรณีที่หลังทำการผ่าตัดแล้วพบว่า มะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองแล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิด Local recurrence และการกระจายไปยังที่อื่นๆ การให้หรือการทำ surgical castration แทนที่จะทำได้ 10 year cancer-specific survival rate สูงถึง 80 % แม้ว่าจะมีข้อถกเถียงเพียงถึงระยะเวลาเหมาะสมที่จะให้ยาต้านฮอร์โมนบ้าง⁴¹

ประมาณ 10 % ของมะเร็งต่อมลูกหมาก จะมีลักษณะเป็นมะเร็งที่ไม่พึ่งพิงฮอร์โมนเพศชาย ตั้งแต่วินิจฉัยครั้งแรก (androgen-independent cancer) และอีกประมาณ 80 % จะกลายมาเป็น androgen independence ภายในระยะเวลา 2 ปี²² ระดับของฮอร์โมนเพศชายควรได้รับการวัด ถ้ากรณีดังกล่าวเกิดขึ้น ถ้าฮอร์โมนเพศชายในเลือดยังสูง ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยการเพิ่มยาต้านฮอร์โมน ทำการผ่าตัดต่อมใต้สมอง หรืออาจใช้ LHRHa เพิ่มด้วย แต่ถากระดับฮอร์โมนต่ำอยู่แล้ว ควรจะพิจารณาใช้ second-line treatment รายงานบางฉบับได้เสนอวิธีการหยุดยา antiandrogen ทำให้เกิดปรากฏการณ์ของ antiandrogen withdrawal syndrome⁴² ซึ่งจะมีการตอบสนองที่ดีในระยะสั้นเท่านั้น ก่อนการเริ่มใช้เคมีบำบัดผู้ป่วยควรได้รับการทดลองให้ secondary hormonal therapy ก่อน โดยการใช้ estrogen ร่วมกับ corticosteroid หรือเพิ่มขนาดยา antiandrogen ให้มากขึ้น ยาในกลุ่มอื่นที่มีบทบาทคือ ยาในกลุ่มเคมีบำบัด ยาในกลุ่ม growth factor inhibitors และ radioisotopes เช่น strontium-89 และ samarium-153

มะเร็งต่อมลูกหมากและวัยทอง (Prostate cancer and the ageing male)

ในยุโรปอายุเฉลี่ย (mean age) ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมากกว่า 72 ปี Peyromaure M และคณะได้แนะนำให้ทำการตรวจชิ้นเนื้อ (prostate biopsy) ในกรณี que คิดว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากยังไม่กระจาย โดยพิจารณาที่ PSA < 10 ng/ml ในผู้สูงอายุเท่านั้น²² กรณีของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75 ปี อาจไม่ได้รับประโยชน์จากการรักษาแบบหายขาด (curative treatment) เนื่องจากผู้ป่วยจะเสียชีวิตไปก่อนอายุ 10 ปี อย่างไรก็ตามไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และอัตราการอยู่รอดเปรียบเทียบในกลุ่มนี้ให้การรักษาแบบเฝ้าระวัง (watchful waiting) หรือฮอร์โมนเทียบกับการรักษาแบบหายขาด (curative treatment) ในกรณีที่ช่วงชีวิตของผู้ป่วยยาวนานขึ้น ผู้ป่วยวัยทองที่ได้รับการวินิจฉัยควรจะได้รับ การรักษาแบบผู้ป่วยอายุน้อยหรือไม่

Deferred treatment หรือ watchful waiting เป็นการรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก เนื่องจากเชื่อว่าไม่ได้รับกวนต่อระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วย Gron berg และคณะได้รายงานถึงอิทธิพลโดยตรงของอายุต่อการสูญเสีย life expectancy⁴³ การสูญเสีย life expectancy จะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ สำหรับเกรด I การสูญเสียจะเป็น 11 ปี ในกลุ่มอายุน้อย และเพียง 1.2 ปี ในกลุ่มอายุมาก การให้การรักษาตั้งแต่ต้น (early treatment) มักจะเป็นการรักษาโดยวิธีฮอร์โมน ในขณะที่เริ่มต้นมีอาการ local หรือ systemic progression จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตดีกว่าการรอจนกระทั่งอาการเริ่มเป็นมากขึ้นจากการศึกษาพบว่า deferred treatment ควรใช้ ในกรณี PSA < 10 ng/ml Gleason score ≤ 6 มี good performance status และมี life expectancy พอควร มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอาการค่อนข้างต่ำ

Radical prostatectomy การศึกษาของ Kerr และ Zincke ได้ศึกษาผลดีของการผ่าตัดในผู้ป่วยอายุมากกว่า 75 ปี เปรียบเทียบกับกลุ่ม ≤ 55 ปี ในกลุ่มมะเร็งที่เป็นเฉพาะที่ในกลุ่มนี้ ผู้ป่วยอายุมากจะมีเกรดของมะเร็งสูงกว่า และมี stage สูงกว่า พบว่าผู้ป่วยมีภาวะบัสสภาวะเลือดราดถึง 16 % ในกลุ่มอายุมาก และ 3 % ในกลุ่มอายุน้อย (ในระยะเวลา 1 ปี หลังผ่าตัด)⁴⁴ การศึกษานี้บ่งชี้ว่าถ้าได้รับการเลือกอย่างดีจะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนนานขึ้น แต่คุณภาพชีวิตอาจจะแยกลงจากกรณีที่เกิดบัสสภาวะเลือดราดได้

ภาวะวัยทอง (andropause) ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มอาการทางร่างกาย ทางเพศ และทางจิตใจ กล่าวคือ ความอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อลดขนาด และกระดูกเล็กหรือผุกร่อน ปัญหาเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ซึมเศร้า ความเครียด นอนไม่หลับ และความทรงจำลดลง ระดับฮอร์โมนเพศชายอิสระจะเริ่มลดลง 1 % ทุกๆ ปี หลังจากอายุ 40 ปี ในกลุ่มนี้ 20 % พบว่ามีระดับฮอร์โมนต่ำกว่าระดับต่ำสุดเมื่ออายุ 60-80 ปี ถึงแม้ว่าความสัมพันธ์ที่แน่นอนระหว่างการเกิด andropause และระดับฮอร์โมนที่ลดลงไม่สามารถหาหลักฐานที่ชัดเจนได้ แต่การให้ฮอร์โมนสามารถช่วยอาการทางคลินิกได้⁴⁵ ปัญหาต่อมาคือ การให้ฮอร์โมนดังกล่าวจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งต่อมลูกหมากหรือไม่ การให้ฮอร์โมนดังกล่าวทุกอาทิตย์เป็นเวลา 2 ปี มี PSA สูงขึ้นเพียงเล็กน้อย ในปัจจุบันยังไม่มีความชัดเจนที่ว่าอายุเท่าไรจึงควรให้ฮอร์โมน และควรติดตามอย่างไร การศึกษาต่อไปข้างหน้าควรศึกษาถึงสิ่งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งต่อมลูกหมากในกลุ่มที่ให้ฮอร์โมนเพศชาย

เอกสารอ้างอิง

1. Pienta KJ, Esper PS. Risk factors for prostate cancer. *Ann Intern Med* 1993 ; 118 : 793-803.
2. Spitz MR, Currier RD, Fueger JJ, et al. Familial patterns of prostate cancer : A case control analysis. *J Urol* 1991 ; 146 : 1305-7.
3. Breslow N, Chan CW, Dhom G, et al. Latent carcinoma of prostate at autopsy in seven areas. *Int J cancer* 1977 ; 20 : 680-8.
4. Parker SL, Tong T, Bolden S, et al. Cancer statistics 1997. *CA. Cancer J Clin* 1997 ; 47 : 5-27.
5. Glantz GM. Cirrhosis and carcinoma of prostate gland. *J Urol* 1964 ; 91 : 291-3.
6. Rose DP, Boyar AR, Wynder EL. International comparisons of mortality rates for cancer of the breast, ovary, prostate, and colon and per capita food consumption. *Cancer* 1986 ; 58 : 2363-71.
7. Armstrong B, Doll R. Environmental factors and cancer incidence and mortality in different countries with special reference to dietary practices. *Int J cancer* 1975 ; 15 : 615-31.
8. Kipling MD, Waterhouse JAH. Cadmium and prostatic carcinoma. *Lancet* 1967 ; 1 : 730-1.
9. Kerr WK, Keresteci AG, Mayoh H. The distribution of zinc within the human prostate. *Cancer* 1960 ; 13 : 550-4.
10. Lin DW, Lange PH. The epidemiology and natural history of prostate cancer. In : Lepor H, eds. *Prostatic diseases*. Philadelphia W.B. Saunders company. 2000, 745-56.
11. Mishina T, Watanabe H, Arasaki H, et al. Epidemiological study of prostate cancer by matched-pair analysis. *Prostate* 1985 ; 6 : 423-6.
12. Pedersen KV, Carlsson P, Varenhorst E, et al. Screening for carcinoma of the prostate by digital rectal examination in a randomly selected population. *Br Med J* 1990 ; 300 : 1041-4.
13. Haas GP, Montie JE, Pontes JE. The state of prostate cancer screening in the United States. *Eur Urol* 1993 ; 23 : 337-47.
14. Babaian RJ, Johnston DA, Naccarato W, et al. The incidence of prostate cancer in a screening population with a serum prostate specific antigen between 2.5 and 4 ng/ml relation to biopsy strategy. *J Urol* 2001 ; 165 : 757-60.
15. Morote J, Encabo G, De Torres IM. Use of free prostatic-specific antigen as a predictor of the pathological feature of clinically localized prostate cancer. *Eur Urol* 2000 ; 38 : 225-9.
16. Rodriguez LV, Terries MK. Risks and complication of transrectal ultrasound guided prostate biopsy : a prospective study and review of the literature. *J Urol* 1998 ; 160 : 2155-20.
17. Levine MA, Ittman M, Melamed J, Lepor H. Two consecutive sets of transrectal ultrasound guided sextant biopsies of the prostate for the detection of prostate cancer. *J Urol* 1998 ; 159 : 475-6.
18. Naughton CK, Ornstein DK, Smith DA, Catalona WJ. Pain and morbidity of transrectal ultrasound guided prostate biopsy : A prospective randomized trial of 6 versus. 12 cores *J Urol* 2000 ; 163 : 168-71.
19. Ravery V, Goldblatt L, Royer B, et al. Extensive biopsy protocol improves the detection rate of prostate cancer. *J Urol* 2000 ; 164 : 393-6.

20. Partin AW, Yoo J, Pearson JD, et al. The use of prostate specific antigen, clinical stage and Gleason score to predict pathological stage in men with localized prostate cancer. *J Urol* 1993; 150 : 110-4.
21. Peyromaure M, Ravery V, Gibod LB. Prostate cancer. In : Lunenfeld B, Gooren L, eds. *Textbook of Men's Health*, 1st ed. London Book craft (Bath) Ltd. 2002, 69-85.
22. Partin AW, Pound CR, Clements JQ, et al. Prostate specific antigen after anatomic radical prostatectomy : The Johns Hopkins experience after 10 years. *Urol Clin North Am* 1993 ; 20 : 713-25.
23. Oesterling JE. Prostate-specific antigen : a critical assessment of the most useful tumour marker for adenocarcinoma of the prostate. *J Urol* 1991 ; 145 : 907-23.
24. Lowe BA, Listrom MB. Incidental carcinoma of the prostate : an analysis of the predictors of progression. *J Urol* 1988 ; 140 : 1340-4.
25. Oesterling JE, Suman VJ, Zincke H, Bostwick DG. PSA detected (clinical stage T1C or B0) Prostate cancer : pathologically significant tumors. *Urol Clin North Am* 1993 ; 20 : 687-93.
26. Graverson PH, Nielsson KT, Gasser TC, et al. Radical prostatectomy versus expectant primary treatment in stage I and II prostatic cancer. AIS years follow-up *Urology* 1990 ; 36 : 493-8.
27. Hautmann RE, Sauter TW, Wenderoth UK. Radical retropubic prostatectomy : morbidity and urinary continence in 418 consecutive cases. *Urology* 1994 ; 43 : 47-51.
28. Walsh PC. Patient-reported urinary continence and sexual function after anatomical radical prostatectomy. *J Urol* 2000 ; 164 : 242.
29. Myers RP. The surgical management of prostate cancer : Radical retropubic prostatectomy and radical perineal prostatectomy. In : Lepor H, eds. *Prostatic diseases*, 1st ed. Philadelphia W.B. Saunders Company. 2000, 410-43.
30. Guillonneau B, Vallancien G. Laparoscopic radical prostatectomy : the Montsouris technique. *J Urol* 2000 ; 163 : 1643-9.
31. Zelefsky MJ, Wallner KE, Ling CC. Comparison of the 5 Year outcome and morbidity of three-dimensional conformal radiotherapy versus transperineal permanent iodine-125 implantation for early-stage prostate cancer. *J Clin Oncol* 1999 ; 17 : 517-22.
32. Crook JM, Bahadur YA, Bociek RG, et al. Radiotherapy for localized prostate carcinoma. The correlation of pretreatment prostatic specific antigen and nadir prostate specific antigen with outcome as assessed by systemic biopsy and serum prostate specific antigen. *Cancer* 1997 ; 79 : 328-36.
33. Ragde H, Blasko JC, Grimm PD, et al. Interstitial 125 radiation without adjuvant therapy in the treatment of clinically localized prostate carcinoma. *Cancer* 1997 ; 80 : 442-53.
34. Kaye KW, Olson DJ, Payne JJ. Detailed preliminary analysis of 125-iodine implantation for localized prostate cancer using percutaneous approach. *J Urol* 1995 ; 153 : 1020-5.
35. Lerner SE, Blute ML, Zincke H. Extended experience with radical prostatectomy for clinical stage T3 prostate cancer: outcome and contemporary morbidity. *J Urol* 1995 ; 154 : 1447-52.

36. Van Poppel H, Goethuys H, Callewaert P, et al. Radical prostatectomy can provide cure for well-selected clinical Stage T3 prostate cancer. *Eur Urol* 2000 ; 38 : 372-9.
37. Perez CA, Hanks GE, Leibel SA, et al. Localized carcinoma of the prostate (Stages T1b, T1c, T2, and T3) Review of management with external beam radiation therapy. *Cancer* 1993 ; 72 : 3156-73.
38. Catalona WJ. Management of cancer of the prostate. *N Eng/ J Med* 1994 ; 331 : 996-1004.
39. Peeling WB. Phase III studies to compare goserelin with orchiectomy and with diethylstilboestrol in treatment of prostatic carcinoma. *Urology* 1989 ; 33 (Suppl 5) : 45-52.
40. Goldenbery SL, Beuchovsky N, Gleave ME, et al. Intermittent androgen suppression in the treatment of prostate cancer : a preliminary report. *Urology* 1994 ; 45 : 839-45.
41. Zincke H. Extended experience with surgical treatment of stage D1 adenocarcinoma of prostate. Significant influences of immediate adjuvant hormonal treatment (orchiectomy) on outcome. *Urology* 1989 ; 33 : 27-36.
42. Kelly WK, Scher HI. Prostate specific antigen decline after antiandrogen withdrawal syndrome. *J Urol* 1993 ; 149 : 607-9.
43. Gronberg H, Damber JE, Jonsson H, Lenner P. Patient age as a prognostic factor in prostate cancer. *J Urol* 1994 ; 152 : 892-5.
44. Kerr LA, Zincke H. Radical retropubic prostatectomy for prostate cancer in the elderly and the young : complications and prognosis. *Eur Urol* 1994 ; 25 : 305-12.
45. Comhaire FH. Andropause : hormone replacement therapy in the ageing male. *Eur Urol* 2000 ; 38 : 655-62.

สมองเสื่อม (Dementia)

ภาวะโรคสมองเสื่อม

ภาวะโรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากการเสื่อมถอยของการทำงานของสมอง โดยแสดง ความผิดปกติทางด้านความคิด ความจำ การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ซึ่งรุนแรงและรบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์

สาเหตุ

สาเหตุของภาวะโรคสมองเสื่อม และการสูญเสีย Cognitive เร็วรั้ง ได้แก่

Neurodegenerative

- Alzheimer's disease
- Dementia with Lewy bodies
- Frontal or frontotemporal dementias

Vascular

- Infarction
- Haemorrhage
- Cardiovascular disease
- Vasculitis

Endocrine disorders

- Diabetes
- Thyroid disease
- Parathyroid disease
- Cushing's disease
- Addison's disease

Vitamin deficiencies

- B12 , thiamine and nicotinic acid
- Folic acid

Systemic diseases

- Respiratory disease
- Anaemia

Neurological disorders or trauma

- Normal pressure hydrocephalus
- Head injury
- Space-occupying lesions
- Multiple sclerosis

Infection

- Syphilis
- Encephalitis
- HIV

แนวทางดำเนินการและปฏิบัติต่อผู้มีภาวะโรคสมองเสื่อมเพื่อประเมินความเสี่ยง วินิจฉัยและบำบัดรักษา

1. พิจารณาลักษณะของภาวะโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงด้าน Cognitive หรือพฤติกรรมที่สงสัย และผู้ที่แพทย์หรือผู้ดูแลสงสัยว่ามีความบกพร่องด้าน Cognitive
2. การซักประวัติทางกาย จิต สังคม และการใช้ยา
3. การตรวจร่างกายโดยเน้นหาสาเหตุของ Delirium และตรวจระบบประสาท
4. การตรวจสภาพจิต
5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete blood count - CBC), ระดับเกลือแร่ (electrolytes) ในเลือด (รวมแคลเซียม), ระดับน้ำตาลในเลือด, การทำงานของตับ (Liver function test), เอ็กซเรย์ปอด เป็นต้น
6. การวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิก
7. การรักษาโดยใช้ยา รวมถึงการใช้ยา acetylcholinesterase inhibitors, วิตามินอี หรือยา selegiline
8. ให้ความรู้ผู้ดูแล ครอบครัว กลุ่มสนับสนุน และสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการดูแลที่เหมาะสม
9. บำบัดรักษาปัญหาทางพฤติกรรมต่างๆ

อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์

1. ความจำไม่ดี
2. ไม่สามารถทำงานที่คุ้นเคยได้
3. มีปัญหาในเรื่องของภาษา เช่น หาคำพูดและเปล่งเสียงไม่ได้
4. มีความบกพร่องด้านเวลา สถานที่ (Disorientation to time and place)
5. การตัดสินใจไม่ดีหรือผิดพลาด (Poor judgement)
6. หาของไม่พบ
7. วางของผิดที่
8. อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง
9. บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง
10. ไม่มีความคิดริเริ่ม

แนวทางการวินิจฉัยภาวะโรคสมองเสื่อม

1. การซักประวัติ
 - 1.1 ประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พิษสุราเรื้อรัง การติดเชื้ทางสมอง
 - 1.2 ประวัติการเจ็บป่วยทางสมอง การกระทบกระเทือนของสมอง โรคลมชัก
 - 1.3 ประวัติความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม เช่น การทำของหายเป็นประจำ หลงลืมเป็นประจำ หลงทาง บุคลิกภาพเปลี่ยนไปในทางที่ไม่ถูกกาลเทศะ
 - 1.4 ประวัติความผิดปกติทางด้านจิตเวช เช่น เคยเป็นโรคซึมเศร้า โรคหลงผิด
 - 1.5 ประวัติการใช้ยา สารเคมี สิ่งเสพติด และมีปัญหาโภชนาการ
 - 1.6 ประวัติครอบครัว เช่น มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม เนื่องจากเป็นโรคอัลไซเมอร์ ชนิด early onset (อายุน้อยกว่า 55 ปี) สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้
2. การตรวจร่างกายทั่วไปเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำทุกราย
3. การตรวจระบบประสาท

3.1 ตรวจ cranial nerves

3.2 ตรวจ motor system ประกอบด้วย muscle strength, muscle bulk, tone, deep tendon reflexes, Babinski response, involuntary movements และ tremors อาการแสดงเหล่านี้บ่งถึง

- Muscle disease จะตรวจพบ symmetrical proximal muscle weakness
- Lower motor neuron lesion พบ muscle atrophy, flaccid tone, hyporeflexia
- Pyramidal lesion พบ spastic tone, hyperreflexia, Babinski response
- Extrapyramidal lesion พบ rigidity, abnormal movement, tremors

3.3 ตรวจ sensory system จะแบ่งเป็น

- Primary sensations โดยตรวจดู pain, temperature, light touch เป็นการตรวจ lateral spinothalamic tract ส่วน position sense เป็นการตรวจ posterior column ของ spinal cord

- Cortical sensations ตรวจโดยให้ผู้ป่วยหลับตา จะแปลผลได้เมื่อตรวจ Primary sensation แล้วปกติ ประกอบด้วย

◆ two-point discrimination ใช้วัตถุปลายทู่ เช่น คลิปหนีบกระดาษ จัดให้ปลาย 2 ข้าง ชี้มาทางเดียวกันห่าง 2 มม. และที่ปลายนิ้วมือ ผู้ป่วยควรแยกแยะระหว่างการแตะจุดเดียวหรือ 2 จุดได้

◆ Graphesthesia ใช้วัตถุทู่เขียนเลขหรือตัวหนังสือที่ฝ่ามือผู้ป่วย

◆ Stereognosis บอกชื่อสิ่งของที่คลำได้

◆ Double simultaneous stimulation แตะที่แขนของผู้ป่วยทีละข้าง ถ้าผู้ป่วยตอบได้ว่า แตะข้างใด ให้แตะพร้อมกัน 2 ข้าง ถ้าผู้ป่วยตอบว่าแตะข้างเดียวบ่งบอกว่ามีพยาธิสภาพส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพสมองข้างขวา

การตรวจ Cortical sensations ผิดปกติข้างใดบ่งว่ามีรอยโรคอยู่ที่ parietal lobe ด้านตรงข้าม ถ้าผิดปกติทั้งสองข้างมักจะเกิดจาก primary sensations ผิดปกติ

3.4 ตรวจ cerebellar system ประกอบด้วย การตรวจ

- Limb dysmetria เช่น finger to nose test, heel-to-knee test, rapid alternate movement บ่งถึงรอยโรคบริเวณ cerebellar hemisphere

- การทรงตัวและการเดิน บ่งถึงรอยโรคบริเวณ cerebellar vermis

3.5 ตรวจ primitive reflexes การตรวจพบ primitive reflexes หลายๆ อย่างพร้อมกันมักบ่งถึง รอยโรคที่สมองส่วนหน้า (frontal lobe แต่อาจตรวจพบได้ในคนปกติโดยเฉพาะผู้สูงอายุ)

- Grasp reflex เขี่ยเบาๆ ที่ฝ่ามือของผู้ป่วย โดยให้นิ้วมือของผู้ตรวจวางลงตรงระหว่างนิ้วชี้ และนิ้วหัวแม่มือของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะกำนิ้วโดยไม่รู้ตัว



รูปที่ 1 แสดงการตรวจด้วยวิธี Grasp reflex

- Palmomental reflex ใช้วัตถุปลายทู่หรือเล็บของผู้ตรวจเชี่ยที่ฝ่ามือของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว จะมีการหดตัวของกล้ามเนื้อ mentalis ที่คางของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว

- Snout reflex เคาะเบาๆ ที่เหนือริมฝีปากด้านบน จะมีการขยับริมฝีปากของผู้ป่วย

- Sucking reflex ใช้วัตถุปลายมนแตะที่มุมปาก จะมีการเคลื่อนไหวของริมฝีปากมายังด้านเดียวกับวัตถุ

- Glabellar response ใช้นิ้วของผู้ตรวจเคาะเบาๆ ที่ระหว่างคิ้วของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะกระพริบตาตามการเคาะไปเรื่อยๆ

3.6 ตรวจการเดินและการทรงตัว ประกอบด้วย

- การยืน ถ้ามีขากางมาก (Wide-based) หรือ truncal ataxia บ่งถึงรอยโรคบริเวณ cerebellum การยืนก้มตัวมักพบใน Parkinsonism

- การเดิน ถ้าก้าวสั้นๆ ถี่ๆ แขนไม่แกว่ง มักพบใน parkinsonism

- Rhomberg test ให้ยืนเท้าชิด ถ้ายังลื้มตามผู้ป่วยสามารถทรงตัวได้ เมื่อหลับตาลงแล้วจะล้ม บ่งถึงความผิดปกติของ position sense ซึ่งผ่านทาง posterior column ของ spinal cord

- Postural reflexes (pull test) ผู้ตรวจยืนด้านหลังผู้ป่วย ใช้มือทั้งสองดึงไหล่ของผู้ป่วย มาด้านหลังอย่างรวดเร็วแรงพอเหมาะ การทรงตัวมักจะเสียใน Parkinsonism

3.7 ตรวจ meningeal irritation signs เช่น การตรวจ neck stiffness, kernig sign

สรุปอาการแสดงที่สำคัญในภาวะโรคสมองเสื่อม

Signs	Conditions
Hypothermia / bradycardia Anemia, jaundice	hypothyroidism systemic disease เช่น vitamin deficiency, liver disease
Papilloedema	increase intracranial pressure เช่น brain tumor, hydrocephalus
Cranial nerve palsy / pyramidal signs	focal brain lesions เช่น vascular dementia, brain tumor
Weakness-muscle disease Polyneuropathy	thyroid disease systemic disease เช่น vitamin deficiency, renal disease
Extrapyramidal signs Primitive reflexes (in early dementia)	dementia with lewy bodies, parkinson's disease frontal lesions เช่น frontotemporal dementia, hydrocephalus, vascular dementia
Abnormal gait / uninhibit bladder Impair position sense / Rhomberg test	hydrocephalus, vascular dementia syphilis, vitamin B12 deficiency

4. การตรวจสภาพจิต โดยสังเกตตั้งแต่ผู้ป่วยเดินเข้ามาในห้องตรวจ ควรถามอย่างมีศิลปะ และแนบเนียนที่สุดที่จะทำได้ อย่าให้ผู้ป่วยลำบากใจ และสังเกตพฤติกรรมต่อไปนี้

4.1 Continuity of consciousness การตรวจ Continuity of consciousness เรียกว่า Tap test ผู้ตรวจเคาะกระดาน 1 ครั้ง แล้วให้ผู้ป่วยเคาะกระดาน 2 ครั้ง ถ้าผู้ตรวจเคาะกระดาน 2 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ต้องเคาะ ถ้าผู้ป่วยทำได้ consciousness ปกติ

4.2 Activity และ alertness ของผู้ป่วย ว่ามากกว่าปกติ ปกติ หรือน้อยกว่าปกติด้วย

4.3 Orientation ถามว่ารู้เวลา สถานที่ หรือบุคคลหรือไม่

4.4 ความจำ เล่านิทาน แดงกับดำสองคนเป็นเพื่อนกัน ซวนกันไปตกปลา ดำตกปลากระพงแดง ได้ 3 ตัว ผู้ตรวจเล่านิทานให้ผู้ป่วยฟัง ผู้ป่วยฟังแล้วให้เล่ากลับมาอีกครั้งหนึ่ง

4.5 การใช้ภาษาและการหาคำพูดหรือเปล่งเสียงไม่ได้

4.6 Concentration

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อแยกโรค

ตารางที่ 1 แสดงการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อแยกโรค

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ตรวจหา
1. การตรวจนับเม็ดเลือด CBC (ต้องดู red cell morphology และมองหา hypersegmented neutrophils ด้วย)	การติดเชื้อ ภาวะซีดจากการขาดวิตามินบี 12 และกรดโฟลิก โรคเลือดอื่นๆ
2. การตรวจหายูเรียและเกลือแร่ (Bun, creatinine และ Electrolyte)	ภาวะขาดน้ำ ภาวะไตวาย โปตัสเซียมในเลือดต่ำ โซเดียมในเลือดต่ำ
3. การตรวจหาน้ำตาลในกระแสเลือด	ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
4. การตรวจการทำงานของตับ (Liver function tests)	โรคพิษสุราเรื้อรัง พิษจากยา โรคของตับ
5. การตรวจซีรั่ม (VDRL, HIV)	ซีฟิลิสขั้นสมอง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
6. การตรวจหาแคลเซียมและฟอสฟอรัส	โรคของต่อมพาราไทรอยด์ โรคของไต โรคมะเร็ง
7. การตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์	ไทรอยด์เป็นพิษ มิกซีเดมา (ขึ้นกับความสามารถของการตรวจที่ทำได้ แต่ถ้าเป็นไปได้ควรตรวจหา TSH ด้วย)
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจขาดเลือด
9. การเอ็กซเรย์ปอด	การติดเชื้อ โรคมะเร็ง โรคกล้ามเนื้อหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจที่ทำให้เกิดภาวะสมอง ขาดออกซิเจน
10. การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG)	โรคทางเมตาบอลิก ลมชัก โรคมะเร็ง
11. การเอ็กซเรย์สมองด้วยคอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า	ภาวะสมองเหี่ยวทั้งแบบกระจายและเฉพาะที่ ภาวะสมองตาย เลือดออกในสมอง โรคมะเร็ง ภาวะที่มีน้ำในสมอง

การวินิจฉัยภาวะโรคสมองเสื่อม (Dementia)

สูญเสียความจำและสูญเสีย Cognition อื่นๆ ร่วมตัวอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ โดยมีความรุนแรงจนเป็นปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคม

1. ไม่สามารถคิดในสิ่งที่ซับซ้อนได้
2. สูญเสียการตัดสินใจ
3. มีปัญหาเกี่ยวข้องกับการใช้ภาษา ด้านการพูด หรือการเข้าใจ (Aphasia)
4. ไม่สามารถบังคับการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนได้ในขณะที่ผู้ป่วยยังเข้าใจคำสั่งได้ดี กล้ามเนื้อยังปกติดี (Apraxia)
5. ไม่สามารถบอกชื่อ สิ่งของ และบุคคลได้ในขณะที่ประสาทสัมผัสยังปกติอยู่ (Agnosia)

ชนิดของภาวะโรคสมองเสื่อม (Dementia)

Alzheimer's dementia (AD)

ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Dementia ร่วมกับอาการค่อยเป็นค่อยไป และทรุดลงอย่างช้าๆ นานอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีอาการแสดงทางระบบประสาทเฉพาะที่หรือมีลักษณะการเดินที่ผิดปกติ ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะสับสนวุ่นวาย (delirium) และไม่มีสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิด dementia เช่น hypothyroidism การขาดวิตามิน B12 เป็นต้น ซึ่ง AD เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มของ Dementia โดยพบประมาณร้อยละ 3 ของประชากรที่มีอายุเกิน 65 ปี และมีลักษณะที่สำคัญคือ ค่อยเป็นค่อยไป

1. ความจำปัจจุบันไม่ดี
2. ไม่สามารถทำงานที่คุ้นเคยได้
3. มีความลำบากในการพูด
4. มีความบกพร่องด้านเวลา สถานที่
5. การตัดสินใจไม่ดี หรือผิดพลาด
6. หาของไม่พบ
7. วางของผิดที่
8. อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนไป
9. บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง
10. ไม่มีความคิดริเริ่ม

Vascular dementia (VD)

ผู้ป่วยจะมีอาการของภาวะโรคสมองเสื่อมร่วมกับมีหลักฐานบ่งชี้ว่า มีโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) คือ มีอาการแสดง เช่น แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ตามองไม่เห็นครึ่งซีกทั้งสองข้าง (Hemianopia) และพบความผิดปกติในสมองจากการตรวจ CT scan หรือ MRI การดำเนินโรคมักเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอาการสมองเสื่อมที่ทรงและทรุดสลับกันไปแบบบันได (Stepwise process)

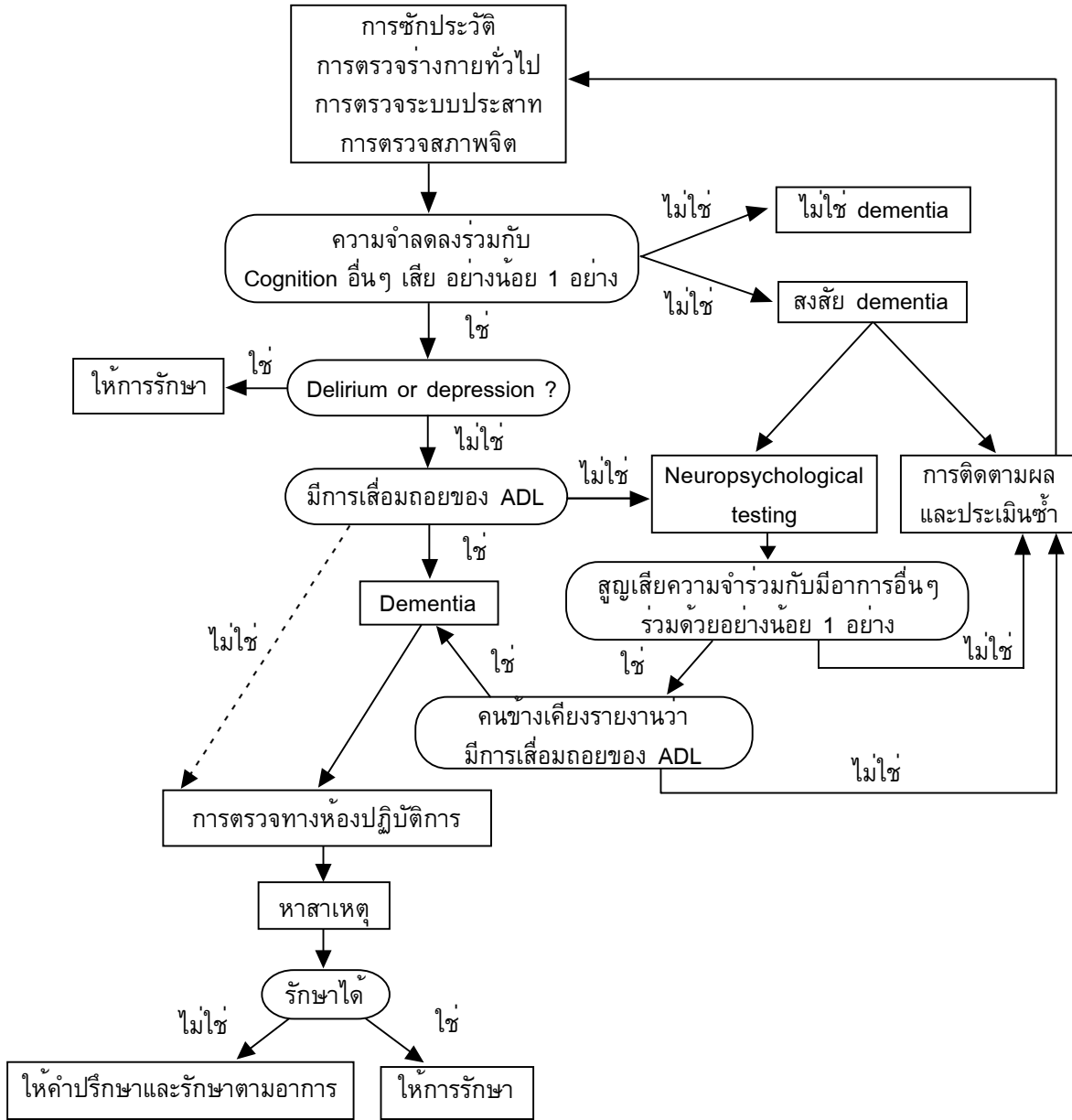
อาการที่มักพบได้บ่อยใน Vascular dementia คือ มีความผิดปกติของการเดินเกิดขึ้นก่อนการทรงตัวไม่ดี มีประวัติหกล้มบ่อย กลั้นปัสสาวะลำบาก อาการพูดลำบากร่วมกับความผิดปกติของการควบคุมอารมณ์ อารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว (Pseudobulbar palsy) อาจพบร่วมกับ Alzheimer's dementia

Dementia with lewy bodies (DLB)

การวินิจฉัยโรคนี้ คือ ผู้ป่วยต้องมี Dementia ร่วมกับ 2 ใน 3 ของอาการ ดังนี้

1. ภาพหลอน (Visual hallucination) ภาพหลอนที่เกิดขึ้น มักเป็นภาพธรรมชาติหรือเป็นภาพที่สลับซับซ้อน โดยอาจจะเห็นเป็นสัตว์หรือเห็นภาพคล้ายความฝัน

2. ระดับความรู้สึกตัวแย่ง (Fluctuation of consciousness) การที่มีระดับความรู้สึกตัวแย่งดีบ้าง ต่ำดื่อกัน เป็นลักษณะที่รู้ตัวหรือซึ่มสลับกัน หรือมี Cognition เสียมาก เรียกว่า bad day หรืออาจจะรู้เรื่องดี เรียกว่า good day อาการขึ้น ๆ ลง ๆ พบได้มากใน DLB มากกว่า dementia จากสาเหตุอื่น
3. อาการ Parkinsonism ผู้ป่วยอาจมีอาการ Parkinsonism มากหรือน้อยก็ได้



หมายเหตุ : ADL (Activity of dialy living) หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนการประเมินภาวะโรคสมองเสื่อม

ขั้นตอนการประเมินและแยกโรคภาวะโรคสมองเสื่อม

ขั้นตอนที่ 1 แยก Normal aging กับ Dementia โดยในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะสูญเสียความจำทั้งหมด แต่ในผู้สูงอายุทั่วไปสูญเสียความจำเป็นบางส่วน เช่น ผู้สูงอายุที่ไปงานเลี้ยงแล้วจำไม่ได้ว่าไปงานเลี้ยงให้สงสัยเป็นโรคสมองเสื่อม แต่ถ้าจำว่าใครนั่งโต๊ะเดียวกันไม่ได้อาจเป็นอาการหลงลืมของผู้สูงอายุปกติ

ขั้นตอนที่ 2 แยก Dementia ออกจากโรคซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) และจิตเภท (Schizophrenia) โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการเด่นในเรื่องของอารมณ์ ซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงเช้า มีความคิดท้อแท้ สิ้นหวัง/มีความจำที่แยลง ไม่แน่นอน เสียความจำเพียงบางส่วน อย่างไรก็ตาม Depression อาจพบร่วมกับ Dementia ได้

ขั้นตอนที่ 3 แยก Delirium จาก Dementia ถ้ามีประวัติที่ onset เร็ว และระยะสั้น สนใจสิ่งแวดล้อมต่างๆ น้อยลง และการรับรู้เปลี่ยนแปลงไปมาในแต่ละวัน พลุ่พลุ่ผ่าน กระวนกระวาย มีภาพหลอน กลางคืนไม่นอน นอนกลางวัน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบกับประวัติเดิม

ขั้นตอนที่ 5 แยก Dementia ที่รักษาได้ร่วมกับโรคแทรกซ้อนที่เกิดร่วม เช่น ภาวะพิษสภาวะอักเสบเรื้อรัง ตาและหูไม่ดี

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบทางคลินิกระหว่าง Delirium, Dementia และ Depression

Characteristic	Delirium	Dementia	Depression
Onset	เกิดขึ้นฉับพลันทันที (sudden)	ค่อยเป็นค่อยไป (insidious) หรือประปรายเป็นครั้งคราว (sporadic)	เกิดขึ้นฉับพลันทันที สัมพันธ์กับเหตุการณ์ เปลี่ยนแปลงในชีวิต
Duration	อาการไม่แน่นอนในแต่ละวัน	อาการคงที่เป็นเดือนเป็นปี	อาการเกิดขึ้นตลอดเวลา ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์
Time of day	- เป็นมากเวลากลางคืน หรือเป็นผลมาจากการรับประทานยาและยาถึงระดับสูงสุด - รบกวนวงจรการหลับและตื่น	คงที่, ไม่เปลี่ยนแปลง	นอนไม่หลับ
Cognitive impairment	- สูญเสียความจำ - ไม่มีสมาธิ - ความใส่ใจ - ระดับความรู้สึกรู้ตัวขึ้นๆ ลงๆ - การคำนวณ	- สูญเสียความคิดเชิงนามธรรม (abstract thinking) - การตัดสินใจไม่ดี - ความจำ - รูปแบบความคิด (thought patterns) - การคำนวณ (calculations)	- สูญเสียความจำ หลงลืม เป็นบางอย่างที่ไม่สนใจ - ไม่มีสมาธิ

Characteristic	Delirium	Dementia	Depression
Activity	- เพิ่มขึ้นหรือลดลง อาจเป็นแบบขึ้นๆ ลงๆ (fluctuate) เป็นช่วงๆ ในแต่ละวัน	ไม่เปลี่ยนแปลงจาก พฤติกรรมปกติ-	- ไม่สนใจในสิ่งต่างๆ ที่เคยสนใจ หงุดหงิด กระวนกระวาย นั่งไม่ติด
Speech / language	- พูดคำคละ เลอะเลือน (slurred) หรือพูดเร็ว (rapid) - พูดมาก พูดวาท (manic) - Targuitial	- ผิดปกติ - พูดไปเรื่อยๆ โดยไม่มี เนื้อหาอะไรและพูดแบบ ไม่ปะติดปะต่อกัน (incoherent) - คิดคำที่จะพูดไม่ออก	- ลักษณะการพูดปกติ แต่จะตอบคำถามช้า
Mood and affect	- อารมณ์เปลี่ยนแปลง ไปมาอย่างรวดเร็ว - หวาดกลัว - ชี้อาลัย	- ซึมเศร้า - ไร้อารมณ์ - ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม	- มีอารมณ์เศร้าอย่างมาก - วิตกกังวล - หงุดหงิดพล่งพลาณ
Delusion / hallucination	- ประสาทหลอนทางตา ทางหู และสัมผัส - หลงผิด	- หลงผิด - ประสาทหลอนในบางคน - หวาดระแวงว่า มีคนขโมยของ	- หลงผิดคิดว่าตนเองไร้ค่า และเป็นภาระแก่ลูกหลาน
Associated factors or triggers	- สาเหตุทางร่างกาย - พิษจากยา - บาดเจ็บที่ศีรษะ - สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยน แปลงไป - ปัญหาด้านการมองเห็น หรือการได้ยิน	- โรคพิษสุราเรื้อรัง - ขาดวิตามินบี12 - Huntington chorea - โรคหลอดเลือดแดง (arterial disease) - ติดเชื้อ HIV - โรค Alzheimer	- สูญเสียเพื่อน ครอบครัว - สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วย - สูญเสียวิถีการดำเนินชีวิต
Reversibility	Potential รักษาหายได้ ถ้าหาสาเหตุพบ	ไม่สามารถกลับคืนได้ และเป็นมากขึ้น	- Potential รักษาหายได้

ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะโรคสมองเสื่อม

(Behavior and psychological symptoms in dementia - BPSD)

ภาวะโรคสมองเสื่อมนอกจากมีปัญหาเรื่องความจำแล้วยังมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมร่วมด้วย

สาเหตุของ BPSD ใน Dementia

1. ความจำไม่ดี
2. มีปัญหาทางสุขภาพ เช่น ท้องผูก ทางเดินปัสสาวะอักเสบ
3. พยาธิสภาพทางสมองของผู้ป่วย Dementia ทำให้แสดงอาการทางจิตเวช
4. เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกที่สนองตอบต่อสิ่งแวดล้อม

การประเมิน BPSD

ประเมินจากหลายองค์ประกอบร่วมกัน ได้แก่ อุปนิสัยก่อนป่วย และการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living)

อาการหลายอย่างมักจะหายได้เอง การรักษามักจะอาศัยหลัก Psychosocial Treatment มาก่อน Pharmacological Treatment ซึ่งอาการของ Dementia นอกจะแสดงออกทางด้านความจำ และ Cognition อื่นๆ แล้ว ยังแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ดูแลที่ต้องนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ โดยแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. Agitation เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง ซึ่งมีสาเหตุและแนวทางการดูแลดังแผนภูมิที่ 2

2. Psychosis in dementia อาการต่างๆ ที่พบบ่อย ได้แก่

- 2.1 ผู้ป่วยหลงผิดว่าบุคคลหรือสิ่งของที่มีอยู่ในบ้านเป็นสิ่งแปลกปลอมเข้ามา
- 2.2 ผู้ป่วยเห็นภาพในโทรทัศน์หรือรูปภาพเป็นสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เป็นจริง
- 2.3 ผู้ป่วยแปลงภาพในกระจกของผู้ป่วยเองเป็นบุคคลอื่น

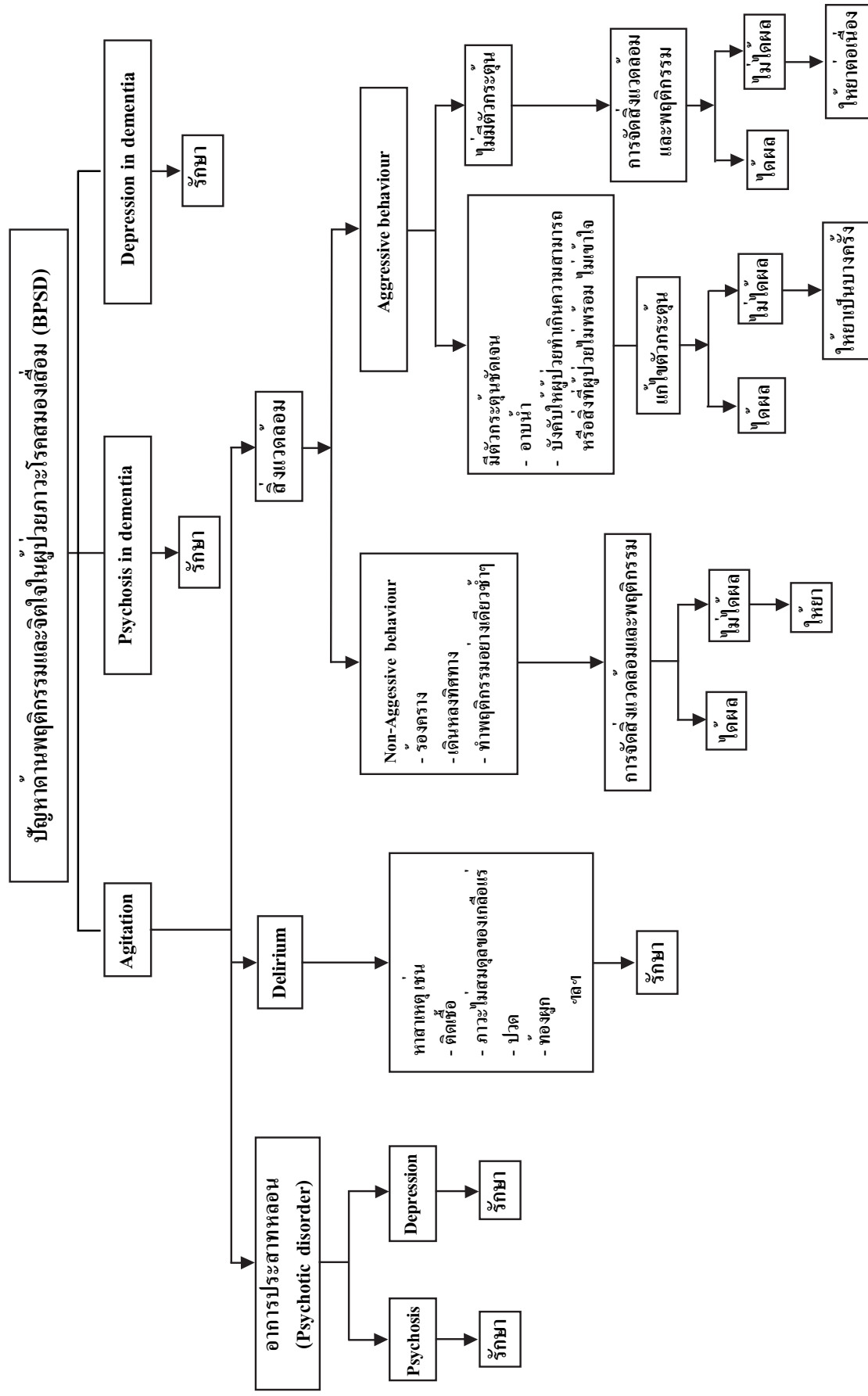
ลักษณะหลงผิดในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีลักษณะธรรมดาที่ไม่ซับซ้อนไม่เหมือนกับอาการโรคจิตอื่น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยหากกระเป๋าสตางค์ไม่เจอ ผู้ป่วยหลงผิดคิดว่าถูกขโมย ผลของอาการหลงผิดของผู้ป่วยทำให้มีพฤติกรรมและอารมณ์ผิดปกติ ผลตามมาก็คือความจำเสื่อมลงถ้าไม่ได้รับการรักษา และยังมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลเครียด อาการทางจิตพบมากขึ้นในระยะกลางจนถึงรุนแรง และยังเกี่ยวข้องกับอาการทางกาย เช่น ตาไม่ดีก่อให้เกิดภาพหลอน หูไม่ดีก่อให้เกิดหูแว่ว

3. Depression in dementia พบได้ร้อยละ 10-20 ของ Alzheimer's dementia (AD) ร้อยละ 20-30 ของ Vascular dementia (VD) โดยมีอาการเฉยเมย ซึม หงุดหงิด ก้าวร้าว แยกตัว ไม่สนใจสิ่งต่างๆ รอบตัวที่เคยสนใจ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดหรือเพิ่มผิดปกติ นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป อ่อนเพลีย ไม่มีแรง วุ่นวายหรือเฉื่อยชา บ่นไม่สบายทางร่างกาย เช่น ปวด มีความรู้สึกกว่าตนเองไม่มีค่าติดอยากตาย

การวินิจฉัยแยกโรค

1. ยารักษาโรคบางชนิดอาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้า เช่น Steroid beta blocker digoxin anti-inflammatory drugs

2. โรคบางชนิดที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า เช่น โรคมะเร็ง โรคพาร์กินสัน โรคไตเรื้อรัง โรคติดเชื้อ และภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่



แผนภูมิที่ 2 แสดงสาเหตุและแนวทางการจัดการภาวะ Agitation ในผู้ป่วย Dementia

หลักการของแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยโรค Dementia

1. Non-pharmacological treatment

Diet and life style การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต้องประกอบด้วย การปรับสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย การดูแลจากครอบครัว และการป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา เช่น การหกล้มจากอุบัติเหตุต่างๆ การติดเชื้อ เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเป็นผลต่อการเร่งการดำเนินโรคต่อไปในทางที่เลว นอกจากนี้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านยังเป็นหัวใจสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพราะการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจะทำให้ผู้ป่วยวุ่นวายและไม่สงบ ดังนั้นเรื่องเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยควรจะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก และต้องได้รับการดูแลอย่างดีและถูกต้อง การออกกำลังกาย เคลื่อนไหว อาหารกับการขับถ่าย และการป้องกัน การขาดสารอาหารและน้ำเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ รวมทั้งการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว อย่างดีและพอเพียงมีความสำคัญยิ่ง เพราะผู้ป่วยมีความโน้มเอียงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในช่วงแรก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม บทบาทของสมาชิกในครอบครัวทุกคนต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำเป็นต้องได้รับการอธิบาย ส่งเสริม และร่วมมืออย่างดี เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. Pharmacological treatment

ตารางที่ 3 แสดง Pharmacological treatment

โรค / ยา	การใช้ยา/ข้อพึงระวัง / ประโยชน์ที่ได้			
Alzheimer's disease				
Cholinesterase inhibitors	ให้รับประทานหลังอาหาร			
	ขนาดเมื่อเริ่มยา และวิธีปรับยา	ขนาดยา สูงสุด	ระยะเวลา ก่อนเพิ่มยา	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย
Donepezil	0.25-5 mg OD อาจเพิ่มเป็น 10 mg OD	10 mg OD	4-6 สัปดาห์	คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ท้องเดิน
Rivastigmine	1-1.5 mg bid อาจเพิ่มครั้งละ 1.5 mg bid จนถึงขนาดสูงสุด	6.0 mg bid	2 สัปดาห์ หรือ 3-4 สัปดาห์ ถ้าทนต่อยาไม่ดี	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ซึ่งการปรับขนาดยาอย่างช้าๆ จะช่วยลดอาการข้างเคียงเหล่านี้
Galantamine	2-4 mg bid อาจเพิ่มครั้งละ 4 mg bid จนถึงขนาดสูงสุด	12 mg bid	4 สัปดาห์	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ น้ำหนักตัวลด
Natureal Vitamine E	ขนาด 2000 IU. OD		ช่วยชะลอการรับไว้ในสถานดูแลผู้สูงอายุ ชะลอการดำเนินของโรคเขาสูษุนรุนแรง และชะลอการเสียชีวิต	

โรค / ยา	การใช้ยา / ข้อพึงระวัง / ประโยชน์ที่ได้			
	ให้รับประทานหลังอาหาร			
	ขนาดเมื่อเริ่มยา และวิธีปรับยา	ขนาดยา สูงสุด	ระยะเวลา ก่อนเพิ่มยา	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Selegiline 	5 mg bid หลังอาหารเช้า กลางวัน (ไม่ควรรับประทาน หลังอาหารเย็นเพราะอาจ ทำให้ออนไม่หลับได้)		ช่วยชะลอการเข้ารักษาตัวในสถานดูแลผู้สูงอายุ และการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะรุนแรง รวมทั้งชะลอ การเสียชีวิตเมื่อเทียบกับยาหลอก	
ใช้ร่วมกับ vitamin E ไม่ทำให้เกิดประโยชน์เพิ่มขึ้นชัดเจน				
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Estrogen ▶ Anti-inflammatory agents ▶ Antioxidants ▶ Lecithin 			ไม่มีหลักฐานทางวิชาการเพียงพอในการใช้เป็น cognitive enhancing agents	
Alzheimer's disease with cerebrovascular disease				
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Galantamine ▶ Rivastigmine 	12 mg bid 6-12 mg bid		<ul style="list-style-type: none"> ▶ อาการ cognitive function อารมณ์และพฤติกรรม ดีขึ้น ทำให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันดีขึ้น เมื่อเทียบกับยาหลอก ▶ อาการ cognitive function, ADL และความรุนแรง ของโรคสมองเสื่อมดีขึ้นเมื่อเทียบกับยาหลอก 	
Dementia with lewy bodies				
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Rivastigmine 	6-12 mg bid		ผลช่วยลดอาการทางด้านพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้เมื่อเทียบกับยาหลอก	
Vascular dementia				
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Donepezil ▶ Galantamine ▶ Rivastigmine 	5-10 mg OD 8-12 mg bid 6-12 mg bid		<ul style="list-style-type: none"> ▶ อาการ cognitive และ global function ดีขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มยาหลอก ▶ อาการ cognitive function อารมณ์และ พฤติกรรมดีขึ้น basic ADL ดีขึ้นเมื่อเทียบกับ ยาหลอก ▶ พฤติกรรมและ executive functions ดีขึ้น 	
Mixed dementia (Alzheimer's disease and vascular dementia)				
<ul style="list-style-type: none"> ▶ EGb 761 (สารสกัด จากใบแปะก๊วย) 	40 mg tid		Cognitive function ดีขึ้นได้เล็กน้อย	

2.1 กลุ่ม Cholinesterase inhibitors เป็นยาที่ได้รับรองว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยทำให้ Cognitive function อารมณ์ด้านอารมณ์และพฤติกรรม และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมดีขึ้น แต่มีราคาแพงจึงต้องระมัดระวังในการใช้ยาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำลาย acetylcholine ในสมองที่ช่วยการติดต่อประสานงานของเซลล์สมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับด้านความจำ

2.2 Antioxidants ได้แก่ Selegiline 10 มก.ต่อวัน และ Natural vitamin E ขนาด 2000 IU.ต่อวัน ให้อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 2 อย่าง มีอัตราการดำเนินของโรคช้ากว่า สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะรุนแรงน้อยกว่า มีอัตราการตายน้อยกว่า ส่วนการศึกษาประสิทธิภาพเพื่อช่วยป้องกันการเกิดโรคอัลไซเมอร์ ยังไม่สรุปว่ามีผลช่วยป้องกัน

2.3 Anti-inflammatory agents จากการศึกษา randomized controlled study พบว่า ยา NSAIDS ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาหรือเพื่อช่วยชะลอการดำเนินของโรค

2.4 Ginkgo-biloba extracts สารสกัดจากใบแปะก๊วยในรูปแบบที่เป็นยามีสารสำคัญอยู่ในรูปแบบของสารสกัดที่ชื่อว่า EGb 761 เป็น standardized compound ที่ประกอบด้วยสารสำคัญคือ flavonoids 24 %, proantocyanidins 7 %, terpenoids 60 % และมีปริมาณของ ginkgolic acid ซึ่งเป็นสารมีฤทธิ์ก่อมะเร็ง ต้องให้ไม่เกิน 5 ppm โดยใช้ EGb 761 ขนาด 120 มก.ต่อวัน (40 มก. วันละ 3 ครั้ง) ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นเวลานาน 6 เดือน สามารถช่วยชะลอการดำเนินของโรคไม่ให้เลวลงได้ สำหรับการศึกษาการใช้สารสกัดจากใบแปะก๊วยในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็น Dementia เพื่อศึกษาว่ามีผลช่วยป้องกันการเกิดโรคได้หรือไม่ ยังไม่สามารถสรุปได้

2.5 Estrogen หลักฐานทางวิชาการการใช้ estrogen + progesterone replacement therapy ไม่มีผลช่วยให้ cognitive function ของผู้ป่วย dementia ดีขึ้น และยังไม่มีความแนะนำให้ใช้ ERT/HRT ในการป้องกันโรค dementia โดยตรง เนื่องจากยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงอื่น เช่น มะเร็งเต้านม โรคหลอดเลือด

การรักษาอาการทางพฤติกรรมและจิตใจ

(Behavior and Psychological Symptoms of Dementia - BPSD)

การรักษาอาการทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยควรเป็นไปในการป้องกัน ไม่ควรเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อม เพราะอาจเป็นตัวกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการ แต่ถ้าอาการเป็นมากขึ้นจนส่งผลทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแล การรักษาด้วยการใช้ยาจะสามารถช่วยควบคุมอาการเหล่านั้นได้บ้าง ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น (ดูในแผนภูมิที่ 2 ประกอบ)

1. การรักษาโรคโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา (Non-pharmacological intervention) การรักษาวิธีนี้จัดเป็นการรักษาอันดับแรกก่อนที่จะเริ่มให้การรักษาด้วยยาในการรักษาอาการทางพฤติกรรมและจิตใจที่มีอาการไม่มากและไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลมากนัก มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบๆ ผู้ป่วยให้เหมาะสมและเรียบง่าย และพยายามให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ตัวอย่างเช่น จัดบ้าน ห้องนอน ห้องน้ำให้อยู่ในสภาพที่คุ้นเคยเพื่อป้องกันมิให้เกิดอาการหลงผิดคิดว่าเป็นบ้านคนอื่น หลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้ป่วยเพื่อช่วยลดอาการก้าวร้าว หงุดหงิด พยายามเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย หนีไปคุยเรื่องอื่นเพื่อช่วยลดอาการถามซ้ำๆ ใส่กุญแจรั้วบ้านข้างใน จัดแยกเสื้อผ้าให้เพื่อป้องกันอาการหลงผิดว่าเป็นเสื้อผ้าคนอื่น จัดเวลาเข้าห้องน้ำเพื่อป้องกัน urinary incontinence นอกจากนี้ผู้ดูแลจะต้องทำการประเมินผู้ป่วยซ้ำบ่อยๆ เพราะถ้ามีอะไรผิดปกติไปจากเดิมจะได้ทราบ และปรึกษาแพทย์เพื่อหาทางป้องกันหรือรักษาต่อไป

ตารางที่ 4 แสดงแนวทางการแก้ไขโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

พฤติกรรมที่ผิดปกติ	สาเหตุ	แนวทางการแก้ไข
ถามและมีพฤติกรรมซ้ำๆ	กังวล ความจำเสื่อม	ให้ความมั่นใจ จัดให้ผู้ช่วยหันเหความสนใจไปทางอื่น
การนอนที่ผิดปกติ	ฝันร้าย สูญเสียการรับรู้เวลา เปลี่ยนแปลง Circadian rhythm	ไม่ให้อาหารหนักในมือเย็น ผ่อนคลายก่อนนอน นิ่งเก้าอี้โยก หากิจกรรมให้ทำเวลากลางวัน
เกาะติดแฉ	ต้องการความปลอดภัย กลัวว่าผู้ดูแลจะหนี	ผู้ดูแลต้องบอกผู้ป่วยทุกครั้งว่าไปไหน หันเหความสนใจ
ทำของหาย	สูญเสียความจำ ไม่มั่นคง	เห็นด้วยกับผู้ป่วยเรื่องของหายให้พยายามจำกัดของมีค่า
พฤติกรรมวุ่นวาย ไม่มีจุดหมาย ไม่ยอมอยู่กับที่	จำสถานที่ไม่ได้	จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยใส่กุญแจประตูบ้านก่อนที่จะออกนอกบ้าน
เดินเปะปะ	Depression, Delirium, Confusion	รักษาตามสาเหตุ
พฤติกรรมทางเพศ ที่ไม่เหมาะสม	มีความต้องการทางเพศ ต้องการปัสสาวะ แต่งกายไม่เรียบร้อย	หันเหความสนใจ ถามผู้ป่วยว่าต้องการปัสสาวะหรือไม่ และถ้าแต่งตัวไม่เรียบร้อยก็ต้องช่วยจัดเสื้อผ้าให้เรียบร้อย

2. การรักษาโดยการใช่ยา จะมีการใช่ยาเมื่ออาการทางพฤติกรรมรุนแรงมากจนส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและเป็นอันตราย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันยานี้ได้รับการรับรองว่าสามารถช่วยลดอาการทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ Cholinesterase inhibitors (CHETs) และยารักษาโรคจิตและโรคซึมเศร้า (psychotropic drugs) โดยยาในกลุ่ม CHETs ทุกตัวช่วยลดอาการทางพฤติกรรมบางอย่างในผู้ป่วยลงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับยาหลอก แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับยาในกลุ่ม CHETs หรือยังมีปัญหาพฤติกรรมอยู่ ควรพิจารณาใช่ยาในกลุ่ม psychotropic drugs การรักษาอาการทางจิตและโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย Dementia ส่วนใหญ่มักจะใช่ยาระงับอาการ

ตารางที่ 5 แสดงหลักการรักษา

Class of symptom	Medication	Start (mg)	Dose range (mg)	Comments
Psychosis	Rivastigmine	1-2 mg วันละ 2 ครั้ง	6-12 mg	Once daily ระวัง เกิด EPS (Extrapyramidal symptoms) Twice or once daily
Delusions	Donepezil	2.5 mg ก่อนนอน	10 mg (5-10 mg)	
Hallucination	Galantamine	4-8 mg วันละ 2 ครั้ง	16-24 mg	
	Haloperidol	0.5	1 mg (0.5-3 mg)	
	Fluphenazine	0.5	1 mg (1-5 mg)	
	Clozapine	6.25	50 mg (10-100 mg)	
	Risperidone	0.5	1 mg (0.5-6 mg)	
	Olanzapine	2.5	5 mg (5-20 mg)	
	Quetiapine	12.5 mg วันละ 2 ครั้ง	50 mg (12.5-100 mg)	
Agitation / Aggression	Rivastigmine	1-2 mg bid	6-12 mg	Once daily อาจเกิด EPS ถ้าให้เกิน 2 mg/วัน ระวัง orthostatic hypotension *Steven Johnson syndrome ติดตามระดับเม็ดเลือด, ว่างซึม **ติดตามระดับ enzyme ตับ มีผลยับยั้งการทำงานของ enzyme
	Donepezil	2.5 mg ก่อนนอน	10 mg (5-10 mg)	
	Galantamine	4-8 mg วันละ 2 ครั้ง	16-24 mg	
	Haloperidol	0.5	(0.5-2 mg)	
	Trazodone	25	100 mg (100-400 mg)	
	Risperidone	0.25	1 mg (0.5-6 mg)	
	Olanzapine	2.5	5 mg (5-10 mg)	
	Carbamazepine	200	400 mg (200-1200 mg)*	
	Sodium valproate	200	500 mg (250-3000 mg)**	
	Lorazepam	0.25	1 mg (0.5-6 mg)	
Depression	Nortriptyline	10	50 mg (50-100 mg)	ง่วงนอน ระวัง anticholinergic effect
	Trazodone	25	100 mg (100-200 mg)	
	Fluoxetine	10	40 mg (20-80 mg)	มีโอกาสเกิดปฏิกิริยากับยาอื่นได้ง่าย
	Sertraline	25	50 mg (50-200 mg)	
	Paroxetine	10	20 mg (10-50 mg)	มี anticholinergic ค่อนข้างสูง
	Lexapro	5	20 mg (5-20 mg)	
	Venlafaxin	37.5	100 mg (50-300 mg)***	***ติดตามการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต
	Mirtazapine	7.5	15 mg (7.5-30 mg)	ง่วงนอน เจริญอาหาร น้ำหนักเพิ่ม
Anxiety	Lorazepam		1 mg (0.5-6 mg)	อาจเกิด Delirium
	Propranolol	10	120 mg (80-240 mg)	
Insomnia	Trazodone	25	100 mg (50-200 mg)	ระวัง orthostatic hypotension
	Zolpidem	2.5	5 mg (5-10 mg)	

ในผู้ป่วยที่มีอาการของโรค Parkinsonism และจำเป็นต้องได้รับยาต้านโรคจิต ควรใช้ยาในกลุ่ม Atypical antipsychotic drugs (Clozapine, Risperidone, Olanzapine, Quetiapine)

ความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยภาวะโรคสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก

ผู้ดูแลควรทราบถึงความรู้สึกของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก ได้แก่

1. ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสับสน รู้ตัวว่าตนเองเสียความทรงจำมากขึ้น สมรรถภาพการทำงานเสื่อมลง แต่ไม่แน่ใจว่าเกิดได้อย่างไร
2. มีความกดดัน ความเครียดสูง เพราะมีความพยายามที่จะทำอะไรให้เหมือนเดิมแต่ทำไม่ได้
3. เกิดความโกรธที่ตนเองสูญเสียความทรงจำและความสามารถอื่นๆ
4. เกิดความกลัวที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับตนเอง และไม่สามารถช่วยตนเองได้ที่จะยับยั้งการเปลี่ยนแปลง
5. ไม่แน่ใจในอนาคต เพราะอาการระยะเริ่มจนสุดท้ายไม่แน่นอน
6. เกิดภาวะซึมเศร้า หดหวังในอนาคต

หลักสำคัญสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

1. ให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองในชีวิตประจำวันให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้
2. หากิจกรรมที่เหมาะสมและผู้ป่วยสามารถทำได้และคุ้นเคยทำมาก่อนเพื่อลด / ปัญหาพฤติกรรม
3. ให้กำลังใจ เข้าใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณยังมีศักดิ์ศรีไม่ย่อท้อสิ้นหวังต่อโรค
4. เป็นนักฟังที่ดี สนับสนุนให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกความอัดอั้นตันใจให้ฟัง
5. พยายามให้ความหวังแก่ผู้ป่วยว่ายังหาความสุขในชีวิตที่เหลืออยู่ได้
6. ให้ความอบอุ่น ให้ผู้ป่วยรู้ว่าจะมีคนดูแล ไม่ถูกทอดทิ้ง ไม่ว่าจะมีความทุกข์อันใดก็ตาม ครอบครัวช่วยได้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต

การสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้ผล

1. พูดช้าๆ ชัดเจน และนุ่มนวล
2. รักษาช่วงการพูดและนำเสนอข้อมูลที่ละน้อยๆ
3. พูดซ้ำข้อมูลเมื่อจำเป็น
4. ให้เวลากับผู้ป่วยในการทำความเข้าใจกับสิ่งที่ได้ยินและในการตอบสนอง
5. แสดงเป็นตัวอย่างให้เห็นว่าต้องการให้ผู้ป่วยทำอะไร

กิจกรรมของผู้ป่วย

1. ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายประจำวัน เพราะจะทำให้ไม่รู้สึกเบื่อ ควรสนับสนุนให้เดินเล่นใกล้บ้าน ได้ร่วมออกกำลังกายตามชมรมผู้สูงอายุ นอกจากจะเป็นผลดีกับร่างกายและจิตใจแล้วยังจะได้รับความเพลิดเพลินและผ่อนคลายความเครียดด้วย
2. ให้ผู้ป่วยได้เข้าสังคม ไปงานเลี้ยง เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่เคยปฏิบัติมา ได้พบปะเพื่อนฝูง อย่าให้เหงาอยู่กับบ้าน
3. ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสช่วยตนเอง ทำงานบ้านที่ไม่หนักแรงและเคยทำมา ทำให้เกิดศักดิ์ศรีในการพึ่งตนเอง
4. พาผู้ป่วยไปเที่ยวสถานที่ให้ความรื่นรมย์ทางธรรมชาติ เช่น สวนสัตว์ สวนสาธารณะ ดูกีฬา ข้อควรระวังคือ ถ้าความทรงจำไม่ดี ผู้ป่วยอาจหลงทางและสูญหายได้ จึงควรมีผู้ติดตามหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยไปด้วยเสมอ

วิธีการที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

1. ทำกิจกรรมกับผู้ป่วยในฐานะที่เป็นผู้ใหญ่คนหนึ่ง คงความเคารพ เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมยังคงรู้ตัวว่าเขาได้รับการปฏิบัติอย่างไร
2. รักษาสภาพแวดล้อมให้โล่งสะอาดตา ยังมีสิ่งของน้อยเท่าไรก็จะทำให้ผู้ป่วยสับสน ไขว้เขวน้อยลง
3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยตนเอง ความเป็นตัวเองมีความสำคัญมาก และเป็นทางหนึ่งที่จะรักษาคุณค่าความเป็นคน
4. ทำตารางเวลากิจกรรม เนื่องจากรูปแบบพฤติกรรมยังอยู่ในความจำ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ว่าอะไรเป็นกิจวัตร
5. ยืดหยุ่นและอดทน ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะอ่อนไหวมากเมื่อถูกเร่ง ความสามารถของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงรวดเร็วในแต่ละช่วงเวลา



แผนภูมิที่ 3 แสดงผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ดูแลและญาติควรตระหนัก / ควรทำ / ไม่ควรทำ

ปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Management of legal issue)

บทบาทและหน้าที่ของแพทย์ ต้องบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างละเอียดถูกต้อง เนื่องจากข้อมูลนี้อาจจะถูกนำไปอ้างอิงในทางกฎหมาย ให้ความเห็นใบรับรองแพทย์ เป็นพยาน หรือให้ความเห็นในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์จึงต้อง

1. วินิจฉัยโรคด้วยความระมัดระวังและรอบคอบ บันทึกกรายละเอียด การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจ mental status และการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและญาติ

2. บันทึกกรายงานของผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพทางกาย ความสามารถในการตัดสินใจ อารมณ์ทางจิต ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นระยะ

3. ให้ความเห็นในใบรับรองแพทย์

- ให้อาการความประสงค์ของญาติในการเขียนใบรับรองแพทย์
- ให้ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยก่อนให้ความเห็น
- ในกรณีที่ข้อมูลเดิมไม่เพียงพอให้ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจนแน่ใจก่อนให้ความเห็น
- กรณีที่ไม่แน่ใจในการให้ความเห็น ควรขอความเห็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

4. ให้ความเห็นในฐานะพยาน

- ควรทบทวนข้อมูลของผู้ป่วยก่อนไปศาล

ปัญหาทางด้านกฎหมายที่สำคัญของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมคือ การถูกพิพากษาว่าบุคคลวิกลจริต หรือไร้ความสามารถ และการต้องมีบุคคลอื่นมาเป็นผู้อภิบาล การถูกพิพากษาว่าเป็นบุคคลวิกลจริต ไร้ความสามารถเป็นคำสั่งของศาลเท่านั้น การออกไปรับรองแพทย์ที่ระบุว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลวิกลจริตหรือไร้ความสามารถไม่มีผลทางกฎหมาย

คำวินิจฉัยของแพทย์ว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมต้องสอดคล้องกับคำนิยามของโรคสมองเสื่อมที่เป็นมาตรฐาน เช่น DSM-IV โดยแพทย์จะต้องบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อแสดงการเปลี่ยนแปลง การบันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยควรบันทึกอาการที่บ่งถึงความเสื่อมของสมองส่วนต่างๆ ที่ตรวจพบจากพฤติกรรมด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และงานประจำ ตลอดจนกิจวัตรประจำวันส่วนตัว จากคำบอกเล่าของญาติหรือผู้ดูแล เนื่องจากแพทย์ต้องเป็นพยานในศาล ไม่ว่ากรณีใดวัตถุประสงค์ที่เชื่อถือมากที่สุดคือ พยานเอกสารหรือเอกสารทางการแพทย์ การขาดรายละเอียดจะเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยหรือญาติที่จะได้รับความเป็นธรรมเนื่องจากการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีการต่อสู้ทางคดีเพื่อผลประโยชน์ เช่น คดีให้พินัยกรรมเป็นโมฆะ หรือการรับผิดชอบทางด้านคดีแพ่งหรือคดีอาญาที่ต้องการพิสูจน์ว่าเป็นเหตุการณ์เกิดก่อนหรือภายหลังมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น

ข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่ตรวจพบ focal neurosigns เช่น มี hyperreflexia ของ DTR (Deep tendon reflex) หรือมี dorsiflex response ของ BBK (Barbinski's sign)

2. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก ไม่สามารถรักษาให้สงบได้ด้วยยาที่มีอยู่

3. เพื่อการวินิจฉัยในกรณีที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น

ภาคผนวก
แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (สำหรับบุคคลในครอบครัวใช้ประเมินผู้สูงอายุ)

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี
วันที่ทำการประเมิน.....

คำถาม	ความถี่ที่เกิดขึ้น ต่อ.....			
	วัน 4 คะแนน	สัปดาห์ 3 คะแนน	เดือน 2 คะแนน	ปี 1 คะแนน
1. หาของใช้ในบ้านไม่พบ				
2. จำสถานที่ที่เคยไปบ่อยๆ ไม่ได้				
3. ต้องกลับไปทบทวนงานที่แม้จะตั้งใจทำซ้ำถึง 2 ครั้ง				
4. ลืมของที่ตั้งใจว่าจะนำเอาออกไปนอกบ้านด้วย				
5. ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อวานนี้หรือเมื่อ 2 - 3 วันก่อน				
6. ลืมเพื่อนสนิทหรือญาติสนิทหรือบุคคลที่คบหากันบ่อยๆ				
7. ไม่สามารถเข้าใจเนื้อเรื่องในหนังสือพิมพ์หรือวารสารที่อ่าน				
8. ลืมบอกข้อความที่คนอื่นวานให้มาบอกอีกคนหนึ่ง				
9. ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิด ที่อยู่				
10. สับสนในรายละเอียดของเรื่องที่ได้รับฟังมา				
11. ลืมที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำหรือมองหาสิ่งของนั้นในที่ที่ไม่น่าจะวางไว้				
12. ขณะเดินทางหรือเดินเล่นหรืออยู่ในอาคารที่เคยไปบ่อยๆ มักเกิดเหตุการณ์หลงทิศหรือหลงทาง				
13. ต้องทำกิจวัตรประจำวันอย่างเดิมซ้ำถึง 2 ครั้ง เพราะมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เช่น ใส่น้ำตาลมากเกินไป ในเวลาปรุงอาหาร หรือเดินไปหิวผมซ้ำอีกครั้ง ซึ่งเมื่อสักครู่นี้ได้หิวผมเสร็จ				
14. เล่าเรื่องเดิมซ้ำอีกครั้งซึ่งเมื่อสักครู่นี้ได้เล่าเสร็จ				
คะแนนรวมแต่ละช่อง				
คะแนนรวม				

การพิจารณาความถี่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และการคิดคะแนน

- ให้ 1 คะแนน เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในระยะเวลา 1 ปี หรือไม่เคยเกิดขึ้นเลย
- ให้ 2 คะแนน เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก หรืออาจจะเกิดขึ้น 1 หรือ 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน
- ให้ 3 คะแนน เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย หรืออาจเกิดขึ้นเกือบทุกสัปดาห์
- ให้ 4 คะแนน เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน

การแปลผลแบบประเมิน

คะแนน	การประเมินผลและข้อแนะนำ
14 - 19	ดีมาก
20 - 29	ปานกลาง ควรจะได้รับคำแนะนำเพื่อปรับปรุงความจำให้ดีขึ้น
30 - 39	ค่อนข้างต่ำ เนื่องจากท่านมีภารกิจค่อนข้างมากทำให้ชีวิตท่านค่อนข้างยุ่ง ควรจะต้องได้รับคำแนะนำเพื่อปรับปรุงความจำให้ดีขึ้น
40 - 56	ต่ำ ควรจะไปพบแพทย์

แบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลาไม่ใช่หนานๆ ครั้ง และเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|--------|---|---|
| ❶ 1. คุณมีอาการซึมเศร้าหรือท้อแท้ใจ..... | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | } | ตอบว่าใช่
ได้ข้อละ
1 คะแนน |
| ❶ 2. คุณขาดความสนใจหรือไม่มีความสุขในสิ่งต่างๆ
ที่คุณเคยชอบหรือทำอยู่ประจำ..... | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | | |
| 3. น้ำหนักของคุณเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเกินกว่า 2 กิโลกรัม
(ไม่ได้เกี่ยวกับความต้องการลดน้ำหนัก)..... | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | | |
| 4. ในช่วงกลางคืนคุณนอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป
(ไม่ได้เกี่ยวกับการทานยาและการนอนกลางวันมากเกินไป)..... | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | | |
| ❶ 5. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เชื่องช้า..... | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | | |
| ❶ 6. คุณรู้สึกกระวนกระวายใจ นั่งไม่ติด..... | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | | |
| 7. คุณรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า..... | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | } | ตอบว่าใช่
ข้อใดข้อหนึ่ง
ได้ 1 คะแนน |
| 8. คุณคิดเกี่ยวกับเรื่องความตายบ่อยๆ คิดอยากตาย
มีแผนการที่จะทำหรือเคยฆ่าตัวตาย..... | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | | |
| 9. คุณรู้สึกผิดและโทษตัวเอง..... | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | | |
| 10. คุณไม่มีสมาธิที่จะทำงาน..... | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | } | ตอบว่าใช่
ข้อใดข้อหนึ่ง
ได้ 1 คะแนน |
| 11. คุณหมกมุ่นกับความคิดตนเองโดยที่หยุดความคิดไม่ได้..... | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | | |
| 12. คุณมั่นใจในการตัดสินใจหรือตัดสินใจอะไรไม่ได้..... | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ | | |
- ❶ อาจจะเป็นอาการที่ผู้ตรวจหรือญาติสังเกตได้
- วิธีการให้คะแนน
- ข้อ 1 - 7 ตอบว่าใช่ ได้ข้อละ 1 คะแนน
- ข้อ 8 - 9 ตอบว่าใช่ ข้อใดข้อหนึ่ง ได้ 1 คะแนน
- ข้อ 10 - 12 ตอบว่าใช่ ข้อใดข้อหนึ่ง ได้ 1 คะแนน

Cut off point for depression ≥ 5 คะแนน depression

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

MMSE - Thai 2002

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

	บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
1. Orientation for time (5 คะแนน)		
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้วันที่เท่าไร	<input type="checkbox"/>
1.2 วันนี้วันอะไร	<input type="checkbox"/>
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร	<input type="checkbox"/>
1.4 ปีนี้ปีอะไร	<input type="checkbox"/>
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร	<input type="checkbox"/>
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)		
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล		
2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร	<input type="checkbox"/>
2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร	<input type="checkbox"/>
2.1.3 ที่อยู่นี้ในอำเภอ - เขตอะไร	<input type="checkbox"/>
2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร	<input type="checkbox"/>
2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร	<input type="checkbox"/>
2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ		
2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร	<input type="checkbox"/>
2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร	<input type="checkbox"/>
2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร	<input type="checkbox"/>
2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร	<input type="checkbox"/>
2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร	<input type="checkbox"/>
3. Registration (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย.....) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ (ตา, ยาย.....) พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีทีเดียว ผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ		
*การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)		
๙ ดอกไม้ ๙ แม่น้ำ ๙ รถไฟ	<input type="checkbox"/>
ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า		
๙ ต้นไม้ ๙ ทะเล ๙ รถยนต์	<input type="checkbox"/>
4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)		
ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย.....) คิดเลขในใจเป็นไหม?		
ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2		

4.1 “ข้อคิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา”

.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย.....) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา, ยาย.....) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรกคำว่ามะนาวสะกดว่า มะมา-สระอะ นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย.....) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ”

.....

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

☞ ดอกไม้ ☞ แม่น้ำ ☞ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☞ ต้นไม้ ☞ ทะเล ☞ รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

.....

6.2 ชี้นำพิกาช้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

.....

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย.....) พูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว” “ใครใคร่ขายไก่ไข่”

.....

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังดี ๆ นะเตี้ยผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย.....) รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

☞ รับด้วยมือขวา ☞ พับครึ่ง ☞ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย...) อ่าน แล้วทำตาม คุณ(ตา, ยาย.....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” ☞ หลับตาได้

10. Writing (1 คะแนน)

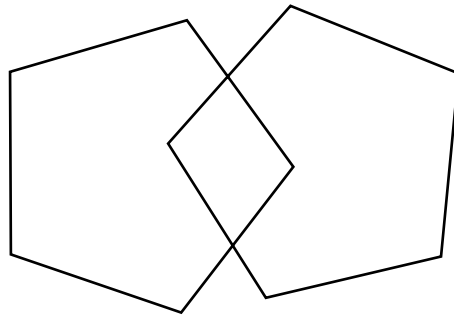
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา, ยาย.....) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

.....

☞ ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม.....

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 1 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2546. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
2. ยุทธนา อองอาจสกุลมณี. การพัฒนาแบบประเมินภาวะเพื่อ ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 45 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2543 สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
3. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
4. Berg L and Morris JC, Diagnosis, Alzheimer Disease (Terry RD et al, eds.) New York. 1994.
5. Cummings JL, Cherry D, Kohatsu ND et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease : part II treatment. An Fam Physician 2002 ; 65 : 2525-34.
6. Edition บริษัท Martin Dunitz Ltd.1999
7. Oeprament of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease, Neurology 1984 ; 34 : 939-944.
8. Folstein M et al. J Psychiatry Res 1975;12:189-98.
9. H. Boodaty Essentials of Dementia (2001) SP Science Press.
10. Hake AM, Farlow MR. New concepts in the drug therapy of Alzheimer's disease. Expert Opin Pharmacother 2001 ; 2(12) : 1975-83.
11. Hachinski VC et al, Cerebral blood flow in dementia. Arch Neural 1975;32;632-637.
12. Jeffry L. Cummings and D. Frank Benson (1992) Dementia A Clinical Approach Second Edition Butterworth-Heinemann.
13. John O'Brien, David Ames and Alistair Burns (2000) Dementia Second Edition A number of the Hodder Headline Group London Co-published in the United States of America by Oxford University Press Inc., New York.
14. Kosaka K et al, Diffuse type of Lewy bodt disease:progressive demential with abundant cortial Lewy bodies and senile changes of varying degree a new disease? Clin Neuropathol 1984 ; 3(5) : 185-192.
15. Knopman D. Pharmacotherapy for Alzheimer's disease: 2002. Clin Neuropharmacol 2003 ; 26 (2) : 93-101.
16. management of behavioral and psychological symptoms บริษัท Oxbozd university press.
17. Navaratnam DS et al, Anomalous molecular form of acerylcholinesterase in cerebrospinal fluid in histologically diagnosed Alzheimer's disease. Lancer 1991 ; 337 : 447-450).
19. Rosen wG et al, Pathological verificationof ischaemic score in differentiation of dementias. Ann Neurol 1979 ; 7 : 486-488.
20. Serge Gauthier (1999), Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease (Second).
21. Scinto LFM et al, A potential Noinvasive Neurobiological Test for Alzheimer's Disease, Scoemce 1994 ; 226 : 1051-1054.

คณะผู้จัดทำ

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. ศ.เกียรติคุณ น.พ.สมภพ เรืองตระกูล | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. ผศ.พญ.รวีวรรณ นีวาตพันธุ์ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. น.พ.อนนท์ บริณายกานนท์ | โรงพยาบาลราชวิถี |
| 4. พญ.วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ | สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ |
| 5. น.พ.รักษ์ รักษาตระกูล | โรงพยาบาลลำปาง |
| 6. น.พ.แสงชัย ธีรปรกรณ์ | โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว |
| 7. น.พ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ | สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ |
| 8. น.พ.ไอลวุฒิ ไทยพิสุทธิกุล | โรงพยาบาลราชวิถี |
| 9. นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์ | สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ |
| 10. นางสุรีพร คนละเอียด | สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ |

ซึมเศร้า (Depression)

ผศ.พญ.รวิวรรณ นีวาดพันธุ์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกละเลยไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และก่อให้เกิดปัญหาหลายอย่าง การดูแลรักษาค่อนข้างยาก เกิดโรคแทรกซ้อน (Cognitive disorders) ตามมา โดยเฉพาะกรณีที่เป็นโรคซึมเศร้าตามหลังโรคทางอายุรกรรมต่างๆ สาเหตุที่ทำให้โรคซึมเศร้าไม่ได้รับการวินิจฉัยเพราะว่า

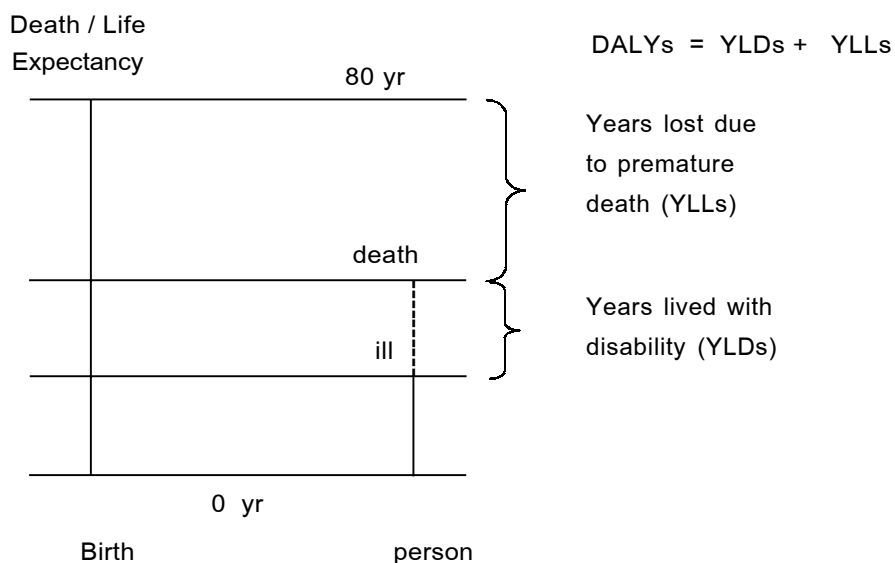
1. แพทย์ทั่วไปเห็นว่าเป็นปกติของผู้สูงอายุที่อายุมากที่จะหดหู่ ท้อแท้ เศร้า เมื่อถูกทอดทิ้งจากลูกหลาน ไม่มีงานทำ หรือมีโรคประจำตัว

2. แพทย์คิดว่าอาการ vegetative symptoms ของโรคซึมเศร้า เป็นอาการที่เกิดร่วมกับโรคทางกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ

3. ญาติและผู้สูงอายุเองมักจะไม่นิยมรับว่าเป็นโรคทางด้านจิตใจ คิดว่าเป็นนิสัยไม่ดีของผู้ป่วยมากกว่า

4. ผู้สูงอายุมักจะแสดงอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายทางด้านจิตใจออกมา ด้วยอาการทางร่างกาย ทำให้ถูกตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เพื่อหาสาเหตุของอาการไม่สบาย

ถ้าเราป่วยเป็นโรคในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต และมีผลกระทบต่อตนเองไปจนกระทั่งเสียชีวิต ช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยไปจนถึงชีวิตจะเป็นช่วงเวลาที่ใช้ชีวิตอยู่อย่างด้อยสมรรถภาพ หรือเรียกว่า Years lived with disability (YLDs) แต่หากเราตายก่อนเวลาอันควร เวลาที่หายไปคือ life expectancy at birth ลบด้วยอายุที่ตาย เรียกว่า Years lost due to premature death (YLLs) เมื่อรวม YLLs เข้ากับ YLDs จะเรียกว่า DALYs (Disability - Adjusted Life Years)



รูปที่ 1 แสดง Disability-Adjusted Life Years

ผลของโรคซึมเศร้า

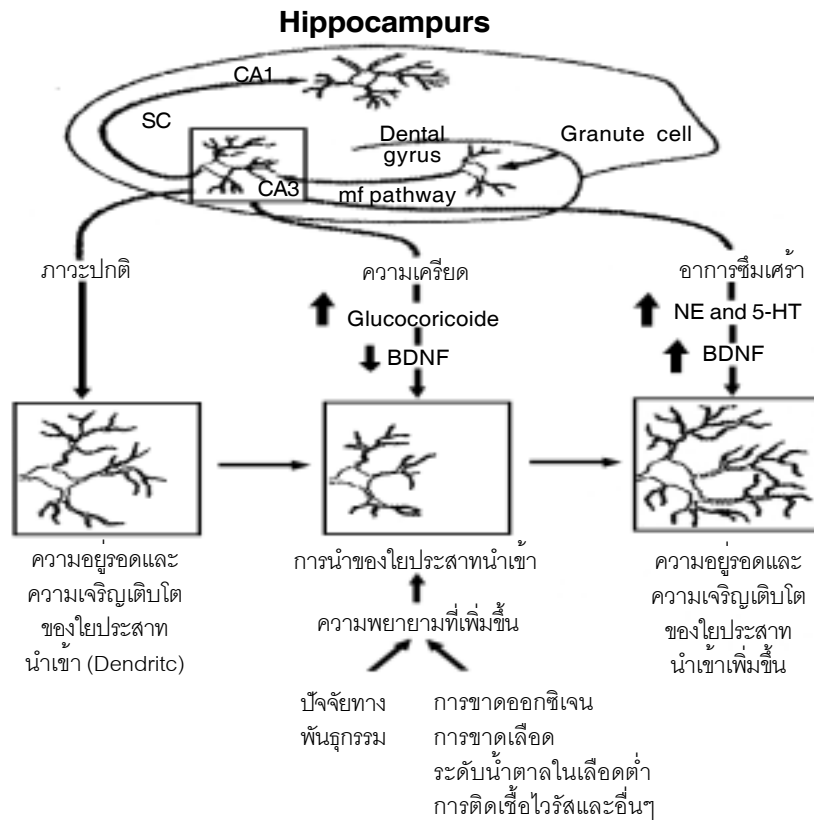
อันดับแรก คือ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในต่างประเทศ ประเทศจีนจะพบอัตราเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุมากกว่า 50 %

โรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อโรคทางกายหลายอย่าง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และเพิ่มอัตราการตายในโรค MI นอกจากนี้ยังเป็นผลให้โรคทางร่างกายที่มีอยู่หายช้าลง ผู้ป่วยจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา นอนอยู่บนเตียงทั้งวัน เช่น หลังผ่าตัดข้อสะโพกหัก ผู้ป่วยจะไม่ยอมร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วย stroke ที่มีโรคซึมเศร้า มีปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคทางกายและโรคซึมเศร้าถึง 1.5-3 เท่าของคนทั่วไป

สมองของผู้สูงอายุส่วนของ hippocampus จะมีภาวะอ่อนตัวของโครงสร้าง (Structural plasticity) ในระดับหนึ่ง ความเครียดจากภาวะโรคซึมเศร้าสามารถกด neuro genesis ของ dental gyrus granule cell และความเครียดที่เกิดขึ้นๆ ทำให้เกิด remodeling ของ dendriters ใน CA₃ Pyramidal cells ซึ่งเป็นส่วนสำคัญโดยจำเพาะในกระบวนการของความจำ

ภาวะความเครียดนานๆ ทำให้ glucocorticoid มีระดับสูงขึ้น อาจทำลายเซลล์ประสาทใน hippocampus คือ ทำลาย dendritic spines ทำให้ hippocampus ฝ่อ จากการลดลงของ BDNF (brain-derived neurotrophic factor) ถ้าไม่รักษาทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเป็นโรคสมองเสื่อมตามมา ดังรูป

สาเหตุ (Aetiogy)



รูปที่ 2 ตัวแบบของสมมติฐานเกี่ยวกับการบำรุงสมองและความเครียด

(ดัดแปลงจาก Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ. Arch Gen Psychiatry 1997 ; 54 : 597.)

แบ่งเป็น ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor), ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) และปัจจัยที่ทำให้โรคเป็นอยู่ (perpetuating factor)

ปัจจัยแนวโน้ม (Predisposing factors)

Genetic susceptibility ปัจจัยพันธุกรรมจะลดลงคือ อายุยิ่งมากปัจจัยทางพันธุกรรมยิ่งน้อย เพศหญิงมากกว่าเพศชายทุกกลุ่มอายุ 70 : 30 (ผู้หญิงต่อผู้ชาย)

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านชีวประสาท (Neurobiological risk factors)

พบระดับของ serotonin และ norepinephrine บริเวณ synaptic cleft ต่ำกว่าปกติเหมือนโรคซึมเศร้าทั่วไป นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงขนาดของ cortical limbic hypothalamic หรือ pituitary ทำให้เกิด hyperactivity และ dysregulation ของ hypothalamic - pituitary adrenal (HPA) axis ผลผู้สูงอายุมี cortisol สูง

ผู้สูงอายุเองยังมีระบบการนอนที่ผิดปกติ คือ night time wakefulness decrease slow - wave sleep total rapideye movement (REM) sleep และ REM latency ลดลงอยู่แล้ว และอาการซึมเศร้ายิ่งทำให้การนอนแย่ลงไปอีก

สรุป ผู้สูงอายุปกติจะมี Neurochemistry ที่เป็นตัวก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า คือ

1. Brain ventricular enlargement
2. neural degeneration ใน hippocampus ตามอายุ ซึ่งส่งผลให้ระดับ cortisol สูงขึ้น
3. มีการลดลงของ norepinephrin และ neurons ใน locus cerulues

การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างสมอง (Structure brain change)

มีการเปลี่ยนแปลงของสมองบริเวณ peri ventricular hyperintense areas subcortical white matter lesion และ subcortical grey matter lesion โดยเฉพาะใน basal ganglia ในผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

การใช้ยา (Medication)

ยามีโอกาสที่เป็นทั้งตัวกระตุ้น precipitating หรือทำให้โรคไม่หาย perpetuating สาเหตุที่ทำให้เกิดยังไม่ทราบ แต่พบมากกว่าคนที่ไม่ได้ใช้ยากลุ่มนี้ บางครั้งอาจจะพบแค่อาการซึมเศร้าเล็กน้อย

ตารางที่ 1 แสดงชนิดของยาที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

Medications That May Cause Depression			
Cardiovascular drugs	Antiparkinsonian drugs	Anti-inflammatory /	Stimulants
Clonidine (CAapres)	Amantadine (Symmetrel)	Anti-infective agents	Amphetamines (withdrawal)
Digitalis	Bromocriptine (Parlodel)	Ampicillin	Caffeine
Guanethidine (Ismelin)	Levodopa (Larodopa)	Cycloserine (Seromycin)	Cocaine (withdrawal)
Hydralazine (Apresoline)	Antipsychotic drugs	Dapsone	Methylphenidate (Ritalin)
Methyidopa (Aldomet)	Fluphenazine (Prolixin)	Ethambutol (Myambutol)	Hormones
Procainamide (Pronestyl)	Haloperidol (Haldol)	Griseofulvin (Grisactin)	Adrenocorticotripin
Propranolol (Inderal)	Sedatives and antianxiety	Isoniazid (INH)	Anabolic steroids
Reserpine (Serpasil)	Drugs	Metoclopramide (Reglan)	Glucocorticoids
Reserpine (Serpasil)	Barbiturates	Metronidazole (Flagyl)	Oral contraceptives
Thiazide diuretics	Benzodiazepines	Nalidixic acid (NegGram)	Other drugs
Chemotherapeutics	Chloral hydrate	Nonsteroidal	Choline
6-Azauridine	Ethanol	Anti-inflammatory agents	Cimetidine (Targarnet)
Asparaginas (Elspar)	Anticonvulsants	Penicillin G procaine	Disulfiram (Antabuse)
Azathioprine (Imuran)	Carbamazepine (Tegretol)	Streptomycin	Lecithin
Bleomycin (Blenoxane)	Ethosuximide (Zarontin)	Sulfonamides	Methysergide (Sansert)
Cisplatin (Platinol)	Phenobarbital	Tetracycline	Phenylephrine (Neo-Synephrine)
Cyclophosphamide (Cytoxan)	Phenytoin (Dilantin)		Physostigmine (Antilirium)
Mithramycin (Mithracin)	Primidone (Mysoline)		Ranitidine (Zantac)
Vinblastine (Velban)			
Vincristine			

บุคลิกภาพ

Late life depression พบเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพมากกว่า depression ในวัยอื่น คนที่มีอาการวิตกกังวลสูงในโรคซึมเศร้านักจะเป็นพวกที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูงอยู่แล้ว (Bergummann, 1978)

Post (1972) พบบุคลิกภาพที่ย่ำคิดย่ำทำ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abrans et al. (1987) พบมากในบุคลิกภาพ avoidant และ dependent

Murphy (1982) พบในพวกที่มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ

ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors)

1. พบในคนที่สูญเสียรุนแรงที่เห็นชัดเจน Murphy (1982) พบว่าส่วนหนึ่งในผู้ป่วยซึมเศร้ามีประวัติของปัญหาชีวิตอย่างหนึ่ง เช่น สูญเสียคนรัก ปัญหาการเงิน โรครุนแรง
2. พบในผู้ป่วยมีโรคทางร่างกาย

ตารางที่ 2 แสดงโรคทางกายที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า

Physical Disorders Associated with Depression	
Addison's disease	Intracranial tumors (malignant or benign)
Acquired immunodeficiency syndrome	Multiple sclerosis
Angina	Myocardial infarction
Cancer (particularly of the pancreas)	Parkinson's disease
Cerebral arteriosclerosis, cerebral infarction	Pemicious anemia
Cushing's disease	Porphyria
Diabetes	Renal disease
Electrolyte abnormalities (e.g., hypernatremia, Hypocalcemia, Hypokalemia, Hyperkalemia)	Rheumatoid arthritis
Folate and thiamine deficiencies	Senile dementia
Hepatitis	Syphilis
Hypoglycemia	Systemic lupus erythematosus
Hypothyroidism, hyperthyroidism, hyperparathyroidism	Temporal arteritis
Influenza	Temporal lobe epilepsy
	Viral pneumonia

โรคทางกายและโรคซึมเศร้า (Physical ill health and depression)

ได้กล่าวถึงกลไกหลายอย่างที่ทำให้โรคทางกายมีแนวโน้มเกิดโรคซึมเศร้า โดยทั่วไปเราจะไม่เห็นอาการเริ่มแรกของโรคซึมเศร้าชัดเจน อย่างไรก็ตามความทราบจากโรคทางกายและโรคซึมเศร้าพอๆ กัน (Murphy, 1982, Prince et al. 1998) สาเหตุมีตั้งแต่ sensory deprivation หูตาไม่ดี ไม่ได้เข้าไปเข้าสังคมจากการเจ็บป่วย ร่างกายพิการต่างๆ

ความชุก (Epidemiology)

ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ย 1-3.7 % (Steffen et al. 2000) มีประมาณ 1-9 % มีอาการครบถ้วนของโรคซึมเศร้า และขึ้นอยู่กับสถานที่ที่ลงไปวิจัย เช่น ที่คลินิกอายุรกรรมผู้สูงอายุพบ 30 %

การวินิจฉัยโรค (Diagnostic Criteria)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วไป Blazer (1991) ได้กล่าวถึงอาการโรคซึมเศร้าในชุมชนไว้ว่า

- อารมณ์เศร้า
- การเคลื่อนไหวเชื่องช้า
- สมาธิไม่ดี

- ท้องผูก
- รู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดี
- การรับรู้และความจำไม่ดี (Cognitive deficits)
- มีอาการทางร่างกายร่วมด้วย

อาการสำคัญของโรคซึมเศร้า

อาการหลัก

- มีอารมณ์ซึมเศร้า มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลาทั้งวันติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไป
- ไม่มีความสุขไม่สนใจในสิ่งต่างๆ ที่ปกติเคยสนใจ
- อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย

อาการอื่นๆ

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

หลักสำคัญในการซักประวัติ

พยายามซักประวัติอาการโรคซึมเศร้า ซึ่งมีหลักสำคัญที่ต้องจำคือ

- ผู้ป่วยมักจะไม่นับบอกถึงอารมณ์เศร้า แม้ว่าคนรอบข้างจะสังเกตเห็น
- มักจะบ่นหรือสนใจอาการทางร่างกายหรือคิดว่าตนเองมีโรคทางร่างกาย
- ผู้ป่วยจะบ่นและรู้สึกว่ามีความจำเป็นไม่ดีกว่ารู้สึกว่ามีอารมณ์เศร้า
- มีอาการของโรคประสาทวิตกกังวล เช่น ย้ำคิดย้ำทำ กลัว
- มีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม หรือบุคลิกภาพไม่ดีมากขึ้น ไม่สนใจดูแลตัวเอง

Brodsky et al. 1997 ได้กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแสดงอารมณ์เศร้า ออกอาการทางร่างกาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด กระวนกระวาย นิ่งไม่ติด วิตกกังวล มีพฤติกรรมที่พยายามฆ่าตัวตาย และมีอาการทางจิต ความคิดอยากตายในผู้สูงอายุจะไม่ค่อยแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไปเท่าไร

ความยากลำบากในการวินิจฉัย (Diagnostic difficulties)

ความยากลำบากในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอยู่ที่ความซบเซาของผู้สูงอายุ ความแตกต่างระหว่างวัย สุขภาพกาย สุขภาพจิต และอาการที่เกิดขึ้นระหว่างอาการทางร่างกาย และอาการของโรคซึมเศร้า

อุปสรรคที่ยากต่อการวินิจฉัย

- อาการทางร่างกายที่แยกยากว่ามีพยาธิสภาพจริง ๆ หรือเป็นอาการทางจิตเวช
- ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ซึมเศร้าชัดเจน
- อาการโรคซึมเศร้านั้นจะพบปน ๆ กันกับอาการทางร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรงในคนไข้โรคเบาหวาน
- มีอาการทางด้านโรคประสาทวิตกกังวล
- ละเลยการดูแลตัวเอง เช่น ไม่ทำตามแพทย์สั่ง
- แสดงอาการออกทางด้าน Pseudodementia
- แสดงออกทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพที่ไม่ดีที่เคยมีอยู่แต่มากขึ้น

- การชักประวัติอย่างละเอียดตั้งแต่ก่อนป่วย อาการที่เริ่มเปลี่ยนแปลงชัดเจน เช่น นอนไม่หลับ ที่มีอยู่เดิมจากการเจ็บป่วย แต่มีอาการตื่นเช้ากว่าเดิม อาการเหนื่อยมากกว่าที่มีอยู่เดิมจากการเดินหรือทำกิจกรรม จะมีมากขึ้นแม้ว่านั่งอยู่เฉยๆ การชักประวัติควรจะได้ประวัติจากคนใกล้ชิดที่บ่งบอกถึงความสนใจในสิ่งต่างๆ รอบตัวที่เคยสนใจ แลวลดน้อยถอยไป ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักจะโกรธเมื่อถามถึงอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ และมีกฏพิเศษอารมณ์ที่ผิดปกติไป

- อาการเจ็บป่วยต่างๆ ที่หาสาเหตุทางร่างกายไม่พบ หูอื้อมากผิดปกติ อาการปวดต่างๆ ที่ไม่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพทางร่างกาย

- ผู้ป่วยที่สนใจอาการไม่สบายทางร่างกาย เช่น ผู้ป่วยจะพูดและบ่นถึงอาการท้องอืด จุกเสียด ปวดหลังมาก ทำให้ญาติและแพทย์นำไปตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ มากมาย โดยไม่ได้คิดถึงว่าเป็นโรคซึมเศร้า

- อาการโรควิตกกังวลที่ตรวจพบ เช่น ย้ำคิดย้ำทำมากกว่าปกติจนรบกวนชีวิตประจำวัน

- โรคกลัวต่างๆ หรือบ่นถึงอาการทางร่างกายที่ไม่มีสาเหตุชัดเจน ให้ตรวจละเอียดว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ (Baldwin. 1988)

- ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แยกตัว นอนเฉย ไม่กินอาหาร พละกำลังลดลงอย่างมาก

การประเมินผู้ป่วย (Assessing The patient)

การหาอาการของโรคอย่างละเอียดเพื่อให้เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย DSMIV หรือ ICD10 อาจจะลำบากในการวินิจฉัย ควรจะต้องซักประวัติละเอียดทั้งจากญาติและผู้ป่วย และบางครั้งเราจะไม่สามารถหาช่วงเวลาที่เปลี่ยนแปลงชัดเจน การซักประวัติญาติเพื่อดูว่ามีญาติเป็นโรคซึมเศร้า ยา โรคสุรา ผู้ป่วยเคยมีโรคซึมเศร้า และการรักษาโรคซึมเศร้า ปัญหาประวัติชีวิตที่ผ่านมา การสูญเสีย โรคทางกายต่างๆ ความสามารถในอดีตในการแก้ปัญหาบุคลิกภาพที่มีปัญหา มีญาติหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือหรือไม่

การตรวจสภาพจิตอย่างละเอียด อาการความรู้สึกอยากตาย และอาการหลงผิดต่างๆ การรับรู้เสีย (cognitive) จะเปรียบเทียบได้หลังจากดีขึ้น การตรวจ MMSE เป็นพื้นฐานอาจจะพบ cognitive เสีย ตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยแยกโรค

Pseudodementia ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคซึมเศร้าชัดเจน ทำแบบทดสอบ MMSE เข้าได้กับโรคสมองเสื่อม (dementia) และเห็นอาการเปลี่ยนแปลงจากเดิมอย่างชัดเจน ซึ่งต่างจากโรค dementia ที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยจะบ่นว่าความจำไม่ดี และคิดอะไรไม่ออก ไม่สามารถทำอะไรที่เคยทำได้ เช่น งานบ้าน ทำอาหาร มักจะหงุดหงิดและโกรธเวลาให้ทำแบบทดสอบต่างๆ และปฏิเสธ โดยบอกว่าทำไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงชัดเจนระหว่างวัน เดียวดีเดียวร้าย Post (1982) กล่าวว่า Pseudodementia จะวินิจฉัยในคนไข้ที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างมาก จนดูเหมือนกับโรค dementia

การรักษา

- การรักษาด้วยยา
- การรักษาด้วยไฟฟ้า
- จิตบำบัด และให้ความช่วยเหลือทางสังคม

จุดมุ่งหมายของการรักษา

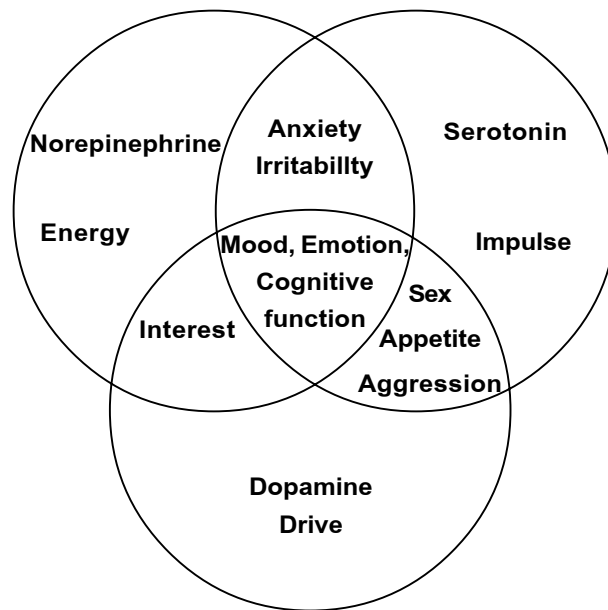
1. ลดอาการของโรค
2. ป้องกันมิให้โรคกลับมาเป็นอีก
3. เพิ่มคุณภาพชีวิต
4. ช่วยให้สุขภาพโดยทั่วไปดีขึ้น
5. ลดงบประมาณในการดูแลสุขภาพโดยรวม

การรักษาด้วยยา

ยาแก้โรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ออกฤทธิ์โดยกลไกแตกต่างกัน แต่ผลสุดท้ายคือมีการเพิ่มปริมาณสารส่งผ่านประสาทที่บริเวณปลายเซลล์ประสาท ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มปริมาณ serotonin ที่ปลายประสาท SSRE (Selective serotonin reuptake enhancers) หรือการลดการเก็บกลับของ serotonin การยับยั้งเอนไซม์ที่ทำลายสารส่งผ่านประสาทต่างๆ SNRI (Serotonin nor adrenaline reuptake inhibitor) ล้วนมีผลลดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้น การเลือกยารักษาอาการซึมเศร้ามักจะต้องคำนึงถึงการดูดซึม การขับออกจากร่างกาย และปฏิกิริยากับยาตัวอื่นที่ผู้ป่วยต้องใช้รักษาโรคอื่นร่วมด้วย

หลักการเลือกยาแต่ละชนิดต้องขึ้นกับ

1. Safety
2. Tolerability
3. Drug - drug interactions
4. Side effect profile
5. ประวัติผู้ป่วยว่าใช้ยาตัวไหนแล้วได้ผล ก็ควรจะเลือกยาตัวนั้น



รูปที่ 3 แสดง Role of NE, DA and serotonin (5HT) in the generation of depressive symptoms

ตัวอย่างยาที่มีใช้ในประเทศไทย

Tricyclic antidepressant ยาที่ใช้ได้กับผู้สูงอายุคือ Nortrytiline แต่มีผลข้างเคียงคือ cholinergic ต่างๆ เช่น คอแห้ง ปัสสาวะออกลำบาก ข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือด bundle branch block เพิ่ม Q.R.S.

ตารางที่ 3 Some Suggested Dosage Ranges for Antidepressants

Drug	Dose (mg/day)
Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI)	
Fluoxetine	20 - 80
Paroxetine	20 - 60
Sertraline	50 - 200
Citalopram	20 - 40
Fluvoxamine	50 - 250
Tricyclic antidepressant	
Imipramine	50 - 150
Selective Serotonin Reuptake Enhancer (SSRE)	
Tianeptine	12.5 - 37.5
Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitors (SNRI)	
Venlafaxine	75 - 300
Tetracyclic Antidepressants	
Mirtazapine	30 - 60

Fluoxetine

Advantage เป็น mild psychostimulant และมี anticholinergic น้อย

Disadvantage ปัญหาอนไมค่อยหลับและเบื่ออาหารได้ใน 2-3 สัปดาห์แรก มีค่าครึ่งชีวิตยาวมากกว่า 24 ชั่วโมง และมี active metabolite คือ norfluxetine ซึ่งมีค่าครึ่งชีวิตมากกว่า 15 วัน

Sertraline

Advantage มี competitive inhibition ของ cytochrome P450 isoenzyme เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคทางกาย รับประทานยาหลายชนิด และมี relatively potent reuptake inhibition ของ dopamine (in vivo) เพราะฉะนั้นเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรค Parkinson's disease ช่วยให้ cognitive ดีขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่เป็น MI ทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น ป้องกัน platelet aggregation

Disadvantage เนื่องจากฤทธิ์ dopamine อาจจะมี stimulant เล็กน้อย ฉะนั้นในผู้ป่วยบางราย ถ้ารับประทานยาก่อนนอน อาจทำให้ไม่หลับ

Paroxetine

Advantage ไม่มี active metabolite และให้ยาก่อนนอนได้ disadvantage relative potent inhibition ของ cytochrome P450 isoenzyme 2D6 ฉะนั้นต้องระวังผู้ป่วยที่มีโรคทางกายหลายโรค และมีฤทธิ์ anticholinergic มากกว่า SSRI ตัวอื่น แต่ไม่ถึงกับเป็นปัญหา cognition

Fluvoxamine

Advantage เป็นยาที่ทำให้ง่วงนอนมากที่สุดใน SSRI ฉะนั้นจึงควรให้ก่อนนอน

Disadvantage potential significant inhibition cytochrome P450 isoenzyme 1A2 และ 2C19 และอาจมีการ ↑ serum propranolol และ omeprazole

Ex-citalopram เป็น weak inhibition ของ cytochrome P450 iso enzyme และเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัวหลายโรค

Disadvantage ยังไม่ค่อยมีบทความของยาดังนี้ที่ใช้ในผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากเป็นยาที่พัฒนาจาก citalopram ซึ่งมีงานวิจัยที่ออกมาว่าเป็นยาเหมาะกับผู้สูงอายุ

Venlafaxine

Advantage blocks reuptake ของ serotonin และ norepinephrine และไม่ค่อยมีผลข้างเคียง เช่นเดียวกับ SSRI disadvantage ปัญหาเกี่ยวกับทางเดินอาหาร ทำให้ความดันสูง เวลาขึ้น 3-5 % และต้องลดขนาดลงไปในผู้ป่วยโรคตับและโรคไต

Mirtazapine

Advantage เป็น α_2 adrenergic antagonist และ serotonin type 2 และ type 3 receptor blocking activity มีผลข้างเคียงน้อย ช่วยเจริญอาหาร ฉะนั้นเหมาะกับผู้ป่วยที่เบื่ออาหาร ช่วยทำให้ sexual function ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้น และใช้ขนาดไม่เกิน 15-30 mg จะช่วยเรื่องนอนหลับ แต่ถักรับประทานขนาดสูงขึ้น noradrenergic effects overcome antihistamine และทำให้ไม่มึนงง ออกฤทธิ์เร็ว ตั้งแต่หลังวันที่ 4 drug interaction รบกวน cytochrome P450 มีน้อยมาก

Disadvantage ง่วงมาก ถ้าให้ยาขนาดต่ำ ความง่วงจะน้อยลงถ้าให้ยาที่สูงขึ้น

Trazadone

ไม่มีฤทธิ์ anticholinergic effects และทำให้ง่วงมาก เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่นอนไม่หลับ

Disadvantage GI upset เล็กน้อย orthostatic hypotension

ข้อสำคัญสำหรับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า

1. ควรเปลี่ยนยาเมื่อใช้ยาแต่ละชนิดในขนาดที่พอเพียงนานเกิน 6 สัปดาห์ แล้วผู้ป่วยไม่ดีขึ้น
2. ใช้ยานานติดต่อกันประมาณ 1 ปี เพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ แต่ควรใช้ยาเป็นระยะเวลา 2 ปี ในผู้ป่วยที่มี

อาการมากและรุนแรง

3. ขนาดยา maintenance ต้องเป็นขนาดเดียวกันที่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น (full acute dose)
4. ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายหลายโรค จะต้องคำนึงถึง drug interaction และ cytochrome P450
5. ผลข้างเคียง orthostasis, cardiac rhythm จะคงอยู่แม้ว่าจะใช้ยาไปนาน
6. เวลาจะเปลี่ยนยา antidepressant แต่ละตัวจะต้องค่อยๆ ลดยาตัวเก่าและเพิ่มยาตัวใหม่

ควรรักษาทั่วไปพร้อมกัน 3 ทาง คือ Bio - psycho - social

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy - ECT)

ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ที่อาการซึมเศร้ารุนแรงไม่ยอมทานอาหารและน้ำ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ผู้ที่เข้ายา 2 ชนิด แล้วยังไม่เห็นผลชัดเจน และที่ทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้

ครอบครัวบำบัด (Family therapy)

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักมีผลกระทบต่อครอบครัว ถ้าการรักษาและวินิจฉัยช้าย่อมเป็นผลเสียต่อคนไข้ในเรื่องการดูแลตัวเอง การเดินทางมาหาแพทย์ เราจึงควรเชิญญาติมาพูดคุยในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. ชักประวัติละเอียดของผู้ป่วยในแง่ของอุปนิสัย งานประจำ งานอดิเรก
2. ปัญหาครอบครัวที่มีเป็นผลจากผู้ป่วยไม่สบาย
3. อธิบายถึงโรคซึมเศร้าและแผนการให้การดูแลรักษา
4. หาสาเหตุที่เป็นตัวกระตุ้นและภาวะของผู้ดูแล

การฆ่าตัวตาย

พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าผู้สูงอายุพยายามฆ่าตัวตายหรือมีความคิดฆ่าตัวตายต้องใส่ใจ ถือเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขและจัดการ จำเป็นจะต้องถามผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าว่า

1. ท่านเคยคิดใหม่ว่า ไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ หรือรู้สึกว่าการมีชีวิตอยู่เป็นเรื่องทรมาน
2. ท่านเคยคิดที่จะทำร้ายตัวเองไหม
3. ท่านเคยมีแผนการที่จะทำร้ายตัวเองหรือไม่
4. ท่านได้เตรียมการอะไรไว้ในบ้านหรือไม่ เช่น ยา ปืน

ภาวะการเสี่ยงฆ่าตัวตาย

- ซายอยู่คนเดียว โสด หย่า แยกตัวจากสังคม
- รู้สึกสิ้นหวัง
- สูญเสียคนที่เป็นที่รักเร็วๆ นี้
- มีโรคทางกายร่วมด้วย
- ดื่มสุรา และยาเสพติด

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอันดับแรกคือ ต้องตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติให้ละเอียดและให้แน่ใจว่าไม่มีโรคทางกายแอบแฝง เพราะโรคซึมเศร้าอาจจะเป็นผลของโรคทางกายหรือผลของยาได้ การซักประวัติจากผู้ใกล้ชิดหรือผู้ดูแลจะช่วยให้ได้ข้อมูลถ้าผู้ป่วยมีอาการสับสนเป็นบางครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาจากโรคทางอายุรศาสตร์หรือยา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ และผู้ป่วยจะกลับมามีคุณภาพชีวิตและมีความสามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน

เมื่อไรที่จะต้องส่งต่อจิตแพทย์

1. อาการโรครุนแรง หรือมีอาการทางจิต
2. เสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย
3. อาการปนกันระหว่างซึมเศร้า สมองเสื่อม ต้มเหล้ามาก หรือใช้ยา Benzodiazepine มากเกินขนาด
4. มีความจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาล
5. ปัญหาในการใช้ยามีผลข้างเคียงจากยามาก ใช้ยาต้านเศร้า 2 ชนิดแล้วยังไม่ได้ผล
6. ต้องใช้วิธีอื่นร่วมด้วยนอกจากการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. Burke WJ, Wengel SP. Late-life mood disorders. Clin Geriatr Med 2003 ; 19 : 777-97.
2. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life : a diagnostic and therapeutic challenge. American family Physician 2004 ; 69 (10) : 2375-82.
3. Cepeland J RM, Abon-Salch MT. Principle and practice of geriatric psychiatry. 2nd ed. Chichester : John Wiley & Sons, 2002.
4. Coffey CE, Cummings JL. The American psychiatric press textbook of geriatric neuropsychiatry. 2nd ed. Washington DC : American Psychiatric Press, 2000.
5. Doris D, Ebmeier K, Shajahan P. Depression illness. Lancet 1999 ; 354 : 1369-75.
6. Ferguson JM. Depression : diagnosis and management for the primary care physician. Primary Care Companion J Clin Psychiatry 2000 ; 2 (5) : 173-9.
7. Guck TP, Kavan MG, Elsasser GN, Barone EJ. Assessment and treatment of depression following myocardial infraction. American Family Physican 2001 ; 64 (4) : 641-8.
8. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 2003.
9. Raj A. Depression in the elderly : tailoring medical therapy to their special needs. Post graduate Med [online]. Available from : URL : http://www.postgradmed.com/issue/2004/06_04/raj.htm.
10. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia : Williams & Wilkins, 2000.
11. Serby M, Yu M. Overview : depression in the elderly. The Mount Sinai J of Med 2003 ; 7 (1) : 38-44.
12. Tacpbrpm SA, Pies RW. Handbook of geriatric psychopharmacology. 1st ed. Washington DC : American Psychiatric Publishing, 2002.
13. Un?tzer J, Small GW, Gunay I. Geriatric medicine. In : Wise MG, Rundell JR, editors. The American psychiatric publishing textbook of consultation-liaisc psychiatry. 2nd ed. Washington DC : American Psychiatric Press, 2000.

เพ้อคลั่ง (Delirium)

ผศ.พญ.รวิวรรณ นีวัตพันธุ์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เพ้อคลั่ง (Delirium) เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาล อาการแสดงโดยผู้ป่วยไม่มีสมาธิ อาการขึ้นลงไม่แน่นอน การเคลื่อนไหวมากไปหรือน้อยลง ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไม่แน่นอน มีการรับรู้ที่ผิดปกติ

ลักษณะอาการที่สำคัญทางคลินิก

1. Conscious Change เป็นลักษณะสำคัญที่สุดของ delirium เป็นได้ทั้งง่วงซึมลงกว่าเดิม (Drowsy) หรือตื่นตัว (hyperalertness) มากกว่าปกติ
2. Multiple cognitive impairment ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติพร้อมกันหลายๆ อย่าง เช่น
 - สูญเสีย higher cortical function หลายอย่างพร้อมกัน
 - ความจำในเรื่องใหม่ๆ ที่เพิ่งเกิดขึ้น จำคนใหม่ๆ ที่เพิ่งรู้จักไม่ได้
 - การรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล (disorientation)
 - ไม่มีสมาธิ เปลี่ยนความสนใจไปตามสิ่งต่างๆ (Distactility)
 - อาจจะมีลักษณะ confabulation เนื่องจากความจำไม่ดี จึงเล่าเรื่องราวที่ไม่เป็นจริงเหมือนสร้างเรื่องราวที่ไม่เป็นจริงโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจ
3. Motor behavior เปลี่ยนแปลงจากปกติมาก เช่น อาจเคลื่อนไหวเชื่องช้า นอนนิ่ง (มักมีสาเหตุจาก electrolyte imbalance metabolic cause) หรือวุ่นวายปั่นเตียง
4. อาการของโรคจิต พบได้ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย อาการประสาทหลอนมักจะมีภาพหลอน แปลกภาพผิด ประสาทหลอนทางกายสัมผัส เช่น รู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ตามตัว ระแวง ความคิดหลง
5. อาการทั้งหมดจะเกิดขึ้นเฉียบพลัน (มักเป็นชั่วโมงหรือวัน) และขึ้นๆ ลงๆ เป็นๆ หายๆ (fluctuation) ในระหว่างวัน โดยมากจะเกิดอาการขึ้นในช่วงเย็นหรือกลางคืน แต่จะสงบลงในช่วงกลางวัน
6. ระยะเวลาของอาการมักจะหายภายในระยะเวลาเป็นวัน หรือจนกว่าจะแก้ไขสาเหตุของโรคทางกายจนหมดแล้ว

สาเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

1. ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
2. ยา
3. metabolic imbalances
4. major organ failure หรือ insufficiency
5. infection โดยเฉพาะทางเดินปัสสาวะ ปอด ผิวหนัง แผลกดทับ
6. sensory deprivation (ปิดตา อยู่ห้อง ICU)
7. หูดูดยานอนหลับกะทันหัน หูดุเดหล้า
8. ท้องผูก (faecal impact)

incidence ขึ้นอยู่กับกลุ่มอายุหรือสถานที่ศึกษา เช่น อยู่ใน nursing home ผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรคหัวใจ ผู้ป่วยทั่วไปพบ 10 % แต่การศึกษาในผู้ป่วยที่รับปรึกษาจากแผนกต่างๆ พบ 44 % ผู้ป่วย delirium ควรจะได้รับการวินิจฉัย เพราะว่าอาจตายได้ แต่ถาตรวจพบจะรักษาหาย ผู้ป่วยบางคนมีอาการ delirium แต่แสดงออกด้วยการนอนเฉยๆ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัย จะตรวจได้เมื่อสังเกตแล้วตรวจ cognition

ปัจจัยแนวโน้ม (Predisposing factor)

1. เนื้อสมองลดลง
2. ↓ cerebral blood flow
3. ↓ metabolic rate
4. ลดจำนวนของ neurotransmitter

สาเหตุ

1. ยา หยุดยากะทันหัน (benzodiazepine, anticholinergic, digitalis, antihypertension)
2. สิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น การลดลงของการรับรู้ (sensory input) หรือการเพิ่ม psychosocial stress เช่น ย้ายที่อยู่
3. delirium อาจจะเป็นอาการนำของโรคอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ค่อยแสดงอาการของโรคต่างๆ เช่น โรคติดเชื้อ, congestive heart failure และหลังผ่าตัด

การรักษา

พิจารณายาที่ไม่จำเป็น หรือแม้แต่ยาที่จำเป็นก็อาจต้องเปลี่ยนยา เช่น centrally acting medication (H_2 blockers)

นอกจากนี้พยายามจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยคือ เป็นสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย โทรทัศน์ไม่ควรเปิดอาจทำให้ผู้ป่วยงุนงงได้ เพราะเป็นตัวกระตุ้นหลงผิดหรือหิวแหว่ เปิดไฟกลางคืนให้สว่าง มีปฏิทิน และนาฬิกา พยายามให้ญาติหนึ่งเฝ้าใกล้ชิดถ้าทำได้ ถ้าไม่จำเป็นไม่ควรผูกผู้ป่วย ยกเว้นผู้ป่วยงุนงงมาก และไม่มึนเฝ้าระวัง self strangulation

ยาอาจจะให้ได้ด้วยความระมัดระวังค่อยๆ ให้ ให้ขนาดต่ำและช้าๆ รอจนกระทั่ง (หลังจาก 5 half - lives) สังเกตใกล้ขีด ระวัง orthostatic hypotension และหกล้ม

ผลของผู้สูงอายุต่อโรค

1. ความเสื่อมถอยของร่างกายบางอย่างเป็นผลของอายุ เช่น หูที่ตึงขึ้น ตาที่ค่อยๆ มองไม่ชัด สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะค่อยๆ เสื่อมลง
2. ผลของโรคทำให้วัยระค่อยๆ เสื่อม เช่น โรคข้อ โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
3. การสูญเสียความสามารถของร่างกาย (ADC) ที่กะทันหันจากโรค เช่น โรคอัมพาต
4. ผลของการเสื่อมจากโรค เป็นผลให้ความสามารถทางร่างกายยิ่งเสื่อมลงจากอายุมาก
5. วิถีชีวิตของบุคคลยิ่งทำให้ร่างกายเสื่อมมากขึ้น เช่น ดื่มเหล้า

เอกสารอ้างอิง

1. Cepeland J RM, Abon-Salch MT. Principle and practice of geriatric psychiatry. 2nd ed. Chichester : John Wiley & Sons, 2002.
2. Kaplan HI, Sadoch BJ, Synopsis of psychiatry : behavioral sciences / Clinical psychiatry. 9th ed. Baltimore ; Williams & Wilkins, 2003.
3. Melding P. The effects of Ageing. In : Melding P, Draper B, editors. Geriatric consultation liaison psychiatry. New york : Onfond University Press Inc, 2001.
4. Sadock BJ, sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelohia : Williams & Wilkins, 2000.
5. Weng Sunpang Ming Kengteoh, Shiu Kowming. Medicine and Surgery in the Older Person. Kin Keong Printing Singapore.

Sleep disorder ในผู้สูงอายุ

ผศ.พญ.รวิวรรณ นีวาดพันธุ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัญหาการนอนเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ อาการที่พบบ่อยคือ ใช้เวลานานกว่าจะหลับนอนหลับไม่สนิท ตื่นเร็วกว่าปกติ หรือตื่นขึ้นมาไม่สดชื่น เพลีย ต้องนอนซดเซยทั้งวัน คนที่นอนไม่หลับมักจะบ่นว่าหลับยาก บ่นเรื่องนอนไม่หลับเกินความเป็นจริง บอกเวลาที่หลับได้น้อยกว่าความเป็นจริง อาการนอนไม่หลับอาจจะเป็นเพียงความรู้สึกของคนไข้ที่รู้สึกว่าการนอนไม่หลับ ตื่นขึ้นมาไม่สดชื่น การซักประวัติเรื่องการนอนเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยการวินิจฉัยโรค

การสัมภาษณ์ลักษณะการนอน

ควรซักประวัติจากตัวผู้ป่วยเองและบุคคลที่นอนใกล้ชิด เพื่อจะได้ข้อมูลเกี่ยวข้องกับช่วงที่ผู้ป่วยหลับไปแล้วด้วย แนวคำถามมีดังนี้

1. ปัญหาการนอนเกิดขึ้นมานานเท่าไร ก่อนที่จะนอนไม่หลับ ลักษณะการนอนเป็นอย่างไร
2. ปัญหาการนอนเกิดขึ้นลักษณะอย่างไร
 - 2.1 เวลาที่เข้านอนและตื่นนอน
 - 2.2 ใช้เวลาเท่าใดกว่าจะหลับ
 - 2.3 จำนวนและระยะเวลาที่ตื่นตอนกลางดึก
 - 2.4 คุณภาพการนอนเป็นอย่างไร นอนหลับแล้วตื่นด้วยความสดชื่นหรือไม่
 - 2.5 การนอนงีบในช่วงกลางวัน
 - 2.6 การนอนไม่หลับ ลักษณะการนอนเป็นอย่างไร
 - 2.7 มีการนอนกรนเสียงดัง การขาดลมหายใจ การสะดุ้งหรือกระตุกของขาและแขนหรือไม่

3. สภาพแวดล้อม และพฤติกรรมก่อนเข้านอน

4. พิจารณาแยกโรคทางจิตเวชและอายุรกรรม การปวดต่างๆ ที่อาจเป็นผลทำให้นอนไม่ได้ดี

5. ประเมินความรุนแรงของปัญหา โดยพิจารณาระยะเวลา ความรู้สึกของผู้ป่วย และที่สำคัญ คือ ความสามารถในการดำเนินชีวิตในช่วงกลางวันถูกรบกวนมากหรือไม่

ส่วนการตรวจสภาพสรีรวิทยาช่วงการนอนหลับด้วยเครื่อง Polysomnograph ควรทำในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่น แพทย์ให้การรักษาไปนานกว่า 6 เดือนแล้วอาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น หรือจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหามาของโรคที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับโดยตรง เช่น sleep apnea syndrome

ลักษณะการนอน

ลักษณะการนอนมี 2 ระยะ คือ

1. ระยะคลื่นสมองช้า (Non Rem Sleep) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ

การนอนระยะที่ 1 เป็นระยะของการนอนที่มีคลื่นสมองช้า การหายใจจะช้าลง ชีพจรช้าลง การหายใจจะตื่นและสม่ำเสมอ ระยะนี้จะนานประมาณ 10 นาที ถ้าปลุกให้ตื่นก็จะมีความรู้สึกเพียงแค่อึดอัดหลับ คือยังรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อม และตอบสนองอย่างรวดเร็วเมื่อถูกปลุก

การนอนระยะที่ 2 ช่วงระยะนี้ผู้ที่นอนจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อจะผ่อนคลาย และลดการดึงตัวลงอย่างมาก ระยะนี้จะนานประมาณ 10-20 นาที ผู้ที่หลับจะไม่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และถ้าถูกปลุกให้ตื่นในระยะนี้จะจำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้น

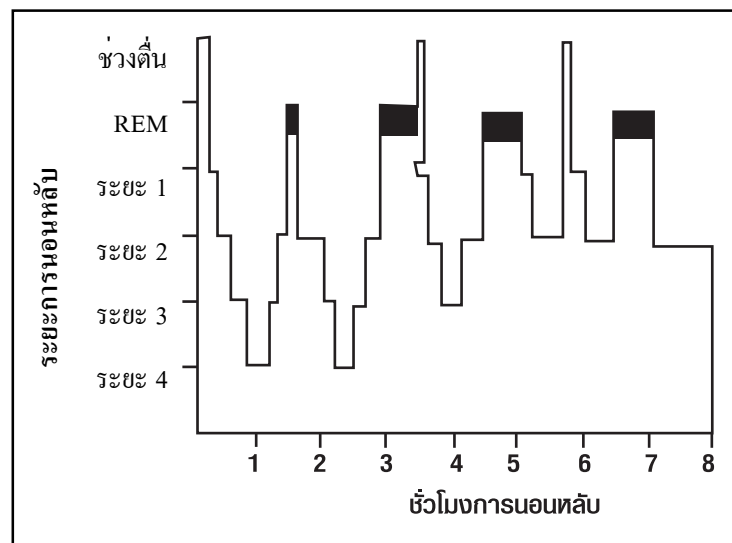
การนอนระยะที่ 3 และ 4 เป็นระยะที่มีคลื่นสมองช้าลง การนอนระยะที่ 4 เป็นการนอนที่หลับลึกที่สุด ถ้าถูกปลุกระยะนี้จะรู้สึกงัวเงียและมีมึนงง ระยะนี้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะสมบูรณ์ที่สุด หายใจจะช้า ระยะเวลาจากระยะที่ 1-4 ใช้เวลา 45 นาที

2. ระยะที่มีการกลอกตา (REM sleep) หลังจากระยะที่ 1-4 แล้วจะย้อนกลับมา 4, 3 และ 2 แต่จะไม่กลับไประยะที่ 1 ผู้ที่นอนหลับจะเข้าสู่ระยะที่มีการกลอกตาแทน และระยะนี้จะมีการฝัน สมองจะ active มาก แต่ร่างกายจะถูกทำให้ห่อหุ้มพาด ยกเว้น diaphragms ที่ยังทำงานอยู่ ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวขึ้น ซีพจรและการหายใจเร็วขึ้น ถ้าตื่นมาในระยะนี้จะจำความฝันได้ และมีอวัยวะเพศตื่นตัวในผู้ชาย ผลเสียของการขาด REM sleep ทำให้ความจำไม่ดี โดยเชื่อว่าการเก็บความจำจะเก็บไว้ชั่วคราว ไม่เก็บในส่วนที่เป็น permanent memory ในผู้สูงอายุเวลานอนหลับทั่วไปไม่ได้ น้อยลง แต่อาจมีปัญหา circadian rhythm เป็นนาฬิกาการรอบวัน ประกอบด้วยวงจรการหลับการตื่นที่ทำให้การนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการทำงานของสมอง เช่น การเสียชีวิต neuron และการลด dendritic connection ผลการนอนในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง ระยะ stage 1 เพิ่มขึ้น stage 3 และ 4 deepest level of non rem sleep ลดลง อาจจะมีปัญหาตื่นบ่อย นอกจากนี้ลักษณะการนอนยังเกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง และ cognition ของผู้สูงอายุ ลักษณะการนอนในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีจะปกติเหมือนคนทั่วไป

Insomnia หมายถึง การนอนหลับไม่เพียงพอ ไม่ใช่การนอนไม่หลับ มีลักษณะที่สำคัญคือนอนไม่หลับหรือนอนไม่พอ หลับยาก นอนหลับไม่ต่อเนื่องตลอดคืน และตื่นขึ้นมาไม่สดชื่น การนอนพอหรือไม่ ไม่มีเวลาที่ตายตัว ขึ้นอยู่กับว่าเวลานอนแล้วตื่นขึ้นมาสดชื่น และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันได้ดี ไม่ง่วงนอน ผลตามมาของการนอนไม่พอจะทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันเสียไป ทำให้เกิดหลับในหรือ micro sleep ช่วงสั้นๆ นอกจากนี้ยังทำให้อารมณ์ สมาธิ จิตใจเสียไปด้วย หงุดหงิด และไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติที่เคยทำเสียสุขภาพ

Classification of insomnia แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

1. Transient insomnia เป็น 2-3 วัน ก็หายเอง
 2. Short term insomnia เป็นน้อยกว่า 3 สัปดาห์
 3. Long term insomnia (chronic insomnia) เป็นมากกว่า 3 สัปดาห์
- กลุ่มที่ 1 และ 2 อาจหายได้เอง แต่กลุ่มที่ 3 ต้องรักษา



รูปที่ 1 แสดงลักษณะการนอนหลับ

สาเหตุการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ

สาเหตุการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุมักมีดังนี้

1. โรคทางจิตเวช โรคที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคซึมเศร้า นอกจากนี้ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคจิต โรคการปรับตัว (Adjustment disorders) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

2. โรคทางกาย ผู้สูงอายุมักจะมีโรคทางกายหลายโรค เช่น โรคปวดต่างๆ โรคหัวใจ โรคหอบ หรือ เคลื่อนไหวลำบาก เส้นเลือดอุดตันในสมอง พาร์กินสัน ทางเดินปัสสาวะอักเสบ ต่อมลูกหมากโต

3. สาเหตุจากยา ยาหลายชนิดที่ทำให้นอนไม่หลับ

- Amphetamine / Methylphenidate
- Pseudo ephedrine
- Decongestants / Theophylline
- Methyldopa, antihypertensive drug บางตัว resupine clonidine
- SSRI, eg. Fluoxetine, sertraline, venlafaxin, bupopriion
- Cimetidine, alcohol, caffeine, thyroid hormone, antineoplastics, ช็อกโกแลต

4. วิตกกังวลเรื่องการนอน แล้วยนอนไม่หลับ พยายามทุกวิถีทางให้นอนหลับ ยิ่งพยายามยิ่งทำให้นอนไม่หลับ เครียด กระวนกระวาย แต่เมื่อไม่ตั้งใจนอน เช่น นอนดูทีวีกลับนอนหลับโดยไม่รู้ตัว การเดินทางไปท่องเที่ยวจากการเปลี่ยนที่นอนเดิมจะหลับได้ ผู้ป่วยที่นอนไม่หลับมักจะคิดไปต่างๆ นานา เริ่มมีการคิดทางลบ ฉะนั้นผู้ป่วยจะพยายามเข้านอนเร็วกว่าปกติ พยายามจะให้หลับ เพราะคิดว่าเมื่อคืนไม่หลับจะได้หลับชดเชย ยิ่งพยายามให้หลับเร็วจะไม่หลับและหลับยากมาก เวลาไม่ตั้งใจนอน เช่น นอนดูโทรทัศน์ ฟังเพลง นอนเล่น ผู้ป่วยจะเผลอหลับ เมื่อรู้สึกตัวตื่นขึ้นมารีบเข้านอนจะตาสว่างนอนไม่หลับ

5. ปัญหาการนอนที่มาจากโรคของการนอนหลับโดยตรง (primary sleep disorder)

- Restless leg syndrome ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่สบายเกิดขึ้นในกล้ามเนื้อของขาหรือเท้า และจะรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้เคลื่อนไหวเท้า บางครั้งอาจรู้สึกเหมือนมีบางสิ่งคืบคลานในกล้ามเนื้อ อาการเป็นมากในช่วงเย็นหรือเมื่อผู้ป่วยเข้านอน

- Periodic limb movement disorder (PLMD) ผู้ป่วยจะมีอาการสะดุ้งหรือกระตุกเป็นพักๆ ของขาทั้งสองข้าง อาจพบที่แขนบ้าง ทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง มักเกิดขึ้นทุกๆ 20-90 นาที ผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกรู้ตัว เพราะเกิดช่วงสั้นมาก แต่ผู้ที่นอนใกล้ชิดผู้ป่วยจะสามารถรายงานลักษณะอาการได้ดี มักพบในผู้สูงอายุและผู้ป่วยไตวาย

- Obstructive sleep apnea เป็นการขาดลมหายใจระหว่างการนอนหลับเป็นพักๆ มักพบในบุคคลที่นอนกรนเสียงดัง สลับกับหายใจลำบาก อ้วน คอสั้น หนา และมักมีอาการง่วงนอนมากในช่วงกลางวัน การขาดลมหายใจทำให้ขาดออกซิเจน และเกิดการตื่นตัวเป็นระยะๆ

- Circadian rhythm disorder เช่น delayed sleep phase syndrome ผู้ป่วยมีเวลาของการนอนเกิดขึ้นช้า และตื่นนอนสายกว่าคนทั่วไป

หลักการดูแลสำหรับแพทย์ทั่วไป

1. ขจัดเหตุปัจจัยที่ทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ ทั้งปัญหาทางอายุรกรรม เช่น ให้ยาแก้ปวดมากขึ้นในช่วงการนอน โรคทางจิตเวชศาสตร์ และพฤติกรรมที่รบกวนวงจรการนอนหลับ-ตื่น

2. ประเมินความรุนแรง โดยประเมินว่าปัญหาการนอนนั้นรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วงกลางวันมากน้อยเพียงใด รวมทั้งการรับรู้ความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยกับปัญหา ในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของการนอน อาจตื่นตอนกลางดึกหรือตื่นนอนเช้าขึ้น แต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดี ผู้สูงอายุไม่ควรนอนหลับกลางวันมากไปในกรณีที่กลางคืนนอนหลับยาก คือเพียงอธิบายให้เข้าใจถึงลักษณะการนอนและแนะนำเกี่ยวกับสุขบัญญัติของการนอน

วิธีการรักษาเบื้องต้น

แพทย์ผู้รักษาควรมีความอดทนและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เข้าใจถึงจิตใจ ความทรมาณของการนอนไม่หลับ หัดเป็นผู้ฟังที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูด ตั้งใจและสนใจฟังเรื่อง que ผู้ป่วยเข้าใจผิดหรือวิตกกังวล อย่ารีบรอนสอนหรือปลอบใจ ปรับเป้าหมายของการรักษาให้เหมาะสม และเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย อย่ายึดเยียดเป้าหมายในการรักษา ประการสำคัญอย่าขุ่นเคืองว่าผู้ป่วยไม่รู้จักปฏิบัติตัวให้ถูก ซึ่งทำให้เกิดการอคติของแพทย์กับผู้ป่วย โดยมีหลักในการรักษา ดังนี้

1. แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสุขบัญญัติเพื่อการนอน (sleep hygiene) ดังนี้
 - 1.1 นอนให้พอเพียงเท่าที่ตื่นขึ้นมาแล้วสดชื่น อย่านอนมากเกินไป
 - 1.2 เข้านอนและตื่นให้เป็นเวลาไม่ว่าเมื่อคืนจะนอนมากหรือน้อย เป็นการปรับระบบการนอนให้ปกติ และทำให้นอนหลับง่าย
 - 1.3 ออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวันจะช่วยให้หลับสนิท การออกกำลังกายเฉพาะบางวันไม่ได้ช่วยการนอนหลับ การออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที ช่วยให้อุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้น แล้วมี rebound ลดต่ำลง ต้องใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง ดังนั้นจึงควรออกกำลังกายช่วงเย็น ไม่ควรออกกำลังกายใกล้เวลานอน เพราะอุณหภูมิที่สูงเป็นตัวกระตุ้นสมองไม่ให้หลับ
 - 1.4 พยายามจัดห้องนอนให้เงียบ ไม่ให้มีเสียงรบกวน ปรับอุณหภูมิห้องให้สบาย ไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป
 - 1.5 ดื่มนมอุ่นหรืออาหารอ่อนๆ ช่วยให้หลับสบายขึ้น
 - 1.6 ผีกัดผอนคลาย ปล่อยวาง ทำใจให้สงบ อาจเป็น progression relaxation หรือ meditation ก็ได้
 - 1.7 เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนไม่ควรทานหลังเที่ยง
 - 1.8 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ช่วยให้หลับเร็ว แต่หลับเป็นช่วงและระบบการนอนเปลี่ยนแปลง
 - 1.9 ผู้ป่วยที่หงุดหงิดรู้สึกโกรธที่ไม่หลับ หากเข้านอนไม่หลับในเวลา 20 นาที ไม่ควรนอนบนเตียงเพื่อพยายามให้หลับ ควรจะเปิดไฟลุกทำกิจกรรมอื่น แต่ต้องเป็นกิจกรรมที่ไม่เป็นการทำงานที่ผู้ป่วยชอบและเพลิน เช่น เล่นเกมส่คอมพิวเตอร์ ซึ่งผู้ป่วยอาจเพลิดเพลินไปกับกิจกรรมนั้นทำให้ไม่ม่่วง
 - 1.10 คนที่สูบบุหรี่จะทำให้นอนไม่หลับต้องลดบุหรี่หรือหยุดสูบ
 - 1.11 อย่าดื่มมากในตอนเย็นและค่ำ ผีกยึดเวลาการถ่ายปัสสาวะ เว้นช่วงการถ่ายก่อนจะถ่ายครั้งต่อไปให้ยาวนานขึ้น โดยยึดเวลาของการถ่ายครั้งต่อไป 10-15 นาที ใช้เวลาฝึกนาน 6 สัปดาห์
 - 1.12 อบน้ำอุ่น 106° F ก่อนนอน หรือแช่น้ำนาน 90 นาที ทำก่อนนอน 1-5 ชั่วโมง วิธีนี้อาจได้ผลใน RLS หรือ PLMD
 - 1.13 จำกัดเวลานอนในที่นอน เช่น ผู้ป่วยใช้เวลา 7 ชั่วโมงในที่นอน แต่นอนหลับได้เพียง 5 ชั่วโมงก็ลดเวลาในที่นอนให้เหลือเพียง 5 ชั่วโมง วิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยหลับเร็วขึ้น เมื่อได้ผลแล้วจึงเพิ่มเวลาได้ 15-30 นาที ทุกสัปดาห์

2. การใช้ยาช่วยการนอนหลับ จะต้องใช้ร่วมกับการแนะนำสุขบัญญัติการนอนหลับที่ดีเสมอ เพราะในระยะยาวผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมการนอนหลับได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพิงยาอย่างเดี๋ยว จุดประสงค์ของการใช้ยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้เร็วขึ้น ลดการตื่นกลางดึก หรือเพื่อลดความวิตกกังวลในวันรุ่งขึ้น ควรใช้ยาในกรณีที่มีอาการรุนแรง และให้ยาระยะสั้นที่สุด เมื่อผู้ป่วยปรับยาได้แล้วอาจไม่ต้องให้ยาต่อเนื่อง ไม่ควรให้ยานานเกิน 2-3 สัปดาห์ ผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถหยุดยาได้ และไม่มีอาการดียาหรือเพิ่มขนาดยาเอง แพทย์อาจแนะนำให้ผู้ป่วยทดลองรับประทานยาเป็นคืนเว้นคืนหรือรับประทานทุกๆ 2 คืน ยานอนหลับทุกชนิดจะติดได้ควรระวังการดียา ทำให้ต้องเพิ่มขนาดยา ถ้าหยุดยากระทันหันหรือเร็วเกินไปจะเกิด rebound insomnie ยาที่มีค่ากึ่งชีวิตสั้นมากมักเป็นยาที่มีความแรงมาก และออกฤทธิ์เร็ว แต่ก็อาจมีผลทำให้ระยะนอนหลับสั้นลง และมีโอกาสดียารวมทั้งเสพติดยาเพิ่มขึ้น

2.1 Benzodiazepines การเลือกยาในผู้สูงอายุแนะนำให้ใช้ยา short หรือ intermediate acting เช่น lorazepam และ temazepam clonazepam เป็น long half life ควรจะให้วันละครั้งทุกวันที่วันเว้นวัน alprazolam เป็น lipophilic และ oxidatively metabolized, benzodiazepine มี active metabolize อาจสะสมในผู้สูงอายุ และเกิด delirium ได้ง่าย ส่วน Conjugated benzodiazepine ไม่มี active metabolize เช่น lorazepam และ termazepam จึงเป็นยาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุมากกว่า

Rebound insomnia จะเป็นอยู่ 1-2 คืน หลังจากหยุดยา benzodiazepine short (< 6 ชั่วโมง) หรือ intermediate (6-24 ชั่วโมง) half life ผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยที่นอนไม่หลับและพยายามเพิ่มขนาดยา อาจทำให้ผู้ป่วยหลับมากเกินไป มีนงง แขนขาอ่อนแรง สับสน ชีพเสว้า และ ataxia

ใช้ยา benzodiazepine นานๆ ทำให้สมาธิไม่ดี visuospatial impairment ซึ่งค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยเองก็อาจไม่รู้สึกรู้สีก ต่อมาจะมีปัญหา cognitive impairment และผู้ป่วยจะถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็นโรคสมองเสื่อม และจะหายเป็นปกติถ้าหยุดยา benzodiazepine ผู้ป่วยสูงอายุที่มี dementia รวมด้วย เมื่อรับประทานยากลุ่มนี้ อาจจะมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด กระวนกระวาย hyperkinesias

2.2 Non-benzodiazepines hypnotics เป็นยารุ่นใหม่ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการติดยาและการเสพติดยา ตลอดจนเกิดอาการหยุดยาน้อยกว่ายากลุ่ม benzodiazepines และไม่ทำให้องค์ประกอบของระยะการนอนเปลี่ยนแปลงไปมาก ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Zolpidem เป็นยากลุ่ม imida-zopyridine มีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 2.5 ชั่วโมง ยานี้มีฤทธิ์น้อยในการคลายกล้ามเนื้อ แก้อาการชัก และลดความวิตกกังวล มีผลกระทบน้อยต่อระยะการนอนแบบหลับลึก และระยะบีบ (REM sleep)

3. ยากลุ่มต้านอารมณ์ซึมเศร้าที่มีฤทธิ์วังง เช่น amtriptyline mianserin ถึงแม้ยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังถึงประสิทธิภาพของยาในการช่วยการนอนหลับ แต่ยาก็มีประโยชน์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคซึมเศร้า หรือวิตกกังวล หรือในผู้ป่วยที่มีอาการปวดในลักษณะต่างๆ ที่เรื้อรังและรบกวนการนอน

ตารางที่ 1 ยาที่ช่วยการนอนหลับ

ยาที่ช่วยการนอนหลับ	ค่าครึ่งชีวิต (ชั่วโมง)	Active metabolite	อัตราการดูดซึม	ขนาด
1. benzodiazepines				
Clonazepam	22 - 38	ไม่มี	ช้า	0.5 - 1
Lorazepam	10 - 22	ไม่มี	ปานกลาง	0.5 - 1
Temazepam	8 - 12	ไม่มี	ปานกลาง	7.5 - 15
2. Nonbenzodiazepines				
Zolpidem	1.5 - 4	ไม่มี	เร็ว	2.5 - 7.5
3. Antidepressants				
Trazodone	~ 7			25
Mirtazapine	20			15 - 30
Fluvoxamine	15			50 - 100
Paroxetine	20			20

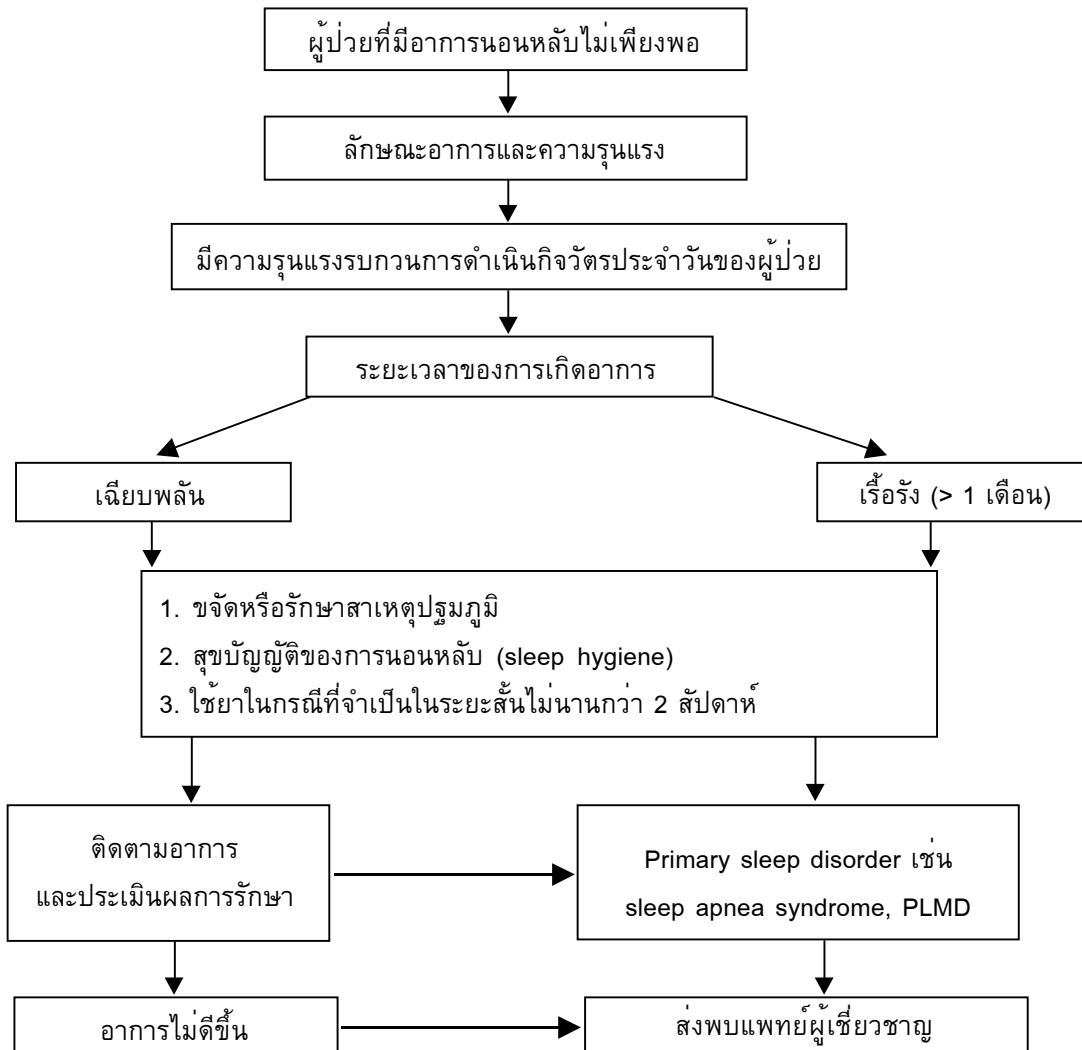
เมื่อไรควรส่งต่อผู้ป่วยให้ผู้เชี่ยวชาญ

ควรส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ที่มีความชำนาญในกรณีต่อไปนี้

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

หลักในการดูแลผู้ป่วยนอนไม่หลับ

1. “นอนไม่หลับ” เป็นเพียงอาการที่แพทย์ต้องสืบค้นหาสาเหตุเสมอ ไม่ควรสั่งยาช่วยการนอนหลับโดยไม่ทราบสาเหตุ
2. การซักประวัติถึงลักษณะปัญหาการนอน และระยะเวลาจะช่วยบ่งชี้ถึงสาเหตุได้
3. ผู้ป่วยที่มีปัญหามาไม่นาน ส่วนใหญ่จะมีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อมภายนอก และความตึงเครียดตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ไม่เอื้อต่อการนอนหลับ
4. ผู้ป่วยที่มีปัญหามาานกว่า 1 เดือน สาเหตุส่วนใหญ่อาจมาจากโรคทางจิตเวช และโรคที่สัมพันธ์กับการนอน
5. การขจัดต้นเหตุเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนทุกราย
6. การใช้ยาช่วยการนอนหลับควรใช้ในระยะเวลาสั้น 2-3 สัปดาห์ และควรใช้ยารักษาอาการนอนไม่หลับเบื้องต้นร่วมกับการรักษาหลักอื่นๆ เฉพาะโรค
7. ยากลุ่ม Benzodiazepine agonist (Non-BZD) เป็นยาที่ควรใช้รักษาอาการนอนไม่หลับ
8. แพทย์ควรนัดติดตามอาการและการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินอาการและความจำเป็นในการใช้ยา
9. ในผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาในระยะยาว เช่น ผู้ป่วย primary insomnia แพทย์อาจให้ผู้ป่วยรับประทานยาเป็นบางครั้งเมื่อต้องการ ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาประจำ
10. การสอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสุขบัญญัติการนอนหลับ (sleep hygiene) เป็นประจำจะช่วยให้รูปแบบและคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นในระยะยาว ถึงแม้ว่าจะหยุดยาไปแล้ว



แผนภูมิที่ 1 แสดงการวินิจฉัยและดูแลรักษาปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. สมพร บุษราทิน. เกร็ดจิตเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2547.
2. Chokroverty S. Sleep disorders medicine. Butterworth-Heinemam : Stoneham, 1994.
3. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
4. Martin R, Nagel K, Ruddy J. Concise guide to evaluation and management of sleep disorders. Washington, DC : American Psychiatry Press, 1990.
5. Montplaisir J, Godbout R. Sleep and biological rhythms. New York : Oxford University Press, 1990.
6. Reynolds CF, Dew MA, Monk TH, Hoch CC. Sleep disorders in late life : a biopsychosocial model for understanding pathogenesis and intervention. In : Coffey CE, Cummings JL, editors. Textbook of geriatric neuropsychiatry. 1st ed. Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc., 1994 : 323-31.
7. Susman JL. Sleep in the elder : a practical approach. The J of Family Practice 1989 ; 29 (5) : 528-33.
8. Thomas Neylan, MD. Assistant Professor. Psychiatry University of California, San Francisco of Medician.
9. Waldhorn RE. Sleep disorder in elderly. Adv Psychosom Med 1989.

ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุ

ผศ. พญ. รวิวรรณ นีวาตพันธุ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ระบาดวิทยา

จากการศึกษาระบาดวิทยาในชุมชนของสหรัฐอเมริกาพบว่า ความชุกของการดื่มหนักเท่ากับ 6-14 % และความชุกของการใช้ในระดับที่เป็นปัญหาเท่ากับ 1-17 % แปรผันตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา ซึ่งสนับสนุนว่าปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในผู้ป่วยช่วงอายุ 60-80 ปี

Alcohol use and abuse

รูปแบบการใช้แอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุมีทั้งแบบ early-onset คือเริ่มใช้มาตั้งแต่อายุน้อย (น้อยกว่า 45 ปี) และ late-onset คือมาเริ่มใช้ตอนอายุมาก (มากกว่า 45 ปี) ซึ่งแต่เดิมเคยเชื่อว่าพบได้น้อยนั้น การศึกษาในปัจจุบันพบว่า กลุ่มที่เริ่มใช้เมื่อสูงอายุพบได้ไม่น้อยทีเดียว แต่ปัญหาที่พบรุนแรงน้อยกว่า และมีแนวโน้มที่จะแก้ปัญหาได้รวดเร็ว รวมถึงมีความสมัครใจต่อการรักษามากกว่ากลุ่มที่เริ่มใช้ตั้งแต่อายุน้อย

การเพิ่มปริมาณการใช้แอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุ มักเกี่ยวข้องกับปัญหาเรื่องของการสูญเสียสิ่งสำคัญ (major losses) ขาดความสามารถในการใช้เวลาอย่างเหมาะสม พบว่าทั้งการดื่มแบบสังคม และการดื่มเองคนเดียวล้วนมีปริมาณเพิ่มขึ้นหลังการเกษียณอายุ บ่อยครั้งที่พบว่ามีอาการชักชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเป็นการกระตุ้นการเจริญอาหาร แต่ก็ต้องมีการระมัดระวังในแง่ของปฏิกริยาระหว่างแอลกอฮอล์กับโรคทางกายที่เรื้อรังและยาที่ใช้ด้วย

ในบางการศึกษาพบว่า การใช้แอลกอฮอล์ในขนาดปานกลาง (ประมาณ 2 drinks/d) อย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ เนื่องจากแอลกอฮอล์จะเพิ่ม HDL cholesterol รวมถึง HDL 3 ซึ่งมี antiatherogenic activity แต่ไม่เพิ่ม HDL ที่มี antiatherogenic activity สูงที่สุด นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังช่วยลดการเกาะตัวของเกร็ดเลือด และมี anticoagulant effect แต่การศึกษาในปัจจุบันเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ดื่มแล้วยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าการดื่มจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรคของ alcohol use disorders

ถึงแม้ว่าบางเกณฑ์การวินิจฉัยของ alcohol dependence โดยเฉพาะในเรื่องของ social และ occupational function จะถูกวิจารณ์ว่าไม่เหมาะสมเป็นเกณฑ์สำหรับผู้สูงอายุ แต่จากการทดสอบพื้นฐานแล้วพบว่าเกณฑ์นี้ยังสามารถใช้ได้ทั่วไปในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมี screening test ที่ใช้ได้ดีในผู้สูงอายุ คือ CAGE และ MAST-G (Michigan Alcoholism Screening Test) designed for geriatric) และจากการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ความผิดปกติที่พบได้บ่อย ได้แก่ MCH เพิ่มขึ้น, MCV เพิ่มขึ้น, uric acid เพิ่มขึ้น, albumin ลดลงภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกาย โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์จะบ่งถึงการพยากรณ์โรคที่แย่ ถ้ายังคงไม่หยุดการดื่ม ภาวะ hypoglycemia, hyperuricemia, hypertriglyceride, osteoporosis, anemias, congestive heart failure, aspiration pneumonia, accidental hypothermia ภาวะเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุจากหรือถูกกระตุ้นได้ด้วย alcohol dependence ภาวะการล้มตายเป็นความเกี่ยวข้องกับ alcoholism ในผู้ป่วยชายวัยกลางคนมากกว่าผู้ป่วยชายสูงอายุและผู้ป่วยหญิง

ช่วงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดื่มจนพบปัญหาจากแอลกอฮอล์นั้นอาจกว้างมากได้ถึง 50 ปี ซึ่งในบางรายอาจมีการหยุดดื่มไปเป็นช่วงๆ ในขณะที่บางรายอาจดื่มต่อเนื่องหรือมากขึ้นเรื่อยๆ

Alcohol-Associated Organic Mental Disorder

1. Again and Alcohol neurotoxicity : แอลกอฮอล์มีฤทธิ์เป็น neurotoxin จากการศึกษา cognitive function ใน social drinkers พบว่าปริมาณแอลกอฮอล์ที่ใช้มีความสัมพันธ์กับระดับความจำ การเรียนรู้ และการแก้ปัญหาที่ลดลงแม้แต่ในยามที่ไม่ได้ดื่มโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ในบางรายงานพบว่าการใช้แอลกอฮอล์มานานจะทำให้ cognitive performance เทียบเท่ากับผู้ไม่ดื่มที่มีอายุมากกว่า 5-15 ปี นอกจากนี้การตรวจ imaging จะพบว่าอาจมี cortical atrophy, rCBF ลดลงในผู้ป่วย chronic alcoholism ด้วย

2. Alcohol intoxication and withdrawal : ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเกิด intoxication มากกว่าคนอายุน้อย ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยทาง pharmacokinetic, age-associated CNS sensitivity, drug interaction หรือจากโรคที่เป็น comorbidity เองก็ได้ ส่วนการเกิด withdrawal ซึ่งแต่เดิมเคยเชื่อว่ารุนแรงน้อยกว่าในผู้สูงอายุนั้น การศึกษาในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุจะมีอาการถอนเหล่านี้ที่รุนแรงกว่า และต้องการยาที่ใช้ sedate มากกว่า ซึ่งสรุปได้ว่าระยะเวลาการใช้แอลกอฮอล์และประวัติความรุนแรงของการถอนเหล่านี้ครั้งก่อนมีผลต่อความรุนแรงของอาการถอนเหล่านี้มากกว่าเรื่องของอายุ

3. Slowly resolving cognitive deficits following alcohol withdrawal : หลังจากเลิกเหล้าในช่วงแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักยังคงมีปัญหาในเรื่อง cognition โดยในผู้สูงอายุจะมี impair มากกว่าคนอายุน้อย deficit บางชนิด เช่น psychomotor skill, short-term memory จะสามารถกลับคืนมาได้ ในขณะที่ long-term memory มีแนวโน้มจะยังคง impair ถึงแม้ว่าจะหยุดแอลกอฮอล์ไปมากกว่า 7 ปี แล้วก็ตาม

4. Alcoholic dementia and Alzheimer's disease : เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV สำหรับ alcoholic dementia ไม่มีข้อแยกแตกต่างที่เด่นชัดจาก dementia จากสาเหตุอื่นๆ จึงเป็นการวินิจฉัยโดยแยกสาเหตุอื่นออกไป ความพยายามในการแยก alcoholic dementia จาก Alzheimer นั้น เนื่องจากมีพยาธิกรณโรคที่ต่างกันคือ ถ้ายังคงการหยุดดื่มไว้ได้จะสามารถ maintain โรคไว้ได้ พบว่า peripheral neuropathy, cerebella ataxia พบบ่อยใน alcoholic dementia มากกว่า ในขณะที่ anomia พบบ่อยใน Alzheimer มากกว่า นอกจากนี้เมื่อทำการ follow-up 20 เดือน พบว่า alcoholic dementia ไม่พบการแย่งของ serial MMSE และเมื่อทำ MRI พบว่า cerebellar atrophy พบบ่อยใน chronic alcoholism มากกว่า Alzheimer

5. Alcohol-associated insomnia : แอลกอฮอล์มีผลทำให้ตื่นบ่อย, ลด REM sleep

6. Alcohol-associated mood disorders : อาการซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถหายไปได้เองหลังจากหยุดเหล้าประมาณ 3-4 อาทิตย์ อาการที่ยังคงเหลือพบได้ 6-15 % ของผู้ป่วยนั้นจะบ่งถึง comorbid disorder ในกลุ่มที่อาการหายไปได้เองนั้นจะบ่งความเป็น organic mood disorder แต่ผู้เชี่ยวชาญบางท่านก็เชื่อว่าในกลุ่มนี้อาจจะมี underlying subclinical chronic depression หรือมีแนวโน้มจะมี depression ซึ่งจะเป็นปัจจัยในการเกิด realapse ของการใช้แอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้น จึงแนะนำให้ใช้ยาต้านซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

7. Alcohol-associated movement disorder : มีการรายงานอาการ parkinson ในผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้แอลกอฮอล์ ทำให้เชื่อว่าแอลกอฮอล์อาจมีผลรบกวน striatal dopamine activity ได้

8. Psychiatric comorbidity in Alcohol Use Disorders : พบว่ามีการติดบุหรี่ยุบรวมด้วยสูง (70 %) แต่ไม่ค่อยมีการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องนอนโรงพยาบาลพบว่า dementia (25 %) พบบ่อยกว่า mood disorder (12 %) แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกพบว่า mood disorder (14 %) พบบ่อยกว่า dementia (6 %) ส่วนในคลินิกจิตเวชพบว่า comorbid schizophrenia, anxiety disorder พบได้บ่อยกว่าคลินิกทั่วไป

การรักษา Alcohol-Related Disorders ในผู้ป่วยสูงอายุ

เมื่อมีการวินิจฉัย alcohol use disorder จำเป็นต้องมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย คู่สามีภรรยา หรือผู้ดูแล เพื่อร่วมกันสร้างเป้าหมายและวิธีการดูแลที่เหมาะสม ในบางรายที่มีอาการไม่รุนแรง การให้คำแนะนำเพื่อหยุดการใช้อาจเพียงพอ ในรายที่อาการเป็นรุนแรงมากขึ้นก็อาจเข้าสู่โปรแกรมแบบผู้ป่วยนอก การมีส่วนร่วมของครอบครัวก็จะช่วยในเรื่องของ compliance และ outcome การใช้ยา disulfiram นั้นมีอันตรายและไม่แนะนำในผู้สูงอายุ ในรายที่มีอาการรุนแรงมากควรส่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน รวมถึงในรายที่ล้มเหลวจากการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วด้วย สำหรับผู้ป่วย dementia, chronic psychosis จะรักษาได้ดีใน day center หรือโปรแกรมเยี่ยมบ้าน ส่วนผู้ป่วย personality disorder หรือโรคทางจิตเวชจะดีสำหรับการรักษาแบบตัวต่อตัว ในคลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวช

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยา

การเตรียมความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุข

เนื่องจากการติดยาเป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเคยชิน และสารชีวเคมีในสมอง โดยสารสื่อประสาทในสมองจะหลั่งเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับการกระตุ้นจากนิโคตินในควันบุหรี่ ทำให้เกิดการติดยา ดังนั้นผู้ติดยาคือผู้ป่วย ผู้ป่วยเพราะเป็นโรคสมองติดนิโคติน แต่โรคนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักจิตวิทยา นักศึกษา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ติดยาให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

บุคลากรสาธารณสุขต้องมีความรู้ความเข้าใจกลไกการติดยา สาเหตุที่สูบบุหรี่ มีความรู้หรือได้รับการอบรมด้านการให้คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเข้าใจการบำบัดรักษาผู้ติดยาโดยการให้ยา รวมทั้งผลกระทบของการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพ ทั้งของผู้สูบบุหรี่และต่อบุคคลรอบข้าง ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้สูบบุหรี่ในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามกฎหมายระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และพร้อมที่จะชี้แจงให้ความกระจ่างในกรณีผู้ต้องการเลิกบุหรี่ที่มีความสงสัย

สรุปขั้นตอนการดำเนินการบำบัดรักษาผู้ติดยา (แผนภูมิ 1 และ 2)

เนื่องจากในปัจจุบันมีวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดยา ดังนั้นเพื่อกำหนดกรอบการดำเนินงานให้แก่ผู้ให้บริการเพื่อช่วยผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ การดำเนินการอย่างมีระบบควรประกอบด้วย

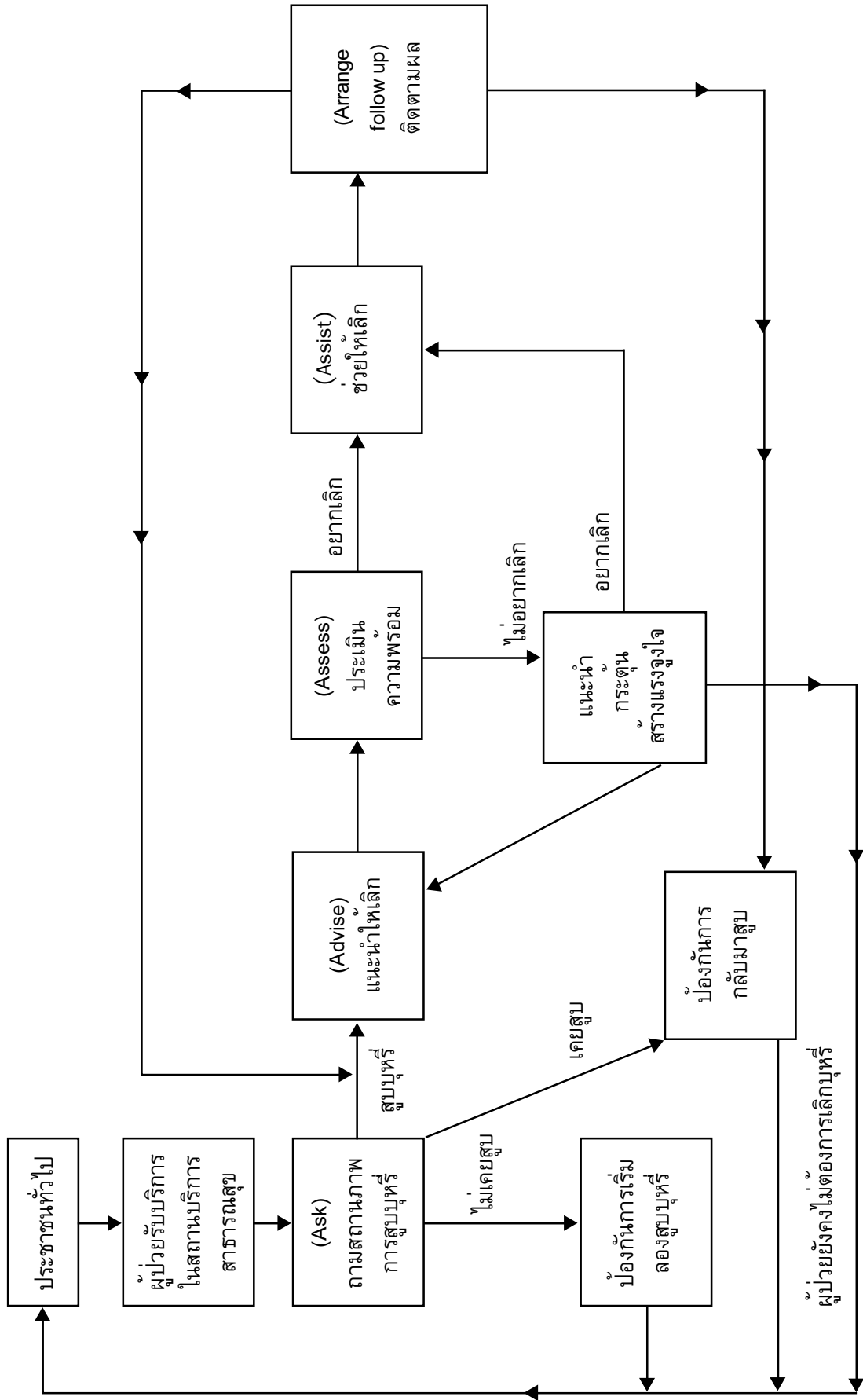
1. การประเมินและการบันทึกสถานภาพการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยทุกคน ที่เข้ามารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข

2. จัดให้มีการบริการบำบัดรักษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่

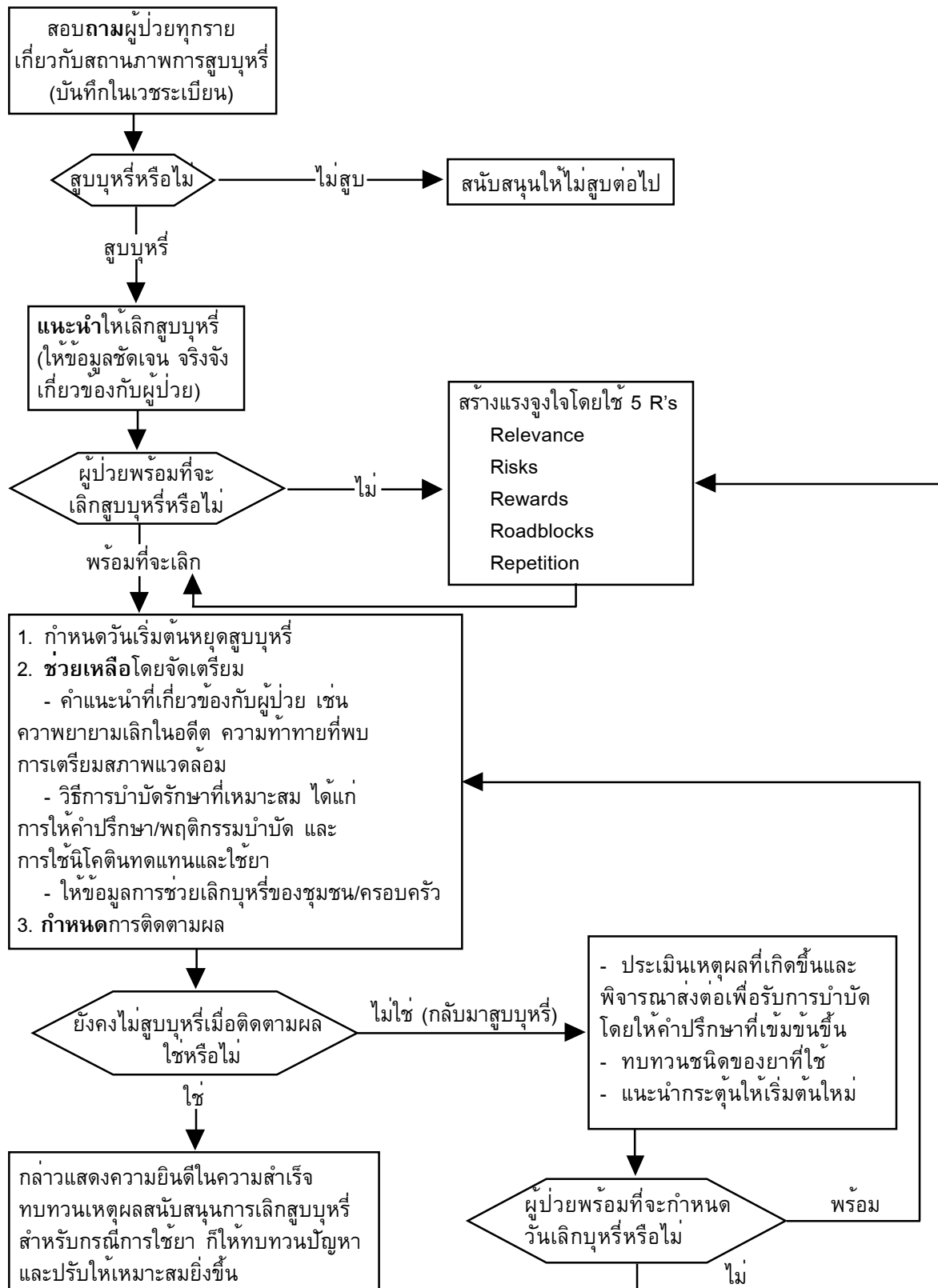
3. ให้การบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ที่มีลักษณะการติดยาทางพฤติกรรมหรือทางจิตวิทยา ด้วยการให้คำปรึกษาแนะนำ

4. ให้การบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ที่ติดนิโคตินด้วยการให้นิโคตินทดแทนหรือใช้ยาเม็ดช่วยเลิกบุหรี่ กล่าวคือผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ควรได้รับการซักประวัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และควรได้รับคำแนะนำและข้อเสนอในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่อย่างน้อยวิธีใดวิธีหนึ่ง ในกรณีที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่และต้องการเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง ก็ควรพิจารณาใช้วิธีการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม

แผนภูมิที่ 1 แสดงแนวทางการดำเนินงานเพื่อช่วยผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่



แผนภูมิที่ 2 ตัวอย่างการดำเนินงานการบำบัดรักษาผู้ติดยา



สำหรับในกรณีที่ผู้สูบบุหรี่ยังไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ หรือยังลังเลไม่แน่ใจ ก็ต้องให้คำแนะนำ กระตุ้น และสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งให้เอกสารความรู้

บทบาทของบุคลากร สาธารณสุข	กลวิธี	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
1. ซักถามสถานภาพการสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยทุกคนและทุกครั้งที่มา รับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข เพื่อคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย (Ask)	จัดให้มีระบบที่ให้มั่นใจว่าผู้ป่วย ทุกคนถูกถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และมีการบันทึกข้อมูลเป็นหลักฐาน เช่น การเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับการสูบ บุหรี่ไว้ในแบบ Vital Signs หรืออาจ ทำเป็นสติ๊กเกอร์ติดที่แฟ้มผู้ป่วย จัดระบบการเตือนโดยใช้คอมพิวเตอร์	- “แบบ Vital Signs” - “คำถาม-ตอบเพื่อแยกประเภท ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่” (ผนวก 1) - “5 A’s ช่วยเลิกบุหรี่” (ผนวก 2)
2. กระตุ้น สร้างแรงจูงใจให้เลิกบุหรี่ โดยใช้คำถามแบบ pros และ cons (Advise)	ใช้ท่าทีที่ชัดเจน จริงจัง และเป็นกันเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงข้อดีข้อเสียของ การสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ในลักษณะการชี้ให้เห็นระหว่าง ข้อดีกับข้อเสียของการสูบบุหรี่ ผู้ป่วย สามารถตัดสินใจได้เอง	- “ตัวอย่างคำถาม pros and cons” (ผนวก 3) - “5 A’s ช่วยเลิกบุหรี่” (ผนวก 2) - “การสร้างแรงจูงใจสำหรับ ผู้ไม่พร้อมที่จะเลิกบุหรี่ (5 R’s)” (ผนวก 4)
3. ประเมินความต้องการของผู้ป่วย ว่าต้องการจะเลิกสูบบุหรี่ในขณะนี้ หรือไม่ (คือ ภายใน 30 วันข้างหน้า) (Assess)	กลุ่มที่ 1 ถ้าผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่ จะเลิกสูบบุหรี่ ผู้ให้บริการก็ให้คำแนะนำ ให้เอกสาร ที่เหมาะสม และให้ความมั่นใจว่าพร้อม ที่จะช่วยเหลือ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย ตระหนักถึงปัญหาทั้งที่เกิดกับตัวเอง และบุคคลในครอบครัว	- “5 A’s ช่วยเลิกบุหรี่” (ผนวก 2) - “สารประกอบอันตรายในบุหรี่” (ผนวก 5) - “โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่” (ผนวก 6) - “การสร้างแรงจูงใจสำหรับ ผู้ไม่พร้อมที่จะเลิกบุหรี่ (5 R’s)” (ผนวก 4)
	กลุ่มที่ 2 ถ้าผู้ป่วยที่มีแผนจะเลิก สูบบุหรี่ (แต่ไม่ใช่ในเร็ววัน) ผู้ให้บริการอธิบายถึงกระบวนการ เลิกบุหรี่ สร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประโยชน์ที่จะได้ รับจากการเลิกสูบบุหรี่	- “สารประกอบอันตรายในบุหรี่” (ผนวก 5) - ผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ (บทที่ 8) - “โรคที่เกิดการสูบบุหรี่” (ผนวก 6) - “5 A’s ช่วยเลิกบุหรี่” (ผนวก 2)

บทบาทของบุคลากร สาธารณสุข	กลวิธี	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
	<p>กลุ่มที่ 3 สำหรับผู้ป่วยที่เคยสูบบุหรี่แต่หยุดสูบบุหรี่ได้ในปีที่ผ่านมา</p> <p>ผู้ให้บริการกล่าวแสดงความยินดี แสดงความชื่นชม ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร ไม่กลับมาสูบบุหรี่อีก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “5 A’s ช่วยเลิกบุหรี่” (ผนวก 2) - “การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่” (ผนวก 7)
	<p>กลุ่มที่ 4 สำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งกลับมาสูบบุหรี่</p> <p>ผู้ให้บริการสอบถามสาเหตุ ให้กำลังใจ ไม่ให้ผู้ป่วยท้อถอย ให้คำแนะนำ ชี้ประเด็น ช่วยแก้ปัญหา ซึ่งอาจจะแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่อื่นนอกจากวิธีที่ทำไปแล้วเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ใหม่โดยใช้บทเรียนที่ผ่านมา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “5 A’s ช่วยเลิกบุหรี่” (ผนวก 1) - “การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่” (ผนวก 7)
<p>4. ผู้ให้บริการดำเนินการให้ความช่วยเหลือการเลิกสูบบุหรี่ พิจารณากำหนดวิธีการบำบัดรักษาให้ถูกต้องเหมาะสม และจัดหาเอกสารขอมูลที่เกี่ยวข้องให้กับผู้ป่วย</p> <p style="text-align: right;">(Assist)</p>	<p>กลุ่มที่ 5 ถ้าผู้ป่วยที่พร้อมที่จะเลิกภายใน 1 เดือน</p> <p>นอกเหนือจากดำเนินการเหมือนกลุ่มที่มีแผนที่จะเลิก (กลุ่มที่ 3) ให้เพิ่มเติมการพิจารณาวางแผนการเลิกบุหรี่ร่วมกับผู้ป่วย โดยสอบถามรูปแบบการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในแต่ละวัน และสอบถามสาเหตุที่สูบบุหรี่ที่ตอบสนองความพึงพอใจ (เพราะผู้สูบบุหรี่แต่ละคนอาจมีอุปนิสัยในการสูบบุหรี่ที่เกี่ยวข้องกับเวลา สถานที่ และสถานการณ์ต่างๆ แตกต่างกันไป)</p> <p>ใช้ผลจากการวิเคราะห์สาเหตุการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่มาพิจารณาเพื่อกำหนดวิธีการบำบัดรักษาให้ถูกต้องเหมาะสม และให้การบำบัดรักษาต่อไป การบำบัดรักษาที่เสนอแนะได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ โดยการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด 2. การรักษาการติดบุหรี่โดยใช้ยาและให้นิโคตินทดแทน 	<ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินการติดนิโคตินของ Fagerstöm (ผนวก 8) - เกณฑ์การวินิจฉัยการติดนิโคตินของ DSM IV (ผนวก 9) - กลไกการติดบุหรี่ - “รูปโรคสมองติดนิโคติน” (ผนวก 10) - การสูบบุหรี่และการอดบุหรี่ในมุมมองทางจิตวิทยาและสังคม - โมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ - “เส้นทางสู่การเลิกบุหรี่” (ผนวก 11) - “ขั้นตอนการเลิกสูบบุหรี่” (ผนวก 12)

บทบาทของบุคลากร สาธารณสุข	กลวิธี	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
<p>5. กำหนดการติดตามผลทั้งในรูปแบบการนัดหมายกับผู้ป่วยและการใช้โทรศัพท์สอบถาม</p> <p>(Arrange follow-up)</p>	<p>ผู้ให้บริการควรมีการติดตามผลผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทุกคนไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ยังไม่พร้อมที่จะเลิกหรือผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถ้าผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ ผู้ให้บริการควรกล่าวแสดงความยินดีในความสำเร็จ - ถ้าผู้ป่วยกลับมาสูบบุหรี่ ให้ทบทวนสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่และให้คำแนะนำ - ทบทวนและพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ในกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ - หากผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้เป็นเวลา 1 ปี ก็ต้องสนับสนุนให้ยังคงไม่สูบบุหรี่ต่อไป 	<p>- “การติดตามผล” (ผนวก 13)</p>

การรักษาผู้ติดบุหรี่โดยการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด

บุคลากรผู้ให้คำปรึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการอดบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ จากการวิจัยเปรียบเทียบผลการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างผู้ที่เลิกด้วยตนเองกับผู้ที่ให้คำปรึกษาแนะนำปรากฏว่า ผู้ที่ได้รับคำปรึกษาแนะนำมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าผู้เลิกด้วยตนเอง และมีอัตราการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่น้อยกว่า ผู้ให้คำแนะนำปรึกษาควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจหลักการให้คำปรึกษา

สิ่งที่ควรคำนึงและดำเนินการในการให้คำปรึกษาเพื่อรักษาการติดบุหรี่ คือ

1. ประเมินสถานะของผู้สูบบุหรี่ เพื่อประเมินว่าผู้สูบบุหรี่มีความเต็มใจในการเลิกสูบบุหรี่เพียงใด โดยใช้โมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ (Transtheoretical model of change) ซึ่งแบ่งผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในขั้นตอนต่างๆ เป็น 6 ขั้นตอน

Transtheoretical model of change

ขั้น	ลักษณะของผู้สูบบุหรี่	บทบาทของผู้ให้การปรึกษา
1. Recent acquisition	ผู้ที่สูบบุหรี่มาแล้วเป็นเวลาภายในระยะเวลา น้อยกว่า 6 เดือน โดยไม่มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบเลย	- ให้ข้อมูล เช่น โทษ พิษ ภัย ของบุหรี่ที่เกิดขึ้นทั้งกับตัวผู้สูบบุหรี่และบุคคลรอบข้าง ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ ฯลฯ
2. Precontemplation	ผู้ที่สูบบุหรี่โดยไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า	- วางแผนสร้างแรงจูงใจ
3. Contemplation	ผู้ที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า	- ให้การสนับสนุนให้เกิดกำลังใจ
4. Preparation	ผู้ที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 30 วันข้างหน้า และเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจังมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	- ป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่
5. Action	ผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา	
6. Maintenance	ผู้เคยสูบบุหรี่ที่เลิกสูบได้เป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน	

การประเมินความพร้อมของผู้สูบบุหรี่ก่อนที่จะทำการรักษาโดยการให้คำปรึกษาจะทำให้การวางแผนในการให้คำปรึกษาแนะนำมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยหากพบว่าผู้สูบบุหรี่อยู่ในระยะที่ยังไม่เต็มใจในการเลิกบุหรี่ (ขั้นที่ 1-3 ของ Transtheoretical model of change) ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องทุ่มเทในการให้ข้อมูลและวางแผน เพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่ข้ามขั้นตอนไปสู่ความพร้อม / เต็มใจในการเลิกบุหรี่ สำหรับในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ผู้ให้การรักษามีหน้าที่ให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดกำลังใจที่เข้มแข็งและไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก

2. การประเมินตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้สูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จสูงในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่

- ◆ ผู้ป่วยมีแรงจูงใจสูงในการเลิกบุหรี่
- ◆ ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะรับความเปลี่ยนแปลง (พร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือน)
- ◆ ผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถของตนเองปานกลางถึงสูง (มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่)
- ◆ มีการสนับสนุนทางสังคม (ไม่มีผู้สูบบุหรี่อยู่ในบ้าน ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ในช่วงเวลาที่ทำการเลิกบุหรี่)

2.2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้สูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จต่ำในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่

- ◆ ผู้ป่วยติดนิโคตินสูง (ประเมินโดยใช้ Fagerstrom tolerance scale เช่น สูบบุหรี่มวนแรกภายในเวลา 30 นาทีหลังจากตื่นนอนตอนเช้า สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 20 มวน มีอาการถอนยารุนแรงระหว่างความพยายามเลิกสูบบุหรี่)
- ◆ ผู้ป่วยมีประวัติทางจิตเวชร่วมด้วย (มีประวัติของโรคซึมเศร้า จิตเภท ติดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดชนิดอื่น)
- ◆ ผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง (กำลังอยู่ในภาวะที่มีความเครียดสูง และหรือมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมาก ซึ่งเพิ่งเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้น เช่น การหย่า การเปลี่ยนงาน หรือการแต่งงาน)

3. รูปแบบการให้คำปรึกษา การบำบัดรักษาโดยวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคล เป็นรายกลุ่ม หรือการใช้โทรศัพท์เป็นรูปแบบที่ช่วยให้การทำโปรแกรมอดบุหรี่ประสบความสำเร็จ นอกจากนั้นความเอาใจจริงเอาใจในการให้คำปรึกษา และจำนวนครั้งที่ให้คำปรึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับความสำเร็จในการช่วยให้เลิกบุหรี่ ผู้ให้การรักษายังต้องให้ความสำคัญกับการให้คำปรึกษาโดยใช้เวลาหรือเพิ่มเวลา และเพิ่มจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่อย่างพอเพียง การให้การรักษแบบตัวต่อตัวมากเท่าไรผลที่ได้ก็ดีขึ้นเท่านั้น พบว่าหากผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำสั้นๆ (เช่น ใช้เวลาน้อยกว่า 3 นาที) จากแพทย์ อัตราการเลิกบุหรี่จะเพิ่มขึ้นมากกว่าไม่ได้รับคำแนะนำเลยถึงร้อยละ 30 และจะเพิ่มขึ้นมากกว่าหนึ่งเท่าตัวหากได้รับคำแนะนำอย่างจริงจัง (เช่น ใช้เวลามากกว่า 10 นาที)

4. ประเภทของผู้ให้การรักษา การทำงานร่วมกันเป็นทีมของผู้ให้คำปรึกษาแนะนำที่ประกอบด้วยบุคลากรหลายประเภท เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา ฯลฯ จะเพิ่มประสิทธิภาพและเพิ่มความสำเร็จในการรักษาผู้ติดบุหรี่ ให้เลิกสูบบุหรี่ได้ แต่ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินการประสบความสำเร็จคือ บุคลากรเหล่านี้จะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเป็นอย่างดี

การรักษาโดยการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด

รูปแบบขั้นพื้นฐานของการให้คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พบว่ามีประสิทธิภาพ และควรแนะนำให้กับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ทุกคน ได้แก่

1. การฝึกอบรมเพื่อการแก้ปัญหาและเสริมสร้างทักษะ (เช่น การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีผู้อื่นสูบบุหรี่อยู่ การระบุตัวกระตุ้นที่ทำให้สูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธ)
2. การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา
3. การช่วยผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ให้ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมภายนอก

ผู้ให้การรักษจะต้องช่วยผู้ป่วยระบุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ ทักษะการจัดการกับปัญหาเมื่ออยู่ในสภาวะกดดัน ผู้ให้การรักษต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการถอนยาที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมพร้อมมากขึ้นเมื่อหยุดสูบบุหรี่ เตรียมคำพูดบทสนทนาเพื่อพูดกับผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่ การเอาใจใส่ห่วงใยอย่างจริงใจ ฯลฯ

1. การให้คำปรึกษาเพื่อการแก้ปัญหาและเสริมสร้างทักษะ

บทบาทของบุคลากร	วัตถุประสงค์/ตัวอย่าง	เอกสารประกอบ
1. ชี้ประเด็นให้ผู้ช่วยเห็นถึงสถานการณ์ที่มีผลต่อการเพิ่มการสูบบุหรี่ต่อการกลับมาสูบบุหรี่	เพื่อให้รู้ว่าเวลาใด สถานที่ใด เหตุการณ์อะไรที่ทำให้สูบบุหรี่ เช่น การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีแต่คนสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความอยากลอง การอยู่ภายใต้สภาวะกดดัน	- “กระบวนการติดบุหรี่” (ผนวก 14) - “ตัวกระตุ้น” (ผนวก 15) - “การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่” (ผนวก 7)
2. พัฒนาทักษะในการรับมือ/จัดการกับปัญหาให้กับผู้ป่วย	เพื่อฝึกให้มีทักษะในการแก้ปัญหา เช่น การควบคุมอารมณ์ การลดความเครียด การเพิ่มคุณภาพชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเคยชินเพื่อลดความกดดัน เพิ่มคุณภาพชีวิต หรือให้ความสุขสบาย เรียนรู้ กิจกรรมเกี่ยวพฤติกรรมและความนึกคิดเพื่อรับมือกับความอยากสูบบุหรี่ (เช่น หันเหความสนใจจากบุหรี่ไปทำกิจกรรมอื่น)	- “ทักษะการปฏิเสธ” (ผนวก 16) - “เทคนิคการหยุดความคิด” (ผนวก 17) - “การทำสมาธิ” (ผนวก 18) - “การรับรู้ถึงภาวะตั้งเครียด” (ผนวก 19) - “วิธีหลีกเลี่ยงการกลับไปสูบบุหรี่” (ผนวก 20)
3. ให้ข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้ป่วย เช่น ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และความสำเร็จจากการเลิกสูบบุหรี่	เพื่อให้ได้ทราบข้อเท็จจริงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เช่น โทษ พิษ ภัยของบุหรี่ การสูบบุหรี่ (แม้ว่าจะสูบบุหรี่เพียงครั้งเดียวก็จะทำให้เป็นผู้ติดบุหรี่) ได้ให้ทราบสาเหตุของการติดบุหรี่ กลไกการติดบุหรี่ ช่วงเวลาถอนยา (ซึ่งจะอยู่ในช่วงเวลา 1-3 สัปดาห์) อาการต่างๆ ที่เกิดจากการถอนยา	- ผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ (บทที่ 6) - “สารประกอบอันตรายในบุหรี่” (ผนวก 5) - กลไกการติดบุหรี่ (บทที่ 4) - “อาการถอนนิโคติน” (ผนวก 21)

2. การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา

บทบาทของบุคลากร	วัตถุประสงค์/ตัวอย่าง	เอกสารประกอบ
1. ให้กำลังใจในความพยายามเลิกบุหรี่	เพื่อซีให้ผู้ป่วยตระหนักว่า ในปัจจุบันมีวิธีการบำบัดรักษาการติดยาที่มีประสิทธิภาพ พยายามสื่อสารให้ผู้ป่วยเชื่อว่าเขาสามารถเลิกบุหรี่ได้ บอกให้ทราบว่ามีผู้ติดยาหมากกว่าครึ่งสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้	- “ขั้นตอนการเลิกบุหรี่” (ผนวก 12)
2. สื่อสารให้เห็นถึงความห่วงใยของผู้ให้คำปรึกษา	เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ได้รับรู้ว่ามิผู้ห่วงใย - ผู้ให้คำปรึกษาควรถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิด ความรู้สึก ความกลัว ความยากลำบากที่ผ่านมาจากความรู้สึกกังวล ฯลฯ ที่มีต่อการเลิกบุหรี่ - ผู้ให้คำปรึกษาควรแสดงความห่วงใยและความเต็มใจในการให้ความช่วยเหลืออย่างจริงจัง และบอกให้ทราบว่ เจ้าหน้าที่ทุกคนพร้อมและเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลืออย่างจริงจัง	
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่ของเขา	ผู้ให้คำปรึกษาถามถึง - เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการเลิกสูบบุหรี่ - สิ่งที่ผู้ป่วยกังวลใจ ความลำบากในการเลิกบุหรี่ - ความสำเร็จที่ได้รับ - ความลำบากที่เคยเผชิญในขณะที่เลิกบุหรี่	

3. การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมภายนอก

บทบาทของบุคลากร	วัตถุประสงค์/ตัวอย่าง	เอกสารประกอบ
1. ฝึกอบรมให้มีทักษะในการร้องขอการสนับสนุนจากสังคมเพิ่มขึ้น	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ ได้รับการสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่จากสังคมแวดล้อม เช่น การให้ผู้ป่วยดูวิดีโอทัศนตัวอย่างการฝึกทักษะการขอรับการสนับสนุน การฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักขอความสนับสนุนจากทางครอบครัว เพื่อน หรือผู้ร่วมงานในการเลิกสูบบุหรี่ของเขา การจัดให้บ้านเป็นเขตปลอดบุหรี่	
2. ให้หาแรงสนับสนุนทันทีได้ด้วยตนเอง	ผู้ให้คำปรึกษาอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาแรงสนับสนุนจากภายนอกได้ด้วยตนเอง โดยการให้ข้อมูลแหล่งที่ผู้ป่วยสามารถหาความรู้ และแรงสนับสนุนอื่นๆ เช่น ให้หมายเลขโทรศัพท์ ให้ที่ติดต่อของหน่วยงาน องค์กร ให้เว็บไซต์เกี่ยวกับการอดบุหรี่ ผู้ให้คำปรึกษาควรมีการกระตุ้นโดยใช้วิธีเตือนหรือสอบถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้แสวงหาการสนับสนุนจากภายนอก	
3. จัดให้เกิดแรงสนับสนุนอื่นๆ จากภายนอก	โดยการให้ผู้ป่วยเป็นผู้คอยให้แรงสนับสนุนแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่รายอื่นๆ อาจจะโดยการจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่ด้วยกัน ให้คอยช่วยเหลือกัน ให้ผู้ป่วยเขียนจดหมายติดต่อกับผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่รายอื่น ฯลฯ วิธีการนี้เป็นการเสริมสร้างกำลังใจและแรงสนับสนุนซึ่งกันและกัน	

การบำบัดรักษาโดยใช้ยา : นิโคตินทดแทนและยาเม็ดรับประทาน

ในปัจจุบันนี้มีการใช้ผลิตภัณฑ์ทางเภสัชกรรมเพื่อบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่ง US Agency for Health Care Policy and Research แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 first-line agent ได้แก่

นิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy-NRT) ได้แก่ นิโคตินชนิดหมากฝรั่งเคี้ยว (chewing gum) ชนิดแผ่นติดผิวหนัง (patch) ชนิดเม็ดอมใต้ลิ้น (nicotine sublingual tablet) ชนิดเม็ดอม (lozenge) ชนิดสูดทางปาก (oral inhaler) และชนิดสเปรย์ทางจมูก (nasal spray)

ยาเม็ดรับประทาน คือ bupropion sustained release (SR)

กลุ่มที่ 2 second-line agent ได้แก่ clonidine และ nortriptyline ซึ่งเป็นยาที่มีผลในการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ แต่มีข้อจำกัดมากกว่ากลุ่มแรก เพราะยังไม่ได้ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา สหรัฐอเมริกา และมีผลข้างเคียงมากกว่า ดังนั้น การใช้ยากลุ่มนี้จึงต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป สำหรับผู้ติดบุหรี่ที่ไม่สามารถใช้ยากลุ่มแรกได้

ในการบำบัดรักษาโดยการให้นิโคตินทดแทน และการใช้มักมีคำถามหรือข้อสงสัย ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

คำถาม/ข้อสงสัย	คำชี้แจง
1. ผู้ป่วยประเภทใดที่สมควรได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีนี้	ผู้ป่วยที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติ ผู้ที่มีประวัติการแพ้ยา ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใช้ยา ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 10 มวน สตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร และเยาวชน
2. ยาในกลุ่ม first-line agent ที่ใช้ในประเทศไทยมีอะไรบ้าง	ในประเทศไทย NRT ที่ใช้มี 2 ชนิด คือ - นิโคตินชนิดหมากฝรั่งเคี้ยว (nicotine chewing gum หรือ nicotine polacrilex) - นิโคตินชนิดแผ่นติดผิวหนัง (nicotine patch) ยาเม็ดรับประทานที่ใช้ คือ bupropion SR ซึ่งยาทั้ง 2 รูปแบบเป็นยาควบคุมพิเศษต้องจ่ายตามใบสั่งแพทย์
3. ปัจจัยอะไรที่ใช้ในการเลือกใช้ยาแต่ละชนิด	เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลทางวิชาการชัดเจนที่จะจัดลำดับความสำคัญในการเลือกใช้ยา การเลือกจึงขึ้นอยู่กับความคุ้นเคยของแพทย์ที่มีต่อยานั้นๆ ข้อห้ามในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ความชอบของผู้ป่วยแต่ละราย ประสบการณ์การใช้ยาของผู้ป่วย รวมทั้งสภาวะของผู้ป่วย เช่น มีประวัติซึมเศร้า กังวลเกี่ยวกับ น้ำหนักตัว ฯลฯ

คำถาม/ข้อสงสัย	คำชี้แจง
4. การบำบัดรักษาโดยใช้ยาเหมาะกับผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ไม่มาก (สูบวันละ 10-15 มวน) หรือไม่	ในบางกรณีผู้ป่วยต้องการยาช่วยเลิกบุหรี่ แพทย์ก็จะต้องคำนึงถึงการลดขนาดของยาที่ใช้ ในกรณีการให้นิโคตินทดแทน แต่ไม่จำเป็นต้องลดขนาดของยา สำหรับ bupropion SR
5. ยาในกลุ่ม second-line agent ที่ใช้ในมืออะไรบ้าง	nortriptyline และ clonidine
6. เมื่อใดที่ควรใช้ยาในกลุ่ม second-line agent	เมื่อผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้กลุ่ม first-line agent หรือผู้ป่วยที่เคยใช้ยาในกลุ่ม first-line agent ไม่ได้ผล แต่ต้องพิจารณาผลข้างเคียงของยาในกลุ่ม second-line agent ด้วย
7. ยาประเภทใดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่กังวลเกี่ยวกับน้ำหนักตัว	bupropion SR และนิโคตินทดแทน โดยเฉพาะชนิดหมากฝรั่งเคี้ยว สามารถช่วยชะลอการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวได้ แต่ไม่สามารถป้องกันไม่ให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้
8. มียาบำบัดรักษาที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีประวัติซึมเศร้าหรือไม่	bupropion SR และ nortriptyline ให้ผลดีกับผู้ป่วยประเภทนี้
9. ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่ควรใช้ NRT ใช้หรือไม่	ไม่ใช่ นิโคตินแผ่นติดผิวหนังมีความปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
10. การบำบัดรักษาโดยใช้ยา ใช้ในระยะยาวได้หรือไม่ (เช่น ใช้ 6 เดือนหรือนานกว่า)	ได้ วิธีการนี้มีประโยชน์กับผู้ป่วยที่มีรายงานว่า มีอาการถอนยาที่ยาวนานในช่วงที่ให้อาบำบัด หรือกับผู้ป่วยที่ชอบการรักษาในระยะยาว ไม่มีรายงานความเสี่ยงต่อสุขภาพเมื่อใช้ระยะยาว นอกจากนี้อ่องค์การอาหารและยาสหรัฐอเมริกา ก็รับรองการใช้ bupropion SR ในระยะยาว
11. การใช้ยาร่วมกันทำได้หรือไม่	ได้ มีรายงานการใช้แผ่นนิโคตินติดผิวหนังร่วมกับการใช้หมากฝรั่งนิโคติน ซึ่งมีผลให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้เพิ่มขึ้นมากกว่าการใช้ NRT ชนิดเดียว และมี รายงานการใช้ NRT ร่วมกับ bupropion พบว่าสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้

การบำบัดรักษาโดย first-line agent

การบำบัดรักษาโดยใช้นิโคตินทดแทน ในประเทศไทยนิโคตินทดแทนที่ใช้มี 2 ชนิด คือ

1. นิโคตินชนิดหมากฝรั่งเคี้ยวในประเทศไทยมีจำหน่ายในชื่อการค้าว่า Nicorette® ขนาดที่ใช้มี 2 ขนาด คือ ชันละ 2 มิลลิกรัม และ 4 มิลลิกรัม การใช้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการติดบุหรี่ของผู้ป่วย
2. นิโคตินชนิดแผ่นติดผิวหนังที่ใช้ในประเทศไทยมีจำหน่ายในชื่อการค้าว่า Nicotinell TTS® ซึ่งมี 4 รูปแบบ แตกต่างกันในปริมาณนิโคตินในแผ่นยา ระบบการนำส่งยา วิธีการปลดปล่อยนิโคตินจากแผ่นยา และเวลาการใช้แผ่นยา (24 หรือ 16 ชั่วโมง) ดังนี้

ขนาด 30 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 52.5 มิลลิกรัม ปลดปล่อยนิโคตินวันละ 21 มิลลิกรัม
 ขนาด 20 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 35 มิลลิกรัม ปลดปล่อยนิโคตินวันละ 14 มิลลิกรัม
 ขนาด 10 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 17.5 มิลลิกรัม ปลดปล่อยนิโคตินวันละ 7 มิลลิกรัม

การบำบัดรักษาโดยใช้ยาเม็ตรับประทาน

ยาเม็ตรับประทาน bupropion SR เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งการดูดซึมกลับของสารสื่อประสาท (dopamine) มีผลทำให้ผู้ที่ได้รับยามีอาการของการขาดนิโคตินน้อยลง ในประเทศไทยมีจำหน่ายในชื่อการค้าว่า Quomem® ชนิดออกฤทธิ์ (sustained release) ขนาด 150 มิลลิกรัม

ชนิดของยา	ประเภทผู้ป่วย	ขนาดที่ใช้	ระยะเวลา	คำแนะนำ	ผลข้างเคียง
นิโคตินชนิด หมากฝรั่งเคี้ยว นิโคตินจะถูก ดูดซึมเข้าๆ จน ถึงระดับสูงสุด ภายใน 30 นาที	สูบ<25 มวน/วัน	2 มก./ชิ้น/ชั่วโมง ใช้ได้ 7-15 ชิ้น/วัน ไม่ควร > 30 ชิ้น/ วัน <u>6 สัปดาห์แรก</u> ใช้ 1 ชิ้น ทุก 1-2 ชม. <u>3 สัปดาห์ต่อมา</u> ใช้ 1 ชิ้น ทุก 2-4 ชม. <u>3 สัปดาห์ต่อมา</u> ใช้ 1 ชิ้น ทุก 4-8 ชม.	2-3 เดือน (ไม่ควร เกิน 3 เดือน แต่ อาจใช้ได้นาน 4-6 เดือนขึ้นกับผู้ป่วย)	ผู้ป่วยต้องหยุดสูบ บุหรี่ทันทีก่อนเริ่ม และระหว่างใช้ หมากฝรั่งนิโคติน งดเครื่องดื่มที่มี ความเป็นกรดก่อน เริ่มใช้หมากฝรั่ง 15 นาที และ ระหว่างเคี้ยว หมากฝรั่ง ต้องเคี้ยวหมากฝรั่ง ให้ถูกวิธี	เมื่อยขากรรไกร สะอึก เรอ คลื่นไส้
		4 มก./ชิ้น/ชั่วโมง ไม่ควรเกิน 15 ชิ้น/วัน <u>6 สัปดาห์แรก</u> ใช้ 1 ชิ้น ทุก 1-2 ชม. <u>3 สัปดาห์ต่อมา</u> ใช้ 1 ชิ้น ทุก 2-4 ชม. <u>3 สัปดาห์ต่อมา</u> ใช้ 1 ชิ้น ทุก 4-8 ชม.	2-3 เดือน (ไม่ควรเกิน 3 เดือน แต่อาจ ใช้ได้นาน 4-6 เดือนขึ้นกับผู้ป่วย)	ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จัด แนะนำให้ค่อยๆ ลดบุหรี่ร่วมไปกับ การใช้หมากฝรั่ง นิโคติน ควรลดให้ เหลือ 20 มวน/วัน แล้วจึงเริ่มหยุด สูบบุหรี่ ปฏิบัติตัว เหมือนขางตน	เมื่อยขากรรไกร สะอึก เรอ คลื่นไส้

ชนิดของยา	ประเภทผู้ป่วย	ขนาดที่ใช้	ระยะเวลา	คำแนะนำ	ผลข้างเคียง
<p>นิโคตินชนิดแผ่นติดผิวหนัง</p> <p>ระดับนิโคตินในเส้นเลือดจะเพิ่มขึ้นช้าๆ จนถึงระดับสูงสุดใน 4-6 ชม. ภายใน 30 นาที</p>	<p>สูบ ≤ 20 มวน/วัน</p> <p>สูบ ≥ 20 มวน/วัน</p>	<p>ขนาด 20 ตร.ซม. ขนาด 10 ตร.ซม.</p> <p>ขนาด 30 ตร.ซม. ขนาด 20 ตร.ซม. ขนาด 10 ตร.ซม.</p>	<p>6-8 สัปดาห์ 3-4 สัปดาห์ ใช้ได้สูงสุด 12 สัปดาห์</p> <p>3-4 สัปดาห์ 3-4 สัปดาห์ 3-4 สัปดาห์ ใช้ได้สูงสุด 12 สัปดาห์</p>	<p>หยุดสูบบุหรี่ก่อนและระหว่างใช้แผ่นติดผิวหนัง</p> <p>ในวันที่เริ่มต้นหยุดสูบบุหรี่ให้ติดแผ่นยาทันทีที่ตื่นนอนติดแผ่นยาบริเวณที่ไม่มีขน (สตรีห้ามติดบริเวณหน้าอก)</p> <p>เปลี่ยนที่ติดทุกวันอย่าติดซ้ำที่เดิม (เว้นติดซ้ำที่ให้ห่างประมาณ 1 สัปดาห์)</p>	<p>ผิวหนังระคายเคือง เป็นผื่นคัน นอนหลับๆ ตื่นๆ</p>
bupropion SR	<p>ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะจะยิ่งให้ผลดีกับผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยที่กังวลเกี่ยวกับน้ำหนักตัว</p>	<p>ขนาด 150 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ตอนเช้า</p> <p>ขนาด 150 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น (หากมีอาการนอนไม่หลับเมื่อใช้ยานี้ให้รับประทานครั้งที่ 2 ตอนบ่าย แต่ให้ห่างจากครั้งแรกไม่น้อยกว่า 8 ชม. หรืออาจลดขนาดยาในช่วงแรกของการรักษา)</p>	<p>3 วันแรก</p> <p>วันที่ 4 เป็นต้นไป ใช้ระยะเวลา 7-12 สัปดาห์</p>	<p>- ให้ผู้ป่วยกลืนยาทั้งเม็ด ไม่ควรหัก เคี้ยวหรือบดยาก่อนกลืน</p> <p>- เริ่มใช้ยาก่อนหยุดสูบบุหรี่ 1-2 สัปดาห์ และห้ามใช้ยากับผู้ป่วยที่มีประวัติการป่วยต่างๆ</p>	<p>อาจทำให้นอนไม่หลับ ปากแห้ง</p>

การบำบัดรักษาโดย **second-line agent (nortriptyline และ clonidine)**

แม้ว่ายา clonidine และ nortriptyline ยังไม่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาสหรัฐอเมริกา แต่เนื่องจาก clonidine ได้รับระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานระดับ A และ nortriptyline ได้รับความน่าเชื่อถือของหลักฐานระดับ B จาก Clinical Practice Guideline : Treating Tobacco Use and Dependence (Fiore et al., 2000) ดังนั้น จึงควรให้ความสนใจและเสนอแนะให้พิจารณานำมาใช้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในกรณี que ผู้ป่วยใช้ First-line agent ไม่ได้ผล ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงคำเตือนและผลข้างเคียงต่างๆ

nortriptyline เป็นยาคลายความเครียดที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดยาหรือสูบบุหรี่ ผลข้างเคียงได้แก่ หน้ามืด มือสั่น มองเห็นภาพไม่ชัด ง่วงซึม การรับรสเปลี่ยนแปลง การใช้เกินขนาดอาจมีผลอย่างมากต่อหัวใจ

clonidine เป็นยารักษาความดันโลหิตสูง พบว่าช่วยลดอาการถอนฝิ่นและแอลกอฮอล์ และอาจจะช่วยลดอาการถอนนิโคตินบางอย่างได้ด้วย ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ง่วงนอน อ่อนเพลีย หน้ามืด วิงเวียน ปากแห้ง ความดันโลหิตลดลงเมื่อยืนขึ้น อาจก่อให้เกิดอันตรายในขณะขับรถหรือควบคุมดูแลเครื่องจักรกล

คำถาม-ตอบเพื่อแยกประเภทผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่

ผู้ให้บริการสามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันต้องการเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ จากคำตอบที่ได้เมื่อถามว่า “คุณรู้สึกอย่างไรบ้างกับการเลิกสูบบุหรี่ของคุณในขณะนี้”

ประเภทที่ไม่อยากเลิก

คำตอบ “ผมยังไม่คิดอยากจะเลิก”
 “ผมมีความสุขเมื่อสูบบุหรี่”
 “ผมชอบสูบบุหรี่”

บทบาทของผู้ให้บริการ บอกกับผู้ป่วยว่า “ผมไม่เร่งรัดคุณหรอก”

ประเภทที่ไม่แน่ใจว่าจะเลิกดีหรือไม่

คำตอบ “ผมคิดๆ อยู่เหมือนกันเรื่องเลิกสูบบุหรี่”
 “ผมยังไม่พร้อมในขณะนี้”
 “ผมกลัวว่าเมื่อเลิกแล้วน้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้นจะอ้วนขึ้น”

บทบาทของผู้ให้บริการ บอกกับผู้ป่วยว่า “คุณอยากจะทำคุยกันในเรื่องนี้ไหม?”

ประเภทที่พร้อมที่จะเลิก

คำตอบ “ผมต้องการเลิกสูบบุหรี่เดี๋ยวนี้”
 “ผมอาจต้องการความช่วยเหลือ”
 “สำหรับตัวผม ผมรู้ว่าการสูบบุหรี่มีผลเสียมากกว่าผลดี”

บทบาทของผู้ให้บริการ บอกกับผู้ป่วยว่า “คุณต้องการให้ผมช่วยให้คุณเลิกสูบบุหรี่ไหม?”

5 A's ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่

การดำเนินการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ประกอบด้วย 5 A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange)

1. Ask (ถาม) เกี่ยวกับสถานภาพการสูบบุหรี่

บุคลากรสาธารณสุขต้องถามผู้มาเข้ารับบริการทุกคนถึงสถานภาพการสูบบุหรี่ และควรให้ข้อมูลการสูบบุหรี่ปรากฏอยู่ในเอกสารของผู้ป่วยด้วย เช่น ในใบสัญญาณชีพ (Vital Signs) อาจจะเป็นสติ๊กเกอร์ปิดไวบนแฟ้มผู้ป่วย หรือเก็บข้อมูลลงระบบคอมพิวเตอร์

สำหรับผู้ป่วยที่เคยสูบบุหรี่และได้เลิกสูบบุหรี่ในปีที่ผ่านมา ก็ให้ถามทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบเพื่อให้มีข้อมูลเป็นปัจจุบันเพื่อให้ได้ทราบว่า ผู้ป่วยอยู่ในประเภทใด

- ไม่สูบบุหรี่
- สูบบุหรี่
- เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบบุหรี่แล้ว (น้อยกว่า 1 ปี)

โดยใช้คำถามว่า “ปัจจุบันนี้คุณสูบบุหรี่หรือไม่?”

ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “ไม่ได้สูบบุหรี่”

ถามต่อไปว่า “คุณเคยหยุดสูบบุหรี่ในปีที่ผ่านมาหรือไม่?”

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กและมีผู้ใหญ่มาเป็นเพื่อนก็ให้ถามผู้ใหญ่ เพื่อพิจารณาว่าเด็กอยู่ในกลุ่ม second-hand smoke หรือไม่ ดังนี้

คำถาม “มีใครในบ้านของคุณหรือของเด็กคนนี้สูบบุหรี่หรือไม่?”

หากผู้ป่วยเป็นเด็กมีอายุมากกว่า 10 ปี ให้ถามว่า

คำถาม “หนูเคยสูบบุหรี่ไหม?”

2. Advise (แนะนำ) ให้หยุดสูบบุหรี่

บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำสื่อสารให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่อย่างเป็นกันเอง คำแนะนำที่ใช้ต้องชัดเจน เป็นจริงเป็นจังในรูปแบบของการสนับสนุนช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ ไม่ใช่แบบเป็นฝ่ายตรงข้าม กระตุ้น สร้างแรงจูงใจ ให้เลิกบุหรี่โดยใช้คำถามแบบ pro and cons

คำแนะนำที่ชัดเจน

“ผมคิดว่าคุณจำเป็นที่จะต้องหยุดสูบบุหรี่ และผมสามารถช่วยคุณได้”

คำแนะนำที่จริงจัง

“ในฐานะแพทย์/ผู้ดูแลสุขภาพของคุณ ผมต้องการให้คุณทราบว่า การเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดที่คุณสามารถกระทำได้เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งในขณะนี้และในอนาคตด้วย”

คำแนะนำในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยโดยตรง

ให้รวมการสูบบุหรี่ไปกับประเด็นปัญหาทางสุขภาพ ปัญหาความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายทั้งด้านเศรษฐกิจ และสังคม ความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ และ/หรือ ผลกระทบของ second-hand smoke ที่เกิดกับเด็ก ๆ และบุคคลในครอบครัว

“ผมทราบว่า คุณกังวลใจกับอาการไอของคุณ และการที่ลูกชายของคุณเป็นหวัดบ่อย ถ้าคุณหยุดสูบบุหรี่ คุณก็จะไอลดลง และลูกของคุณก็อาจป่วยเป็นหวัดน้อยลงด้วยเช่นกัน”

และหากโอกาสเหมาะสม ผู้ให้บริการอาจจะให้แรงกระตุ้น (5 R's) เพื่อให้ผู้ป่วยระบุปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับตัวเขาได้

3. Assess (ประเมิน) ความตั้งใจ / ความพร้อม ที่จะเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย

โดยถามความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของเขา การประเมินนี้เพื่อให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม และเป็นประโยชน์มากที่สุดที่จะทำให้การเลิกสูบบุหรี่ประสบความสำเร็จ โดยใช้บุคลากรสาธารณสุข ใช้บุคลิกภาพที่อบอุ่น เป็นกันเอง

คำถาม “คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคุณ?”

“คุณทราบอะไรบ้างเกี่ยวกับผลทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่?”

“คุณเคยคิดอยากเลิกสูบบุหรี่ไหม?”

“คุณจะได้ประโยชน์อะไรบ้างเมื่อคุณเลิกสูบบุหรี่?”

หากผู้ป่วยแสดงให้เห็นชัดเจนว่า ยังไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ในขณะนี้ ก็ให้จัดเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ฯลฯ มอบให้ผู้ป่วย และบอกว่าคุณบุคลากรสาธารณสุขทุกคนพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่

4. Assist (ช่วยเหลือ)

จัดเตรียมความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ให้กับผู้ป่วยที่พร้อมจะเลิกสูบบุหรี่ เตรียมข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง (แม้ว่าผู้ป่วยยังไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ แต่ก็ควรได้รับข้อมูลด้วยเช่นกัน) โดยพิจารณาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ได้แก่ การรักษาโดยการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด (counseling and behavioural therapies) และการรักษาโดยการให้ยา (pharmacotherapy)

สำหรับผู้ป่วยยังไม่คิดจะเลิกบุหรี่

- แนะนำผู้ป่วยว่า ทีมบุคลากรสาธารณสุขพร้อมที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะเลิก
- การใช้เวลาเพื่อหาข้อจำกัดในการเลิกสูบบุหรี่ และให้การสนับสนุนโดยการสร้างแรงจูงใจตาม 5 R's

- จัดหาเอกสารเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยศึกษา

- พูดคุยเกี่ยวกับผลของ second-hand smoke ที่ลูกหลานในบ้านได้รับกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่นอกบ้าน และไม่สูบบุหรี่ในรถยนต์

สำหรับผู้ป่วยมีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่ใช้ในเร็ว ๆ นี้

- แนะนำผู้ป่วยว่า ทีมบุคลากรสาธารณสุขพร้อมที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะเลิก

- ชักชวนให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่

- การใช้เวลาพูดคุยเพื่อหาข้อจำกัดในการเลิกสูบบุหรี่ และให้การสนับสนุนโดยการสร้างแรงจูงใจ ตามที่กำหนดใน 5 R's โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องประโยชน์ที่จะได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่

สำหรับผู้ป่วยที่พร้อมจะเลิกบุหรี่ภายใน 1 เดือนข้างหน้า

เหมือนข้างต้น และเพิ่ม

- ช่วยผู้ป่วยในการกำหนดแผนการเลิกบุหรี่ ได้แก่

- กำหนดวันเริ่มต้นเลิกบุหรี่

- บอกครอบครัว เพื่อน และผู้ร่วมงานเกี่ยวกับการจะเลิกสูบบุหรี่ และขอความช่วยเหลือสนับสนุน

และขอกำลังใจ

- ความท้าทายที่คาดหวังในความพยายามเลิกบุหรี่

- กำจัดบุหรี่และอุปกรณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ออกไปจากสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย

- จัดเตรียมการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม (เช่น การแก้ปัญหา / การฝึกทักษะ)

- การเลิกสูบบุหรี่อย่างแท้จริงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ อย่าสูบบุหรี่แม้แต่เพียงครั้งเดียวหลังวันที่เริ่มต้นเลิกบุหรี่

- ระบุให้ได้ว่าอะไรเป็นตัวช่วยและอะไรเป็นตัวขัดขวางความพยายามเลิกสูบบุหรี่ในครั้งก่อน

- เนื่องจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับมาสูบบุหรี่ได้ ผู้ป่วยจึงต้องกำหนดปริมาณและหรือห้ามดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ขณะที่อยู่ในระหว่างการเลิกบุหรี่

- การเลิกสูบบุหรี่จะทำได้สำเร็จมากขึ้น หากในบ้านมีผู้สูบบุหรี่ ผู้ป่วยต้องขอร้องชักชวนให้ผู้ที่อยู่รวมบ้านเลิกสูบบุหรี่พร้อมกัน

- ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการสนับสนุนภายในสิ่งแวดล้อมของเขา

- แนะนำวิธีการรักษาที่เหมาะสม เช่น การใช้ยาบำบัด การใช้ยาทดแทนนิโคติน

- ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เยาวชน หญิงตั้งครรภ์ ต้องให้ข้อมูลและการสนับสนุนอย่างอื่นเพิ่มเติม

- ระวังปรากฏการณ์ การเปลี่ยนชนิดการติดสารเสพติด (switching addictions) เช่น เปลี่ยนจากติดบุหรี่ไปติดแอลกอฮอล์

- เตรียมการติดตามผล (ดูรายละเอียดในข้อ 5)

สำหรับผู้ป่วยเคยสูบบุหรี่แต่ในปีที่ผ่านมาได้หยุดสูบบุหรี่

- กลัวแสดงความชื่นชมยินดีที่ทำได้ และให้กำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้ตลอดไป

- ใช้คำถามเปิด เช่น “คุณคิดว่าการหยุดสูบบุหรี่ช่วยคุณได้อย่างไร”

การป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่

- ให้ความสำคัญกับการเลิกสูบบุหรี่อย่างถาวรมากขึ้น

- บุคลากรสาธารณสุขควรตระหนักว่าสิ่งแวดล้อมของตัวผู้ป่วยอาจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้

- ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงตัวกระตุ้นที่สำคัญๆ เช่น ความเครียด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

- ใช้คำถามเปิดเพื่อระบุสาเหตุที่ไม่คาดหมายที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ และกระตุ้นให้หาวิธีการในการเอาชนะปัญหาดังกล่าวรวมถึง

- การขาดการสนับสนุนในการเลิกบุหรี่

- อารมณ์ไม่ดีหรือซึมเศร้า

- มีอาการถอนนิโคตินเป็นเวลานานหรืออย่างรุนแรง

- น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

- แรงกระตุ้นสนับสนุนให้เลิกบุหรี่ลดน้อยลง / รู้สึกอะไรขาดหายไป

สำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งกลับมาสูบบุหรี่ใหม่

- ถามเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้กลับมาสูบบุหรี่ และช่วยระบุกลยุทธ์ในการเอาชนะให้ได้ในอนาคต
- ยืนยันให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าเขามีความสามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยกำหนดวันเริ่มต้นเลิกบุหรี่ใหม่
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้บริการ เช่น กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

กรมสุขภาพจิต ฯลฯ

5. Arrange follow-up (จัดเตรียมการติดตามผล)

กำหนดการติดตามผลทั้งในรูปแบบการพบตัวหรือใช้โทรศัพท์สอบถาม

ติดตามผลครั้งที่ 1 ภายในเวลา 1 สัปดาห์

ติดตามผลครั้งที่ 2 ภายในเวลา 1 เดือน

และในช่วง 1 ปีแรก ติดตามผลทุกครั้ง que ผู้ป่วยมารับบริการ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยยังคงไม่สูบบุหรี่ การใช้จดหมายหรือโทรศัพท์จะให้ผลคุ้มค่ากว่าการติดตามผลเมื่อผู้ป่วยมาที่สถานบริการ

- โดยการแสดงความยินดีที่ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้
- หากผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ ก็ให้ทบทวนสถานการณ์ที่ทำให้กลับมาสูบบุหรี่อีก ให้กำลังใจผู้ป่วย พยายามให้ผู้ป่วยสัญญาว่าจะเลิกสูบบุหรี่ใหม่ โดยถือว่าการกลับมาสูบบุหรี่ครั้งนี้เป็นประสบการณ์การเรียนรู้อย่างหนึ่ง ระบบปัญหาที่พบ และความท้อแท้ที่คาดหวังในอนาคตอันไกล ประเมินผลการใช้ยาและปัญหา
- ควรคำนึงถึงการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เน้นหนักมากกว่านี้

ตัวอย่างคำถามแบบ Pros and Cons เกี่ยวกับการสูบบุหรี่

- ขั้นที่ 1 ถามว่า อะไรบ้างคือ**สิ่งที่คุณชอบ**เกี่ยวกับการสูบบุหรี่?
- ขั้นที่ 2 ถามว่า อะไรบ้างคือ**สิ่งที่คุณไม่ชอบ**เกี่ยวกับการสูบบุหรี่?
- ขั้นที่ 3 ผู้ให้บริการสรุปคำตอบที่ได้จากผู้ป่วย เปรียบเทียบข้อดีข้อเสีย ให้ผู้ป่วยดู
- ขั้นที่ 4 ถามผู้ป่วยว่า “เมื่อรู้อย่างนี้แล้ว **คุณเลือกที่จะอยู่ด้านไหน?**”

วิธีการสัมภาษณ์และกระตุ้นนี้เป็นการให้ผู้ป่วยมีส่วนรับผิดชอบกับปัญหาด้วยตัวเอง แทนที่ผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ จะเป็นผู้ให้คำแนะนำว่า ผู้ป่วยต้องทำอะไรบ้าง ผู้ป่วยจะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เอง เมื่อถึงจุด ๆ หนึ่ง

ข้อดีของการสูบบุหรี่	ข้อเสียของการสูบบุหรี่
1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

ข้อสังเกต : คำตอบที่กำกวม ไม่แน่ใจเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการตัดสินใจ

การสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ไม่พร้อมที่จะเลิกบุหรี่ (5 R's)

Relevance (ความสัมพันธ์ตรงตัว) :

กระตุ้นให้ผู้ป่วยเชื่อว่าทำไมการหยุดสูบบุหรี่จึงมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวของเขา โดยพยายามให้เขาจริงจังมากที่สุด ข้อมูลที่ทำให้เกิดแรงจูงใจซึ่งมีผลกระทบมากที่สุดคือ ข้อมูลที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความเจ็บป่วยการเกิดโรคของตัวผู้ป่วย ของบุคคลในครอบครัว ในสังคมแวดล้อม (เช่น ในครอบครัวมีเด็ก ๆ) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ อายุ เพศ และลักษณะสำคัญอื่นๆ ของผู้ป่วย (เช่น ประสบการณ์ก่อนการหยุดสูบบุหรี่ สิ่งขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ของเขาเอง)

Risks (ความเสี่ยง) :

ให้ผู้ป่วยระบุผลเสียที่เกิดตามมาจากการสูบบุหรี่ ผู้ให้บริการอาจจะเสนอแนะและชี้ชัดถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวผู้ป่วย และบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า แม้จะสูบบุหรี่ที่มีสารทาร์ต่ำ มีนิโคตินต่ำ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นนอกเหนือจากสูบบุหรี่ (เช่น บุหรี่ไรควัน ซิการ์ไปป์) ก็มีความเสี่ยงเช่นเดียวกัน ตัวอย่างปัจจัยเสี่ยงได้แก่

ปัจจัยเสี่ยงที่ให้ผลทันที เช่น อาการหายใจสั้นๆ เป็นหอบหืด มีอันตรายต่อการตั้งครรภ์ เป็นหมัน เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อันตรายต่อทารกในครรภ์ เพิ่มคาร์บอนมอนอกไซด์ในซีรัม

ปัจจัยเสี่ยงที่ให้ผลในระยะยาว เช่น หัวใจวาย เส้นเลือดหัวใจตีบ มะเร็งปอดและมะเร็งอวัยวะอื่นๆ (กล่องเสียง ช่องปาก คอหอย หลอดอาหาร ตับอ่อน ไต อวัยวะเพศหญิง) ถุงลมโป่งพอง ความพิการระยะยาวช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องอยู่ในความดูแลที่ยาวนาน

ปัจจัยเสี่ยงต่อสิ่งแวดล้อม เช่น เพิ่มโอกาสที่จะเกิดโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจให้กับคู่ครอง (สามีหรือภรรยา) เด็กในครอบครัวมีโอกาสสูบบุหรี่สูงกว่าเด็กในครอบครัวที่ไม่มีการสูบบุหรี่ เด็กแรกคลอดเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ ภาวะทารกตายแรกคลอดสูง เด็กเป็นหอบหืด โรคของหูชั้นกลาง โรคระบบทางเดินหายใจ

Rewards (รางวัล) :

ให้ผู้สูบบุหรี่ระบุและอภิปรายถึงประโยชน์จากการหยุดสูบบุหรี่ที่เขาคิด และทำนองเดียวกันการให้ระบุปัจจัยเสี่ยง คือ ให้ตรงและเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยให้มากที่สุด เช่น มีสุขภาพดีขึ้น การรับรู้รสชาติอาหารรับรู้กลิ่นดีขึ้น ประหยัดเงิน รู้สึกดีกับตัวเอง (เช่น ตัวไม่มีกลิ่นบุหรี่ ฟันไม่เป็นคราบ) รวมทั้งบ้าน รถยนต์ เสื้อผ้า ลมหายใจไม่มีกลิ่นเหม็น สามารถหยุดความกังวลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ เป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่เด็ก ทั้งทารกและเด็กมีสุขภาพดีขึ้น ไม่ต้องกังวลกับการต้องสูบบุหรี่ต่อหน้าคนอื่น รู้สึกสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น ออกกำลังกายได้ดีขึ้น รื้อรอยเหี่ยวย่น บนใบหน้าลดลง ผิวหน้าไม่ดูแก่ก่อนวัย

Roadblocks (อุปสรรค/เครื่องกีดกัน) :

ให้ช่วยผู้สูบบุหรี่ระบุอุปสรรคและเครื่องกีดกันการเลิกสูบบุหรี่ และอธิบายวิธีการบำบัดรักษาที่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ (เช่น การบำบัดโดยการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหา การบำบัดรักษาโดยใช้ยา) ปัญหาข้อจำกัดมักเกี่ยวกับอาการถอนยา กลัวที่จะล้มเหลวในการหยุดสูบบุหรี่ น้ำหนักตัวขึ้น ขาดการสนับสนุนจากสังคม เกิดความซึมเศร้า และความสนุกจากการได้สูบบุหรี่

Repetition (การกล่าวซ้ำ) :

การกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจนี้ต้องกระทำซ้ำๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยซึ่งยังไม่เห็นความสำคัญของการหยุดสูบบุหรี่ มาตรวจรักษา โดยเฉพาะผู้ที่เคยล้มเหลวในการหยุดสูบบุหรี่ครั้งก่อนๆ การให้ข้อมูลเพื่อโน้มน้าวให้ไม่ท้อแท้ว่ามีผู้ที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จเป็นจำนวนมากที่ต้องใช้ความพยายามหลายครั้งจึงจะเลิกสูบบุหรี่ได้

สารประกอบอันตรายในบุหรี่

ในควันบุหรี่มีสารประกอบทางเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ในจำนวนนี้เป็นสารเสพติด สารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง สารพิษและสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด เช่น นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ (พบได้ในไอเสียรถยนต์) แอมโมเนีย (พบได้ในน้ำยาล้างห้องน้ำ ในสารทำความสะอาดพื้น) สารอาร์ซีนิก (พบได้ในยาเบื่อหนู สารฆ่าแมด) เป็นต้น

นิโคติน (Nicotine)

- เป็นสารเสพติด
- ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ไม่เป็นจังหวะ
- ทำให้ชีพจรและความดันเลือดสูงขึ้น
- ทำให้เส้นเลือดในหัวใจบีบตัวเล็กลง

ฯลฯ

ทาร์ (Tar)

- ทำลายถุงลมปอด
- ทำให้เกิดมะเร็งปอด
- ทำให้เกิดโรคปอด โรคถุงลมโป่งพอง
- ทำให้ประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกันลดลง

ฯลฯ

คาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) พบได้ในท่อไอเสียรถยนต์

- ทำลายผนังเส้นเลือดแดง
- ทำให้กล้ามเนื้อสมองและเนื้อเยื่อในร่างกายขาดออกซิเจน
- ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น

ฯลฯ



โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

The Smoker Body ร่างกายของคนสูบบุหรี่

องค์การอนามัยโลกระบุว่า **ทุกๆ 8 วินาที มีคนต้องเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่** ผลการวิจัยได้นำเสนอข้อมูลว่า คนที่เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยรุ่น (ซึ่งมีมากกว่า 70%) และสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 ทศวรรษหรือมากกว่า จะมีอายุสั้นกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 20-25 ปี ผลจากการสูบบุหรี่ไม่ใช่เพียงแค่มะเร็งปอดหรือโรคหัวใจที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงและเสียชีวิต

พบว่ามีอาการแสดงออกให้เห็นผลข้างเคียงจากการสูบบุหรี่ที่ก่อให้เกิดเป็นโรคภัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1 แผลงา การสูบบุหรี่ที่ก่อกำเนิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรคต่างๆ เช่น Leptos erythemaosus ซึ่งทำให้แผลงา มีผลในปาก สิ้น ขึ้นไปบนหน้า หน้าผากและมือ

2 สัตว์กระต๊อ เชื่อกันว่าการสูบบุหรี่ทำให้มีสภาพแวดล้อมและคนที่สูบบุหรี่มีอัตราการเกิดโรคจากสัตว์กระต๊อถึง 40% โดยสัตว์กระต๊อจะก่อให้เกิดโรคผิวหนังอย่างรุนแรงและอาจทำให้ตาบอดได้

3 พิษมู การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อสภาพทั่วไปในช่องปากทำให้เกิดคราบหินเหลืองและฟันผุได้ คนที่สูบบุหรี่จะมีโรคเหงือกอักเสบที่รุนแรงกว่าคนปกติ 1 เท่าครึ่ง

4 กระดูกพรุน สารเบนโซไพเร็นในควันบุหรี่เป็นพิษต่อกระดูกเนื่องจากก่อให้เกิดอนุมูลอิสระและควันบุหรี่จะไปจับกับเม็ดเลือดแดงที่ช่วยนำออกซิเจนไปยังร่างกายของคนสูบบุหรี่ ทำให้ลดออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงถึง 15% ผลที่ตามมาคือ กระดูกของคนสูบบุหรี่จะสูญเสียความหนาแน่น ทั้งง่าย และใช้เวลานานในการรักษาประมาณกว่า 80% นอกจากนี้คนที่สูบบุหรี่จะมีปัญหาปวดหลังมากกว่าคนปกติ 5 เท่า

5 ถุงลมโป่งพอง นอกจากจะเจ็บปอดแล้ว การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง (Emphysema) ซึ่งเป็นภาวะที่ถุงลมปอดแตกและทำให้หายใจลำบากได้ คนสูบบุหรี่ที่เป็นถุงลมโป่งพองจะหายใจลำบากกว่าคนปกติถึง 10 เท่า

6 นิ้วเท้าเหลือง ส่วนประกอบของสารทาร์ (tar) ในบุหรี่ จะทำให้ผิวหนังนิ้วเท้ามีสีน้ำตาลเข้มและเกิดเป็นแผลพุพอง

7 เซลล์มะเร็งชนิดปกติ การสูบบุหรี่ทำให้มีเซลล์มะเร็งชนิดปกติและสารพันธุกรรม (DNA) ของเซลล์มะเร็ง ซึ่งทำให้เกิดการกลายพันธุ์ที่นำไปสู่โรคมะเร็งปอดได้ การสูบบุหรี่มีผลต่อปริมาณเซลล์มะเร็งและทำให้เม็ดเลือดขาวในปอดเปลี่ยนสีและทำให้เม็ดเลือดขาวจำนวนมากตายลงและยังพบว่าผู้ชายที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่เป็นผู้สูบบุหรี่

8 โรคหัวใจ คนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคหัวใจได้มากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า โรคหัวใจเกิดเป็นโรคไม่ติดต่อที่มีการอักเสบของหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการคัน มีเส้นเลือดขอดที่ขาและขาบวม

9 โรคการอักเสบของนิ่วนิ่วนิ่ว Buerger โรคการอักเสบของนิ่วนิ่วนิ่ว Buerger หรือที่เรียกว่า thromboangitis obliterans เป็นการอักเสบของเส้นเลือดแดง เส้นเลือดดำ และเส้นประสาทที่ขาและจำกัดเลือดที่ไปเลี้ยงขา ทำให้มีอาการที่ขาจะทำให้เกิดเนื้อตาย (gangrene) จนต้องตัดขาทิ้งกรณีนี้เรียกว่า



10 ติ่งเนื้อที่เยื่อหุ้มสมอง การสูบบุหรี่ทำให้มีติ่งเนื้อที่เยื่อหุ้มสมองเนื่องจากมีผลกับโปรตีนที่ให้การยึดเกาะกับเซลล์เนื้อเยื่อ ทำให้มีปริมาณไขมันใน A และไปจำกัดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่ติ่งเนื้อ สภาวะนี้เรียกว่า คนที่สูบบุหรี่จึงเสี่ยงที่จะมีติ่งเนื้อที่เยื่อหุ้มสมอง โดยเฉพาที่เยื่อหุ้มสมองและเยื่อหุ้มสมอง

11 มะเร็งผิวหนัง การสูบบุหรี่ทำให้เกิด squamous (มะเร็งผิวหนังชนิดหนึ่งที่เกิดจากเนื้อเยื่อที่เยื่อหุ้มสมอง) มะเร็งผิวหนังชนิดหนึ่งที่เกิดจากเนื้อเยื่อที่เยื่อหุ้มสมอง squamous cell cancer มากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า ซึ่งทำให้มีปริมาณเป็นพิษของเยื่อหุ้มสมอง

12 การอุดตันของหลอดเลือด คนที่สูบบุหรี่จะสูญเสียหัวใจมากกว่าคนปกติ เนื่องจากบุหรี่ไปทำให้เกิดคราบ (plaque) บนผนังหลอดเลือด ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงหัวใจไม่ได้จนเกิดอาการหัวใจขาดเลือด การคิดเชิงเศรษฐกิจเกี่ยวกับคนที่สูบบุหรี่มากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า

13 โรคหัวใจ สถิติโรคหัวใจ ใน 3 ของการตายมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเกิดโรคหัวใจ ในประเทศกำลังพัฒนาพบว่าคนตายด้วยโรคหัวใจมากกว่า 1 ล้านคนต่อปี โดยในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจจากการสูบบุหรี่มากกว่า 6 แสนคน การสูบบุหรี่มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและเส้นเลือดอุดตันจนเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและนิ่วนิ่วนิ่ว

14 แผลในกระเพาะอาหาร การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายมีความต้านทานต่อเชื้อแบคทีเรียลดลง เป็นสาเหตุให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารส่งผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารที่ไม่สามารถรักษาได้ ซึ่งจะมีผลเป็นกรดในกระเพาะอาหารเป็นสาเหตุให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารที่รับประทานอาหาร ทำให้มีอาการปวดท้องและอาการแสบร้อนในกระเพาะอาหาร ทำให้การรับประทานอาหารและมีการกลืนลำบากขึ้นได้มากกว่า

15 มะเร็งหลอดลม และการแพ้ธูป ผู้สูบบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อเนื่องการเกิดมะเร็งปอดหลอดลมและมะเร็งหลอดลม อีกทั้งยังทำให้เกิดปัญหาการมีบุตรยากและเกิดภาวะแทรกซ้อนเวลาตั้งครรภ์และคลอดบุตร และที่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้เด็กที่คลอดใหม่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ และยังมีรายงานว่าคนที่สูบบุหรี่ที่มีอาการแพ้ธูปและทำไม่ได้ก็เสียชีวิตระหว่างคลอดมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่าเนื่องจากทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน การสูบบุหรี่ยังมีผลเกี่ยวข้องกับอาการขาดอาหารของทารกแรกเกิด (Sudden Infant Death Syndrome: SIDS) ที่ทำให้ทารกเสียชีวิตทันที นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลต่อระดับเลเซอร์จนทำให้การทดสอบระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำกว่าปกติ

16 มะเร็ง พบว่าส่วนประกอบมากกว่า 40 ชนิดในควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็ง คนที่สูบบุหรี่มีอาการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 22 เท่า (16a); และจากการวิจัยพบว่าคนที่สูบบุหรี่มานานเท่าใด จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งชนิดอื่นๆ รวมทั้ง มะเร็งหลอดลม (มากกว่า 2 เท่า) (16b); ตับ (16c) ปาก ต่อมไทรอยด์ ต่อมต่อม (6-27 เท่า); ท้อง (12 เท่า); หลอดอาหาร (8-10 เท่า); หลอดน้ำเหลือง (10-18 เท่า); กระเพาะอาหาร (2-3 เท่า); ไต (5 เท่า) (16d); กระเพาะปัสสาวะ (3 เท่า); อวัยวะสืบพันธุ์ (2-3 เท่า); ตับอ่อน (3-5 เท่า) (16e); ตับอ่อน (16e); ตับอ่อน (3 เท่า); ทวารหนัก (5-6 เท่า) และมีการศึกษาที่รายงานพบว่าการสูบบุหรี่มีผลเกี่ยวข้องกับมะเร็งและไต (16f)

The reader is encouraged to read the entire report. Copyright © 2002 by the American Lung Association. A product of the American Lung Association. Creating spaces for public health. WHO, Geneva, 2002.

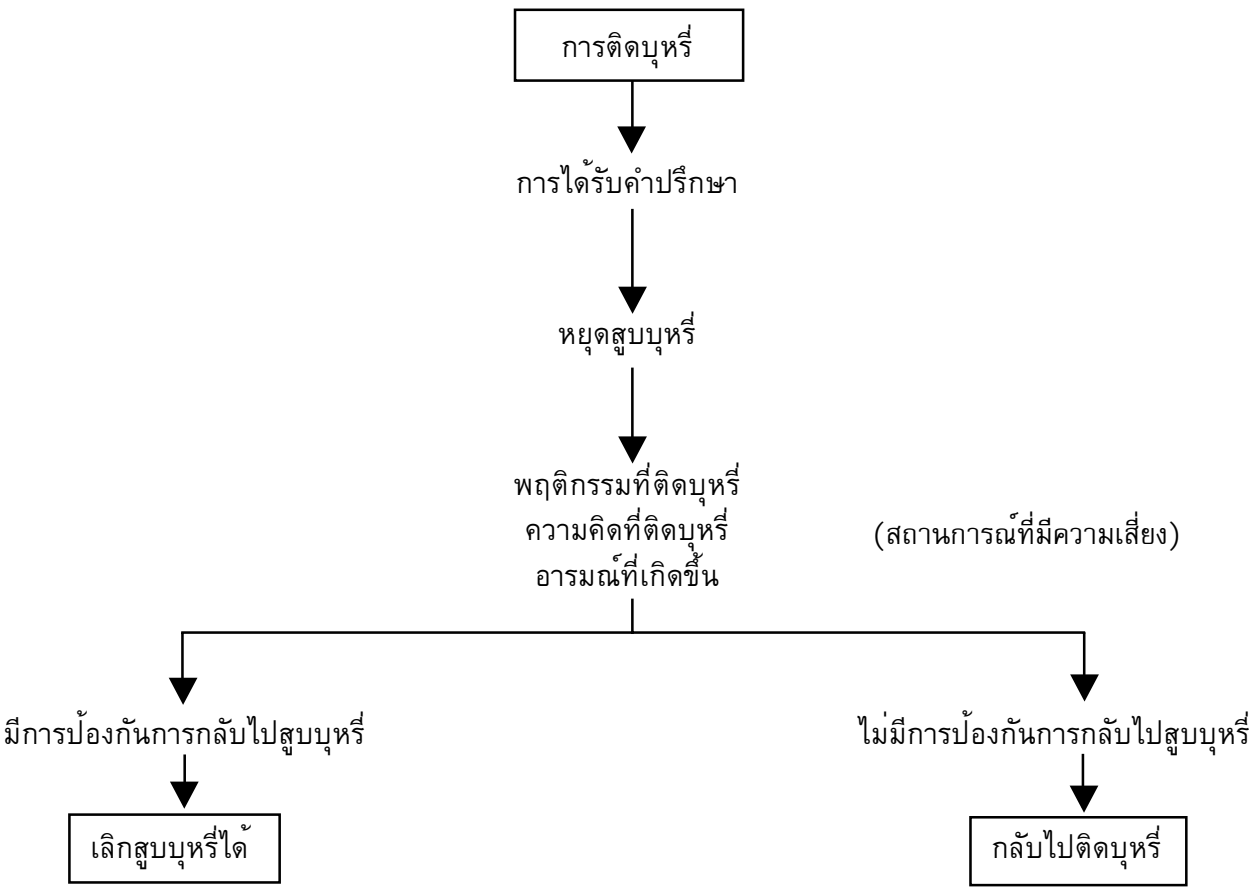
การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่

การกลับไปสูบบุหรี่ คือ การหวนกลับไปสูบบุหรี่อีกหลังเลิกบุหรี่แล้ว พฤติกรรมและรูปแบบการสูบบุหรี่จะกลับไปเหมือนเดิม บ่อยครั้งพบว่าพฤติกรรมและรูปแบบจะเปลี่ยนไปก่อนจะมีการสูบบุหรี่จริง การกลับไปสูบบุหรี่ไม่ได้เกิดขึ้นในทันที มักจะมีสัญญาณเตือนก่อน แต่คนมักปฏิเสธและบอกว่าเกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว การเรียนรู้จุดเริ่มต้นที่จะกลับไปสูบบุหรี่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหยุดกระบวนการกลับไปสูบบุหรี่ได้ก่อนที่จะเริ่มหวนกลับไปสูบบุหรี่จริงๆ ช่วงเลิกบุหรี่ แต่ละคนต้องมีสิ่งยึดเหนี่ยวให้เลิกบุหรี่ได้ ซึ่งสิ่งนั้นต้องเห็นชัดเจนและวัดได้ เพราะจะเป็นสิ่งที่ป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่อีก ต้องเข้าใจและวางแผนรับมือกับสถานการณ์ล่อแหลมได้

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้คำปรึกษาควรให้กำลังใจและชี้แจงและให้ผู้ป่วยทราบว่า การกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ไม่ใช่เรื่องร้ายแรง เป็นเรื่องปกติ เพราะพบว่า

- ร้อยละ 75-80 ของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ กลับไปสูบบุหรี่ใหม่ภายในเวลา 6 เดือน
- ร้อยละ 40 ของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ กลับไปสูบบุหรี่ใหม่หลังจากหยุดสูบแล้ว 1 ปี

กระบวนการกลับไปติดบุหรี่



FAGERSTRÖM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE
(แบบประเมินสภาวะการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่)

ให้ผู้เข้ารับการรักษาตอบคำถามต่อไปนี้

1. คุณสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อใด
 - ก. สูบทันทีหลังตื่นนอน หรือภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที (3 คะแนน)
 - ข. สูบหลังตื่นนอนเกิน 5 นาที แต่ไม่เกินครึ่งชั่วโมง (2 คะแนน)
 - ค. สูบหลังตื่นนอนเกินครึ่งชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (1 คะแนน)
 - ง. สูบหลังตื่นนอนเกิน 1 ชั่วโมง (0 คะแนน)
2. คุณรู้สึกอย่างไร หากไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ในที่ที่ห้ามสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน เช่น ในห้องสมุด หรือโรงพยาบาลนตรี
 - ก. หงุดหงิด อึดอัด (1 คะแนน)
 - ข. เฉยๆ (0 คะแนน)
3. ในแต่ละวัน บุหรี่มวนใดที่คุณคิดว่าถ้าไม่ได้สูบแล้วจะหงุดหงิดมากที่สุด
 - ก. มวนแรกที่สูบในตอนเช้า (1 คะแนน)
 - ข. มวนไหนๆ ก็เหมือนกัน (0 คะแนน)
4. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน
 - ก. มากกว่า 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)
 - ข. 21-30 มวน (2 คะแนน)
 - ค. 11-20 มวน (1 คะแนน)
 - ง. ไม่เกิน 10 มวน (0 คะแนน)
5. โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่นๆ ของวันใช่หรือไม่
 - ก. ใช่ (1 คะแนน)
 - ข. ไม่ใช่ (0 คะแนน)
6. ขณะที่คุณป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา คุณต้องการสูบบุหรี่หรือไม่
 - ก. ต้องการ (1 คะแนน)
 - ข. ไม่ต้องการ (0 คะแนน)

คะแนนรวม.....

การประเมินผล : คะแนนรวมทุกข้อ มากกว่า 6 แสดงว่า เป็นผู้ติดบุหรี่มาก
 (ติดนิโคตินซึ่งเป็นการติดทางร่างกาย)
 คะแนนรวมทุกข้อ 5 แสดงว่า เป็นผู้ติดบุหรี่ปานกลาง
 คะแนนรวมทุกข้อ 0-4 แสดงว่า เป็นผู้ติดบุหรือน้อย

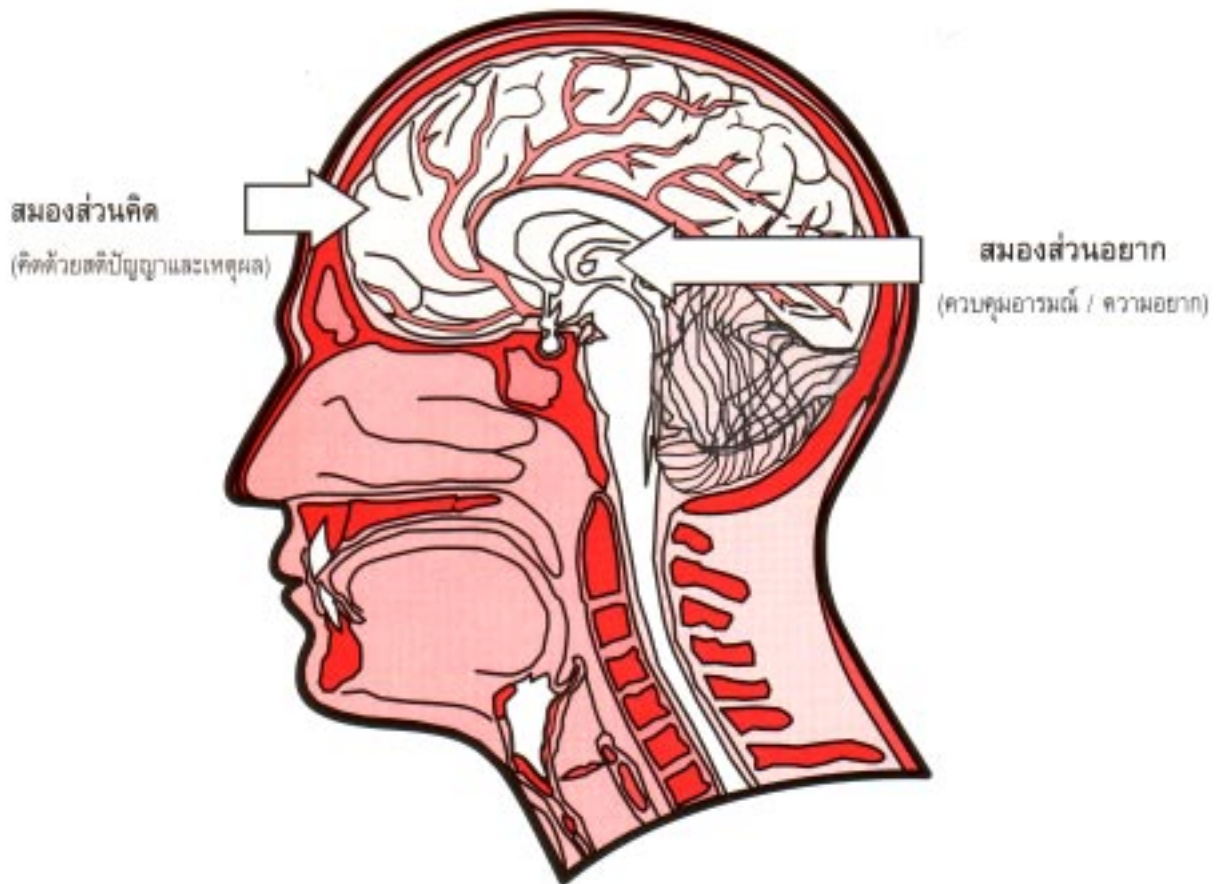
ข้อสังเกต : คำถามข้อ 1 สามารถใช้เป็นเครื่องชี้วัดการติดบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่ภายในเวลา 30 นาทีหลังตื่นนอน แสดงว่าติดบุหรี่มาก

เกณฑ์การวินิจฉัยการติดยาโคโคตินของ DSM IV*

- มีอาการดื้อยา (tolerance) ต้องการนิโคตินในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ผลต่อร่างกายตามที่ต้องการ
- มีอาการถอนนิโคติน (ดูเกณฑ์การวินิจฉัยอาการถอนนิโคติน ผนวก 8)
- มีการใช้นิโคตินในปริมาณที่มากขึ้นหรือใช้ในระยะเวลาที่นานกว่าที่ตั้งใจ
- มีความต้องการนิโคตินที่รุนแรงหรือล้มเหลวในการพยายามหยุดได้รับนิโคติน
- มีการใช้เวลาอย่างมากไปกับกิจกรรมที่ทำให้ได้มาซึ่งสารนิโคตินหรือการเสพติดนิโคติน
- มีการลดหรือเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือการทำงานที่สำคัญหรือกิจกรรมสันทนาการอื่นๆ เนื่องจากข้อจำกัดในการเสพติดนิโคติน
- มีการใช้สารนิโคตินต่อไปแม้ว่าจะตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและจิตใจที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นอยู่ตลอดเวลาหรือเป็นครั้งคราวว่าเกิดจากการเสพติดนิโคติน

**The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition*

รูปโรคสมองติดนิโคติน



การติดบุหรี่เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวจนติดขึ้น มากขึ้นจนขาดไม่ได้ การสูบบุหรี่เกี่ยวข้องกับสมอง 2 ส่วน คือ สมองส่วนคิด (cerebral cortex) ทำหน้าที่คิดและตัดสินใจด้วย สติปัญญาแบบมีเหตุผล สมองส่วนอยาก (limbic system) เป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม สารนิโคติน ในบุหรี่จะกระตุ้นปลายประสาทในสมองให้หลั่งสารเคมีสมองออกมาจำนวนมาก สารเคมีนี้ไปกระตุ้นศูนย์ความสุข ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขขึ้น เมื่อสูบบุหรี่บ่อยๆ จนติด การทำงานของสมองจะเปลี่ยนแปลงไป การใช้ความคิด ที่เป็นเหตุเป็นผลจะเสียไป และถูกควบคุมด้วยสมองส่วนอยากแทน ผู้ที่ติดบุหรี่จึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

การเลิกบุหรี่เป็นวิธีที่จะช่วยให้สมองมีโอกาสฟื้นตัวได้ หากสมองยังไม่ถูกทำลายอย่างถาวร

เส้นทางสู่การเลิกสูบบุหรี่

เส้นทางสู่การเลิกสูบบุหรี่ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะแรก (ระยะขาดสารนิโคติน : เดือนแรก)

อาการขาดนิโคตินจะมีอาการมากที่สุดในสัปดาห์แรก มีลักษณะดังนี้

- การถอนพิษบุหรี่
- การอยากบุหรี่
- ซึมเศร้า
- หมดแรง
- เหนื่อยล้า
- หงุดหงิด
- ขาดสมาธิ
- นอนไม่หลับ

ความทุกข์จากการขาดสารนิโคตินในบุหรี่ที่รุนแรงเป็นปัญหาทางจิตเวช สมองไม่สามารถทำงานได้ เนื่องจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่มีสมาธิ มีความอยากสูบบุหรี่อย่างรุนแรง นอนไม่หลับและ อ่อนเพลีย

การหยุดบุหรี่ระยะแรก ในช่วงสัปดาห์ที่ 2-4 ผู้สูบบุหรี่มักจะมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงจนชะล่าใจว่า เลิกสูบบุหรี่ได้ มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ

2. ระยะกลาง (ระยะยึดเยื่อ : เดือนที่ 2-4)

เป็นช่วงสำคัญของกระบวนการเลิกบุหรี่ สิ่งที่เกิดขึ้นคือ

ก. ช่วงระหว่างระยะยึดเยื่อ จะมีการหวนคืนกลับไปมีอาการเหมือน 2- 4 สัปดาห์แรกของการเลิกบุหรี่ แม้ไม่มีอาการขาดสารนิโคตินเหมือนในสัปดาห์แรก แต่ก็ยังไม่อยู่ในภาวะปกติ

ข. หลังการหยุดบุหรี่ อาจยังเห็นไม่ชัดว่ามีอารมณ์ที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่เหลืออยู่ ผู้เลิกบุหรี่ควรจำไว้ว่าระยะยึดเยื่อเกิดเพียงชั่วคราว และเป็นสิ่งที่แสดงว่าสมองกำลังฟื้นตัวดีขึ้น

ค. ในระยะนี้จะขาดพลังอารมณ์ มักจะเฉยๆ ถึงซึมเศร้า เหงา เบื่อ

- ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

• อาจเกิดความเบื่อหน่ายแล้วกลับไปสูบบุหรี่ หาเหตุผลในการที่จะสูบบุหรี่ ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้ แต่สิ่งเหล่านี้สามารถป้องกันได้

ง. สมองส่วนที่ติดนิโคตินมีผลต่อพฤติกรรมและทำให้กลับไปสูบบุหรี่ได้

3. ระยะปรับตัว (ระยะคลี่คลาย : เดือนที่ 5-12)

ถึงแม้ว่าจะไม่มีปัญหาทางสรีระวิทยาในระยะนี้แล้ว การเลิกบุหรี่เมื่อผ่านระยะยึดเยื่อมาได้ทำให้เกิดความรู้สึกดีใจ แต่ยังไม่แน่นอน ผู้เลิกบุหรี่ที่ผ่านระยะนี้ได้จะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้เริ่มทำมาตั้งแต่ระยะเริ่มให้คำปรึกษา การประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ไม่ใช่เพียงแต่เรียนรู้วิถีชีวิตใหม่เท่านั้น แต่ต้องคอยตรวจสอบสัญญาณเตือนภัยต่างๆ ที่จะนำไปสู่การกลับไปสูบบุหรี่อีก การดำเนินชีวิตที่สมดุล การสนใจสิ่งใหม่ๆ จะทำให้เห็นว่า กระบวนการเลิกบุหรี่เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินไปตลอดชีวิต

ก. เนื่องจากมีอาการที่มั่นคงมากขึ้นหลังผ่านระยะยึดเยื่อ จึงควรเน้นความสำคัญของสิ่งที่ถูกหลีกเลี่ยงก่อนระยะนี้

ข. ระหว่างระยะปรับตัว (ระยะคลี่คลาย) ผู้เลิกบุหรี่เริ่มจะทราบชัดว่าการเลิกสูบบุหรี่เกี่ยวข้องกับหลายสิ่ง ไม่ใช่เฉพาะการไม่สูบบุหรี่เท่านั้น

ค. การรับรู้วิถีการเลิกสูบบุหรี่อาจทำให้ผู้สูบชะล่าใจ และเป็นต้นเหตุให้กลับไปสูบบุหรี่ได้

ขั้นตอนการเลิกสูบบุหรี่

ขั้นตอนต่อไปนี้เป็นขั้นตอนที่นำมาจากเอกสาร Quit because you can ของโครงการควบคุมการสูบบุหรี่ และสุขภาพของรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งกระแทกชัด ชัดเจน เพื่อเป็นอีกแนวทางหนึ่งสำหรับผู้ต้องการ เลิกสูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 1 ตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่

ต้องรู้เหตุผลที่แน่ชัดในการเลิกสูบบุหรี่ของตัวเอง เช่น
 การสูบบุหรี่ฆ่าคุณได้
 บุหรี่เต็มไปด้วยพิษ
 การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรค
 การเลิกสูบบุหรี่ทำให้แข็งแรง การเงินดีขึ้น บุคลิกภาพดีขึ้น ฯลฯ

ขั้นตอนที่ 2 เตรียมพร้อมจะเลิกสูบบุหรี่

ทำความเข้าใจการติดยาโคโคตินของตัวเอง
 รู้สาเหตุของการสูบบุหรี่ของตัวเอง (สาเหตุทางอารมณ์ ทางสังคม นิสัย การติดยาโคโคติน ฯลฯ)
 วางแผนในการเลิกสูบบุหรี่ เช่น ไปพบแพทย์ หาเพื่อนร่วมเลิกสูบบุหรี่
 วางแผนรับมือกับสถานการณ์ท้าทายล่อแหลมที่จะเกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่
 กำหนดวันเริ่มต้นเลิกสูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 3 เลิก

เลือกวิธีที่เหมาะสมกับตัวเอง เช่น เลิกทันที ลดจำนวน
 เข้าใจอาการอยากบุหรี่หรืออาการถอนนิโคติน
 จัดการกับอาการถอนที่เกิดขึ้น
 เผชิญหน้ากับความอยาก โดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ เช่น ถ่วงเวลา หายใจลึกๆ ซ้ำๆ ดื่มน้ำสะอาด เปลี่ยน

อิริยาบถ

ขั้นตอนที่ 4 เลิกอย่างถาวร

คุณคือคนใหม่ แต่ต้องระวังตัวเพราะความอยากบุหรี่อาจจะกลับมาอีก
 ต้องเตือนความจำของคุณไว้เสมอ ว่าคุณได้ผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากมาแล้วจะกลับไปตั้งต้นใหม่หรือหาวิธีใหม่ๆ สู้กับอารมณ์และความเครียด ต่อสู้กับความกดดันทางสังคม หรือกับปัญหาน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

การติดตามผล

การติดตามผลเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ต้องดำเนินการ ผู้ให้บริการควรมีการติดตามผลผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทุกคนไม่ว่าจะเป็นผู้ยังไม่พร้อมที่จะเลิกหรือผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษา

การกำหนดเวลา

การติดตามผลครั้งที่ 1

ภายในเวลา 1 สัปดาห์หลังจากวันที่รับการรักษา

การติดตามผลครั้งที่ 2

ภายในเวลา 1 เดือน

การติดตามผลครั้งต่อไป

ขึ้นอยู่กับผลที่ได้จากการบำบัดรักษา

การดำเนินการ

กรณีผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ /

หยุดสูบบุหรี่ได้เป็นเวลา 1 ปี

แสดงความชื่นชม แสดงความยินดีในความสำเร็จ พร้อมทั้งให้เอกสาร / ข้อมูลเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่

กรณีที่ผู้ป่วยกลับมาสูบบุหรี่

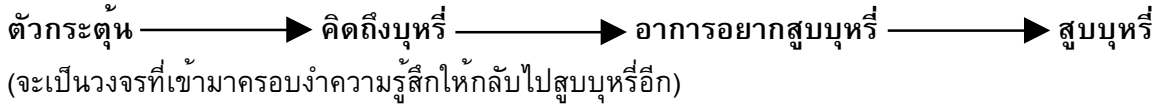
ให้ผู้ป่วยทบทวนสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ และให้คำแนะนำ โดยให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าการกลับไปสูบบุหรี่อีกสามารถใช้เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ ระบุปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งความท้าทายที่อาจจะเกิดในอนาคต รวมทั้งประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับการรักษา โดยการการใช้ยาและนิโคตินทดแทน

กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

ทบทวนและพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาด้วยวิธีพิเศษอื่นๆ หากเป็นการใช้ยา อาจทบทวนชนิดของยาปรับขนาดและวิธีการ

กระบวนการติดบุหรี่

ในสภาวะการติดบุหรี่ ตัวกระตุ้น ความคิดถึงบุหรี่ อากาโรอยากสูบบุหรี่ และสูบบุหรี่ มักจะไปด้วยกัน แต่ตามปกติแล้วจะเกิดขึ้นเป็นลำดับต่อเนื่อง ดังนี้



กระบวนการติดบุหรี่แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ

1. ระยะเริ่มต้นสูบบุหรี่

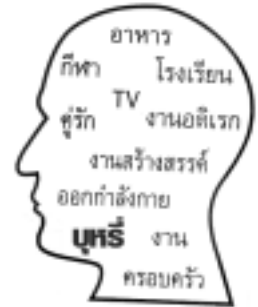
ตัวกระตุ้น

งานรื่นเริง
โอกาสพิเศษ

น้อย

การตอบสนอง

ความพอใจเกี่ยวกับการสูบบุหรี่
ไม่มีปฏิกิริยาทางร่างกาย
สูบบุหรี่ไม่บ่อย



2. ระยะยังคงสูบบุหรี่

ตัวกระตุ้น

งานรื่นเริง
คืนวันหยุด
เพื่อน
ดนตรี
สุรา
โอกาสดี

ปานกลาง

การตอบสนอง

คิดถึงบุหรี่ย
คาดหวังว่าจะได้สูบบุหรี่
มีผลต่อร่างกายเล็กน้อย
ใช้บางโอกาส



3. ระยะหมกมุ่นกับการสูบบุหรี่

ตัวกระตุ้น

วันหยุดสุดสัปดาห์
เครียด
เบื่อหน่าย
วิตกกังวล
หลังทำงาน
ความเหงา

รุนแรง

การตอบสนอง

คิดถึงเรื่องการสูบบุหรี่
ปฏิกิริยาทางสรีระรุนแรง
ความต้องการทางจิตใจ
อยากสูบบุหรี่รุนแรง
สูบบุหรี่ขึ้น



4. ระยะวิกฤต

ตัวกระตุ้น

ทุกอารมณ์
ทุกเวลา
ทำงาน
ไม่ได้ทำงาน

มีอำนาจมาก

การตอบสนอง

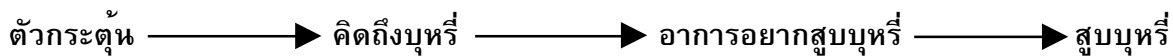
ความคิดเกี่ยวกับบุหรี่ยซ้ำๆ
ตอบสนองโดยอัตโนมัติ
ติดบุหรี่ยด้านจิตใจที่รุนแรง
การสูบบุหรี่โดยควบคุมตัวเองไม่ได้



ตัวกระตุ้น

ตัวกระตุ้นได้แก่ คน สถานที่ สิ่งของ อารมณ์ ความรู้สึก และช่วงเวลา ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ ตัวอย่างเช่น ถ้าทุกคืนวันศุกร์เมื่อคุณได้รับเงินมาแล้ว คุณมักจะออกไปหาเพื่อนนอกบ้านเพื่อสังสรรค์ และมีการสูบบุหรี่ ตัวกระตุ้นในกรณีนี้ควรได้แก่ คืนวันศุกร์ เวลาหลังเลิกงาน เงิน เพื่อนที่เคยสูบบุหรี่ สถานะเรีงรมย์ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ฯลฯ

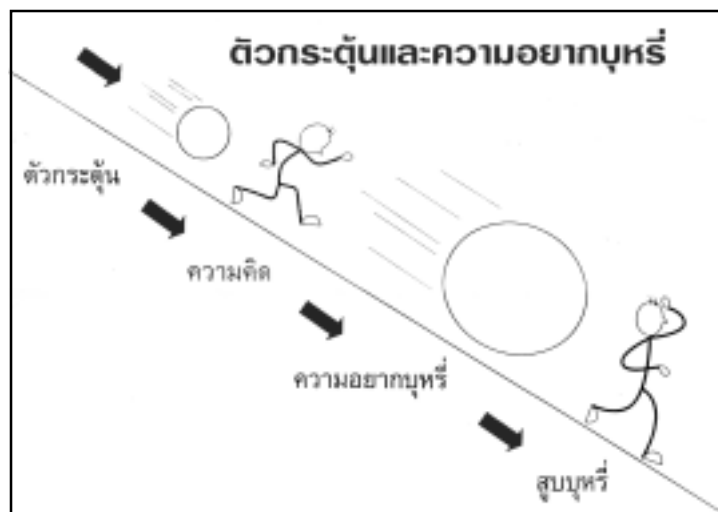
สมองซึ่งเคยได้รับนิโคตินจากการสูบบุหรี่มาก่อนจะมีความสัมพันธ์กับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นผลมาจากการต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นเดิมๆ ตัวกระตุ้นเพียงตัวเดียวก็เป็นสาเหตุนำไปสู่การสูบบุหรี่ได้



สิ่งสำคัญที่สุดในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ คือ การหยุดกระบวนการที่ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ มีวิธีการง่าย ๆ ที่ต้องทำเป็นอันดับแรกๆ คือ

1. แยกแยะชนิดของตัวกระตุ้น
2. หลีกเลี่ยงการเผชิญกับตัวกระตุ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น อย่ายู่ในบริเวณที่มีการสูบบุหรี่
3. มีวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นหลายวิธี เช่น การออกกำลังกาย การพูดคุยกับผู้ต้องการเลิกบุหรี่คนอื่นๆ

พึงระลึกไว้เสมอว่า ถึงแม้ได้ตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่แล้ว แต่ตัวกระตุ้นยังมีผลต่อสมอง ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ เพราะฉะนั้นความตั้งใจที่ต้องการหยุดสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจสิ่งกระตุ้นได้อย่างชัดเจนมากขึ้น



จากภาพของกระบวนการนี้ : การทำความเข้าใจถึง ตัวกระตุ้น - ความคิด - ความอยากบุหรี่ - การสูบบุหรี่ ตามลำดับเหมือนการเคลื่อนที่ลงเขาที่ลาดชัน ช่วงที่ควรใช้การหยุดความคิด คือ ทันทีที่คิดถึงบุหรี่ แสดงให้เห็นโดยวงกลมเล็กๆ ที่พุ่งเข้าหาคน ซึ่งเป็นวงเล็กๆ สามารถหยุดได้ แต่เมื่อเกิดเป็นความอยากบุหรี่ขึ้นแล้ว ขนาดวงเล็กๆ นี้จะกลายเป็นวงที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเหมือนภูเขา เคลื่อนมาทำอันตรายเรา ผู้ติดบุหรี่อาจไม่ต้องการสูบบุหรี่ และตั้งใจจะหนีจากความอยากสูบบุหรี่แต่อาจหนีไปไม่ได้ตลอด ความอยากสูบบุหรี่มักจะมีอำนาจมากจนทำให้ผู้ติดบุหรี่หวนกลับไปสูบบอก

ทักษะการปฏิเสธ

การปฏิเสธเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน ผู้ต้องการเลิกบุหรี่สามารถปฏิเสธเมื่อถูกชวนให้สูบบุหรี่หลายคนมักไม่กล้าปฏิเสธเพราะความเกรงใจ กลัวผู้ชวนไม่พอใจ แต่ถ้ามีทักษะการปฏิเสธที่ถูกต้องตามขั้นตอนก็จะทำให้สามารถหลีกเลี่ยงจากภาวะนั้นได้

ขั้นตอนการปฏิเสธ

1. บอกความรู้สึกเพื่อใช้เป็นข้ออ้างประกอบเหตุผล เพราะการบอกความรู้สึกจะได้แย่งยากกว่าการบอกเหตุผลอย่างเดียว
2. การขอปฏิเสธ เป็นการบอกปฏิเสธอย่างชัดเจนด้วยคำพูด
3. การถามความเห็นเพื่อรักษาน้ำใจผู้ชวน และควรขอขอบคุณเมื่อผู้ชวนยอมรับการปฏิเสธ

ขั้นตอน	ตัวอย่างประโยค
1. บอกความรู้สึกประกอบเหตุผล	“ผมไม่สบายใจที่จะสูบบุหรี่ เพราะควันบุหรี่ทำให้ลูกสาวเป็นภูมิแพ้”
2. ขอปฏิเสธ	“ขอไม่สูบดีกว่า” “หม่อมามไม่ให้ผมสูบบุหรี่” “ผมเลิกสูบบุหรี่แล้ว”
3. ถามความเห็นชอบ ขอขอบคุณ และยอมรับ	“คุณคงไม่ว่านะ...ขอบคุณมากที่เข้าใจผม”

“อย่าเกรงใจเมื่อผู้อื่นให้บุหรี่คุณ คุณมีสิทธิปฏิเสธบุหรี่โดยไม่ทำให้ใครเดือดร้อน”

เทคนิคการหยุดความคิด

สิ่งจำเป็นเมื่อเลิกบุหรีคือ การเปลี่ยนแปลงตัวกระตุ้น และทุกขั้นตอนของกระบวนการสูบบุหรี การหยุดความคิดเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่จะสลายกระบวนการเหล่านี้ ทางเลือกคือ



ความอยากบุหรีไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ สามารถป้องกัน ควบคุม และหยุดความคิดได้

กลวิธีหยุดความคิด นำเทคนิคต่อไปนี้ไปแนะนำให้ผู้ต้องการเลิกบุหรีลองใช้ เลือกเทคนิคที่เหมาะสมที่สุด

1. การจินตนาการ โดยสร้างภาพที่เปิด-ปิดสวิตซ์ไฟฟ้าหรือคันโยกให้เกิดขึ้นในใจ จินตนาการให้ตัวเองเป็นคนเปิด-ปิดสวิตซ์ไฟฟ้าเพื่อที่จะหยุดความคิดที่จะสูบบุหรี จินตนาการภาพอื่นให้เกิดขึ้นมาแทนที่ความคิดเหล่านั้น ผู้ต้องการเลิกสูบบุหรีต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเช่นเดียวกับวิธีการแลกเปลี่ยนความคิด

2. การติดหนึ่ียง ให้เอาหนึ่ียงใส่ข้อมือ เมื่อใดก็ตามที่เริ่มคิดถึงบุหรีให้ติดหนึ่ียงและพูดกับตัวเองว่า “ไม่” แล้วเปลี่ยนไปคิดเรื่องอื่นแทน สำหรับผู้ที่มีความพร้อมที่จะทำกิจกรรมนี้ บางครั้งจะพบสิ่งที่มีความหมายและสิ่งที่น่าสนใจสำหรับตัวเอง

3. ฝึกการผ่อนคลาย เมื่อรู้สึกว่างเปล่า รู้สึกหนักตื้อ และเป็นตะคริวบริเวณท้อง นั่นคืออาการอยากสูบบุหรี ให้ฝึกผ่อนคลายโดยการหายใจเข้าลึกๆ (สูดอากาศให้เต็มปอด) และหายใจออกช้าๆ ทำอย่างนี้ 3 ครั้ง จะรู้สึกผ่อนคลาย ทำซ้ำๆ อีก เมื่อรู้สึกมีอาการอยากสูบบุหรีเกิดขึ้น

4. ปรึกษาใครบางคน ควรมีเบอร์โทรศัพท์คนที่สนับสนุนให้กำลังใจ มีเวลาให้ และสามารถติดต่อได้เสมอ เมื่อต้องการเพื่อนสักคน เมื่อเกิดความคิดแบบเดิมๆ และความรู้สึกคล้ายมีอาการอยากสูบบุหรีเกิดขึ้น การได้พูดคุยกับใครสักคนเท่ากับเป็นการได้ระบายความรู้สึก ได้รับกำลังใจ และได้ตระหนักในสิ่งที่กำลังคิด

5. ทำสมาธิ

พึงระลึกว่า การที่ยอมให้ความคิดที่นำไปสู่อารมณ์อยากสูบบุหรียังคงอยู่เท่ากับได้ตัดสินใจเลือกที่จะยังคงเป็นผู้ติดบุหรี

การทำสมาธิ

สมาธิ คือ การมีใจตั้งมั่นโดยการมีสติอยู่ที่กิจ ๆ เดียว ในที่นี้หมายถึง การรับรู้ลมหายใจเข้า-ออก

วิธีการทำสมาธิหลับตา

1. นั่งตัวตรง หลับตา
2. มุ่งความสนใจไปยังลมหายใจที่เข้าออกผ่านจมูก
3. รับรู้ว่ามีลมหายใจผ่านเข้าออกที่รูจมูก

สำหรับผู้ฝึกสมาธิในระยะเริ่มแรก อาจประสบปัญหาดังนี้

1. ไม่สามารถรับรู้ลมหายใจได้อย่างชัดเจน

วิธีแก้ไข ลองหายใจให้แรงขึ้นกว่าปกติจนสามารถรับรู้ลมหายใจได้อย่างชัดเจน แล้วจึงกลับมาหายใจเหมือนปกติ

2. มีความคิดต่างๆ แวบเข้ามา ทำให้จิตใจไม่สงบ

วิธีแก้ไข รู้และเตือนตนเองโดยไม่ต้องขัดข้องใจว่า ท่านกำลังวอกแวก หายใจให้แรงขึ้นสัก 2-3 ครั้ง และมุ่งความสนใจมารับรู้ลมหายใจเข้า-ออก

วิธีการทำสมาธิลืมตา

การทำสมาธิลืมตาจะเข้ากับชีวิตประจำวันได้มากกว่าการทำสมาธิหลับตา วิธีการเช่นเดียวกับสมาธิหลับตา เพียงแต่ไม่ต้องหลับตา ขณะนั้นกำลังทำอะไรอยู่ที่ไหนก็ให้อยู่ในทำนองนั้น และมุ่งความสนใจทั้งหมดไปรับรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้า-ออก หรืออาจจะวางสายตาไว้ที่ระดับ 1-2 ฟุตก็ได้ โดยไม่ต้องสนใจการรับรู้ทางสายตา

ผลของการฝึกสมาธิ

ถ้าได้ลองทำสมาธิตามขั้นตอนดังกล่าว จะพบว่าในช่วงที่ทำสมาธินั้น จะรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย ช่วงที่รู้สึกสงบนี้เองอาจจะไม่มีความคิดเกี่ยวกับบุหรืเข้ามา ซึ่งเท่ากับเป็นการ ละ เลิกบุหรืได้ในขณะนั้น

การฝึกหายใจคลายเครียด

เป็นการฝึกหายใจโดยใช้หน้าท้องและกระบังลม หายใจเข้าให้ท้องพองออก แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจช้าๆ อาจนับเลขไปด้วยเพื่อควบคุมจังหวะการหายใจออกก็ได้ ในระยะแรกที่ปฏิบัติให้ใช้มือวางหรือสัมผัสฝ่ามือบริเวณหน้าท้องพร้อมกับหายใจเข้าให้ลึก จะสังเกตเห็นมือขยับขึ้นพร้อมกับท้องพองออก จากนั้นให้ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ มือจะลดลงและท้องค่อยๆ แบนลง การหายใจด้วยวิธีนี้ทำให้อัตตาหิวมีระยะเวลาแลกเปลี่ยนก๊าซระหว่างคาร์บอนไดออกไซด์และออกซิเจนได้นานขึ้น ร่างกายจะได้รับออกซิเจนมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการทำสมาธิทางอ้อมช่วยให้คลายเครียดได้ด้วย

การรับรู้ถึงภาวะความเครียด

ภาวะความเครียด เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ต้องเผชิญเหตุการณ์ที่ยุ่งยากหรือทำให้หงุดหงิดใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีความต้องการสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากบุคคลอื่นซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ ในบางครั้งเรามากไม่ค่อยระมัดระวังต่อสภาวะทางอารมณ์เช่นนี้ จนกว่าภาวะตึงเครียดได้ก่อให้เกิดอาการต่างๆ ทางร่างกายหลายประการ สังเกตว่าเกิดภาวะตึงเครียดได้จาก อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่แสดงออกของตนเอง เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ การกินอาการ การปวดศีรษะ เจ็บป่วยเรื้อรัง อ่อนเพลีย หงุดหงิด ขาดสมาธิ ไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิต เป็นต้น ภาวะความเครียดนี้เป็นสาเหตุหนึ่งของการกลับไปสูบบุหรี่ ถ้าเกิดเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่หันกลับไปสูบบุหรี่เพื่อลดภาวะตึงเครียดให้ได้ ดังนั้นผู้ต้องการเลิกบุหรี่ต้องเรียนรู้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองในขณะนั้น โดยพยายามค้นหาภาวะความเครียดของตนเองว่า เกิดในช่วงเวลาใด จากสาเหตุใด เพื่อเรียนรู้การแก้ไขปัญหาและหาแนวทางในการลดภาวะตึงเครียดของตนเอง วิธีตรวจสอบภาวะตึงเครียด ให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่ตรวจสอบปัญหาต่างๆ ที่อาจจะได้เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา

- 1. ปัญหาเกี่ยวกับการนอน
 - นอนหลับยาก หลับๆ ตื่นๆ ตลอดคืน
 - ผันรำย ตื่นเช้ากว่าปกติ ไม่สามารถนอนหลับต่อไปได้
- 2. ปวดศีรษะ
- 3. ปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะอาหารและลำไส้
- 4. ความเจ็บป่วยเรื้อรัง
- 5. อ่อนเพลีย
- 6. อารมณ์ไม่ดี
- 7. หงุดหงิด
- 8. ขาดสมาธิ
- 9. มีความรู้สึกไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิต
- 10. ความรู้สึกเต็มไปด้วยอารมณ์ (ที่ไม่ดี)

ถ้าผู้ต้องการเลิกบุหรี่มีปัญหาตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป แสดงว่ามีภาวะตึงเครียด ต้องหาทางแก้ปัญหาเพื่อลดความเครียดทันที

วิธีหลีกเลี่ยงการกลับไปสูบบุหรี่

ผู้ให้คำปรึกษาสามารถให้คำแนะนำและเสนอแนะวิธีป้องกันหรือหลีกเลี่ยงไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่อีกได้ดังนี้

1. วิธีการทางพฤติกรรม เช่น

- ถ่วงเวลา

เมื่อเกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ก็อย่าเพิ่งเปิดซองหยิบบุหรี่ยอดบุหรี่ยอดที่สูบทันที เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 5 นาที ความรู้สึกอยากสูบจะลดลง

- หายใจลึกๆ ซ้ำๆ

การฝึกสูบลมหายใจเข้า-ออกประมาณ 1 นาทีในแต่ละชั่วโมงของวัน และในทันทีที่เกิดความอยากสูบบุหรี่ จะช่วยลดความกระวนกระวายใจและสามารถควบคุมอารมณ์และความคิดอยากสูบบุหรี่ได้เหมือนการทำสมาธิ เพื่อให้รู้ตัวตลอดเวลา

- ดื่มน้ำสะอาด

ค่อยๆ จิบน้ำ และอมไว้สักครู่ให้รู้รสชาติ แล้วจึงกลืน

- เปลี่ยนอิริยาบถ

เปลี่ยนไปทำอย่างอื่น อย่าคิดเรื่องบุหรี่ เช่น ฟังเพลง ไปหาเพื่อนฝูง ออกกำลังกายเบาๆ อาจโทรศัพท์ไปคุยกับหน่วยงานหรือผู้ให้บริการการเลิกสูบบุหรี่

2. วิธีการเกี่ยวกับความคิดความทรงจำ

- ให้เตือนตัวเองว่าให้นึกถึงช่วงเวลาอยากลำบากที่ผ่านไปได้แล้ว

- ให้คิดถึงแรงใจแรงกายที่ได้ทุ่มเทไปเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเลิกสูบบุหรี่

- ให้คิดถึงว่าได้ผ่านมาไกลแค่ไหนแล้ว จะต้องกลับไปเริ่มต้นใหม่หรือ

• ให้คิดว่าการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่เป็นเพียงประสบการณ์การเรียนรู้ไม่ใช่ความล้มเหลว อย่าเสียใจ และอย่าเลิกแผนเลิกสูบบุหรี่ เพราะคนส่วนใหญ่ที่เลิกได้สำเร็จ ได้ใช้ความพยายามกันมาแล้วหลายครั้ง

คำแนะนำที่จะทำให้การเลิกสูบบุหรี่ประสบความสำเร็จ

1. เลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจัง ไม่แม้แต่จะสูดควันบุหรี่เพียง 1 ครั้งหลังจากวันเริ่มต้นเลิก
2. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับและมึผลมากต่อการสูบบุหรี่
3. การไม่มีผู้สูบบุหรี่รายอื่นอยู่ในครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรส

อาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms)

อาการถอนนิโคตินจะเกิดขึ้นกับผู้พยายามเลิกสูบบุหรี่ภายในเวลา 4 ชั่วโมงหลังจากสูบบุหรี่ครั้งสุดท้าย และความรุนแรงจะอยู่ในช่วง 3-5 วัน อาการต่างๆ ก็จะหมดไปภายใน 2 สัปดาห์ ซึ่งภายในช่วงเวลา 2 สัปดาห์นี้ นับว่าเป็นช่วงวิกฤตสำหรับผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ อาการถอนนิโคตินมีทั้งอาการทางร่างกายและอาการทางจิตใจ DSM IV ได้กำหนดเกณฑ์วินิจฉัยอาการถอนนิโคติน ดังนี้

1. มีการใช้สารนิโคตินเป็นประจำทุกวันมาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2-3 สัปดาห์
2. ผู้หยุดสูบบุหรี่จะมีอาการดังต่อไปนี้ 4 ข้อ หรือมากกว่าหลังจากหยุดใช้นิโคติน หรือลดการใช้นิโคตินทันทีภายใน 24 ชั่วโมง
 - 2.1 อารมณ์ซึมเศร้า
 - 2.2 นอนไม่หลับ
 - 2.3 หงุดหงิด ผิดหวัง หรือโกรธเคือง อารมณ์เสื่อง่าย
 - 2.4 วิตกกังวล
 - 2.5 สมาธิลดลง
 - 2.6 กระวนกระวาย
 - 2.7 หัวใจเต้นช้าลง
 - 2.8 อยากอาหารมากขึ้นหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
3. อาการที่เกิดขึ้นตามข้อ 2 ก่อให้เกิดผลเสียต่อชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม อาชีพของผู้ป่วย และกิจกรรมที่สำคัญอื่นๆ อย่างชัดเจน
4. อาการที่เกิดขึ้นในข้อ 2 ไม่ได้เกิดจากภาวะเจ็บป่วยทางกายและไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการผิดปกติทางระบบประสาท

คณะกรรมการ

วราภรณ์	ภูมิสวัสดิ์	พ.บ. (หัวหน้าคณะ)
จุฑามณี	สุทธิสีสังข์	Ph.D.
เนติ	สุขสมบูรณ์	Ph.D.
ปรีชา	มนทกานติกุล	Pharm.D.
พนมทวน	ชูแสงทอง	พ.บ.
ศรัณย์	กอสานาน	ศศ.ม.
ศุภกิจ	วงศ์วิวัฒน์นุกิจ	Ph.D.
สุรกิจ	นาทีสุวรรณ	Pharm.D.
สุวัฒนา	จุฑาวัฒน์ทล	Ph.D.
อรรณสิทธิ์	ศรีสุปติ	พ.บ.

คณะผู้เชี่ยวชาญทบวง

ฉันทชาย	สิทธิพันธ์	พบ.
ยงยุทธ	วงศ์ภิรมย์ศานต์	พบ., Ph.D
สุนันทา	ฉันทรุจิกพงศ์	พบ., Ph.D

อาหารโภชนาการเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ

รศ.ประไพศรี ศิริจักรวาล
สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุมีปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ กรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่พบมีความสำคัญก็คือ ภาวะโภชนาการ โรคภัยไข้เจ็บ และวิถีทางดำเนินชีวิต การที่ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้มากเกินไป มีผลซ้ำเติมอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งมีแนวโน้มจะเสื่อมอยู่แล้วให้เสื่อมยิ่งขึ้น การส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงความต้องการสารอาหาร โดยเน้นความสมดุล ความพอเหมาะพอดี และความหลากหลายของอาหาร นอกจากนี้การออกกำลังกายอย่างเพียงพอก็เป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับพื้นฐานการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการ

เนื่องจากระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำงานด้อยลง การรับรู้รสและกลิ่นน้อยลง ทำให้ความอยากอาหารลดลงด้วย ประกอบกับมีปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน และระบบการย่อย การดูดซึมอาหารไม่ดี จึงทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และท้องผูก มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย

ปัญหาของผู้สูงอายุในเรื่องอาหารการกินจึงมีปัญหาทั้งกินไม่ได้และกินไม่พอ จนทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร เช่น การขาดธาตุแคลเซียมและเหล็ก และขาดวิตามินต่างๆ แต่สำหรับผู้สูงอายุได้อาหารบางอย่างมากเกินไปไม่ถูกส่วน หรือได้ไม่ครบ 5 หมู่ ก็อาจเกิดปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน เบาหวาน โรคหลอดเลือด และหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะชะลอหรือป้องกันได้ถ้าผู้สูงอายุทราบถึงความสำคัญ หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือมีความเกี่ยวข้องต่างๆ ให้ความเอาใจใส่ แนะนำเกี่ยวกับเรื่องการบริโภคอาหาร

อาหารมีความสำคัญต่อสุขภาพอย่างไร ?

เนื่องจากร่างกายของเราประกอบด้วย กล้ามเนื้อ เลือด ไขมัน กระดูก และฟัน ซึ่งมีองค์ประกอบเป็นสารพวกโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต เกลือแร่ วิตามิน และน้ำ เหมือนกับองค์ประกอบในอาหารหลายๆ อย่าง เพราะฉะนั้นอาหารจึงมีความสำคัญและสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้บริโภคอย่างมาก ในวัยผู้ใหญ่แม้ว่าจะหยุดการเจริญเติบโตแล้ว แต่ยังมีความต้องการสารอาหารต่างๆ เพื่อช่วยในการรักษาร่างกายให้แข็งแรง ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรบไปแต่ละวัน เช่น น้ำย่อย เลือด เนื้อเยื่อต่างๆ ในวัยสูงอายุก็เช่นเดียวกันกับในวัยผู้ใหญ่ แต่ความต้องการสารอาหารที่ให้กำลังงานจะน้อยกว่า

ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการสารอาหารโปรตีนพอๆ กับวัยผู้ใหญ่ สำหรับกำลังงานต้องการต่ำกว่าวัยอื่น ส่วนความต้องการเกลือแร่ วิตามิน โยอาหาร และน้ำ มีความต้องการพอๆ กับวัยผู้ใหญ่

ความต้องการพลังงาน ผู้สูงอายุต้องการพลังงานประมาณวันละ 1,600 กิโลแคลอรี ความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุลดลงอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเกิดจากสาเหตุใหญ่ๆ คือ กิจกรรมต่างๆ ลดลง การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง การทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ ตับ ปอด น้อยลง และความต้องการของพลังงานในระยะพักลดลง ผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณพลังงานน้อยลง โดยการลดปริมาณการบริโภคไขมันและคาร์โบไฮเดรต และวิธีการที่ช่วยเพิ่มการใช้พลังงานก็คือการออกกำลังกายสม่ำเสมอ

ความต้องการโปรตีน ผู้สูงอายุมีความต้องการสารอาหารโปรตีน ประมาณวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ซึ่งเท่ากับ 50-60 กรัมต่อวัน ปกติอาหารไทยจะมีแหล่งโปรตีนจากสัตว์และพืช (ข้าว) ในอัตราส่วน ประมาณ 50 : 50 หรือ 40 : 60 โดยได้จากเนื้อสัตว์ประมาณ 150 กรัม (โปรตีน 15-20 กรัม/100 กรัม) ต่อวัน หรือเนื้อสัตว์ 100 กรัม, ไข่ 1 ฟอง, นม 1 แก้ว ซึ่งเมื่อคำนวณเป็นเปอร์เซ็นต์ของพลังงานทั้งหมดจะประมาณ 12-15 % ซึ่งต้องไม่มากเกินไป เพราะนอกจากจะไม่เกิดประโยชน์แล้ว ยังทำให้ไตทำงานหนักขึ้นในการขับสารพวกยูเรียออกทางปัสสาวะ ซึ่งเป็นสารที่ได้จากการเผาผลาญโปรตีนทำให้ไตเสื่อมง่าย

ความต้องการไขมัน ดังที่กล่าวแล้วข้างต้นว่าผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานลดลง ซึ่งอาหารที่ให้พลังงานสูงก็คือไขมัน ดังนั้นผู้สูงอายุจะได้รับพลังงานลดลงได้ก็โดยการลดปริมาณการบริโภคไขมัน ผู้สูงอายุควรบริโภคน้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิกมากแทนไขมันจากสัตว์ เพื่อป้องกันภาวะไขมันสูงในเลือด น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิกสูง ได้แก่ น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ เป็นต้น ปริมาณน้ำมันพืชที่ผู้สูงอายุควรได้รับต่อวัน ประมาณ 5 ช้อนเล็กหรือช้อนชา ไขมันส่วนอื่นแทรกอยู่ในเนื้อสัตว์ นม ไข่

ความต้องการคาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรลดการบริโภคสารอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตลง โดยเฉพาะน้ำตาลต่างๆ เพื่อเป็นการลดปริมาณพลังงาน และควรบริโภคข้าวซ้อมมือ เพราะนอกจากคาร์โบไฮเดรตแล้วยังได้วิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหารด้วย

ความต้องการวิตามิน ผู้สูงอายุมีความต้องการวิตามินใกล้เคียงกับหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงเรื่องการเลือกรับประทานอาหารอื่นๆ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องฟัน อาจทำให้ได้รับวิตามินบางอย่างไม่เพียงพอ ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินบีหนึ่ง บีสอง บีหก บีสิบสอง กรดโฟลิก และวิตามินซี แหล่งของวิตามินส่วนใหญ่อยู่ในผักผลไม้สด ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับผัก ผลไม้ ให้เพียงพอในแต่ละวัน

ความต้องการแร่ธาตุ ผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุต่างๆ เท่าในวัยผู้ใหญ่แต่ส่วนมากที่มีปัญหาคือการบริโภคไม่พอเพียง แร่ธาตุที่สำคัญและเป็นปัญหาในผู้สูงอายุ ได้แก่ แร่ธาตุเหล็ก ซึ่งถ้าขาดทำให้เป็นโรคซีดหรือโลหิตจาง พบว่าแม่ปริมาณรับประทานจะพอเพียงแต่การดูดซึมในผู้สูงอายุต่ำกว่าคนหนุ่มสาว อาหารที่มีแร่ธาตุเหล็กมาก คือ ตับ เนื้อสัตว์ ไข่แดง และเลือดสัตว์ เป็นต้น ผู้สูงอายุควรรับประทานผักสดหรือผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงด้วยในแต่ละมื้อเพื่อให้การดูดซึมแร่ธาตุเหล็กดีขึ้น

แร่ธาตุแคลเซียม พบว่าปัญหาการขาดแคลเซียมมีมากในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะมีการบริโภคน้อย นอกจากนี้การดูดซึมและการเก็บไว้ในร่างกายยังมีน้อยกว่าคนหนุ่มสาว จึงทำให้เกิดปัญหาโรคกระดูกบางและเปราะ แหล่งอาหารแคลเซียม ได้แก่ นม ปลาเล็กปลาน้อย ผักใบเขียวเข้ม (คะน้า คื่นช่าย ผักชีลาว ผักกวางตุ้ง) กุ้งแห้ง เป็นต้น ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการที่ร่างกายไม่สามารถย่อยน้ำตาลจากนมคือน้ำตาลแลคโตสได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการปวดเสียดท้อง หรือท้องเดินหลังดื่มนม เป็นสาเหตุทำให้มีการปฏิบัติอาหารประเภทนม อาหารนมมีประโยชน์มาก เพราะเป็นแหล่งโปรตีนที่ดีมีแคลเซียมสูง การแก้ปัญหาอาจรับประทานโยเกิร์ตแทนการดื่มนม หรือดื่มนมครั้งละปริมาณน้อยๆ และดื่มหักหลังอาหารก็เป็นทางหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาอาการปวดเสียดท้องหลังดื่มนมขณะท้องว่างได้

ความต้องการน้ำ น้ำมีความสำคัญมาก ช่วยในระบบย่อยอาหาร และการขับถ่ายของเสีย ส่วนมากผู้สูงอายุจะดื่มน้ำไม่เพียงพอ ความต้องการน้ำของผู้สูงอายุคือประมาณ 1 มิลลิลิตรต่อพลังงาน 1 กิโลแคลอรี หรือ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือประมาณ 1500 มิลลิลิตร ซึ่งเท่ากับน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน

แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี

1. กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย ปริมาณเพียงพอ หมั่นเวียน ไม่กินซ้ำซาก ทั้งนี้เพื่อความเพียงพอของสารอาหารและไม่สะสมสารพิษในร่างกาย และหมั่นดื่มน้ำที่สะอาด ถ้าน้ำหนักเกินมาตรฐาน ลดการบริโภคอาหารประเภทแป้งและไขมันลง และออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

2. กินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ผู้สูงอายุควรบริโภคข้าวซ้อมมือ เพื่อให้ได้วิตามิน แร่ธาตุ ตลอดจนใยอาหารควบคู่ไปกับคาร์โบไฮเดรต กินข้าวมีดละ 2-3 ทัพพี

3. กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ พืชผักผลไม้ให้วิตามิน แร่ธาตุ ใยอาหาร และสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยป้องกันอนุมูลอิสระมาทำลายเซลล์ จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคมะเร็งบางชนิด กินผักวันละ 6 ทัพพี ผลไม้วันละ 4 ส่วน

4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ อาหารเหล่านี้เป็นแหล่งของโปรตีน ซึ่งเน้นปลาและผลิตภัณฑ์ถั่วเหลือง เช่น เต้าหู้ต่างๆ ถ้าเป็นเนื้อสัตว์เลือกกินไม่ติดมัน สำหรับไข่ ควรกินไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ และงดไข่แดงสำหรับผู้ที่มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูง

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย นมเป็นแหล่งของโปรตีน แคลเซียม วิตามินบี 2 ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุควรดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว โดยดื่มนมพร่องมันเนย เพื่อไม่ต้องกังวลถึงปริมาณไขมันเกินความต้องการ

6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ ในการปรุงอาหาร หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันสัตว์และกะทิ ปริมาณที่แนะนำไม่ควรเกิน 5 ช้อนเล็กหรือช้อนชาต่อวัน ลดการบริโภคอาหารทอด ผัด ใช้การปรุงโดยการต้ม นึ่ง ลวก อบแทน อาหารไทยๆ เช่น น้ำพริก ปลาทูน ผักต้ม หรือแกงส้ม แกงเลียง จะมีไขมันน้อย

7. หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด เค็มจัด อาหารหวานจัด เช่น พวกขนมหวาน หรือการเติมน้ำตาล ปริมาณมากในเครื่องดื่มต่างๆ เป็นพลังงานส่วนเกินสามารถเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมในร่างกายได้ สำหรับอาหารเค็มจัดจะมีแร่ธาตุโซเดียมอยู่มาก ถ้ากินเป็นประจำทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ หลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสใดๆ ก่อนการชิมอาหาร ลดการบริโภคอาหารหมักดอง

8. กินอาหารสะอาดปราศจากการปนเปื้อน เลือกซื้ออาหารสดสะอาด ล้างผักให้สะอาดก่อนปรุง เก็บอาหารที่ปรุงสุกปิดฝาให้มิดชิด ถ้ามีอาหารเหลือเก็บในตู้เย็น เลือกซื้ออาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ หลีกเลี่ยงอาหารที่เติมสีและอาหารสุกๆ ดิบๆ

9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติด บั่นทอนสุขภาพ ทำให้การทำงานของระบบประสาทและสมองช้าลง มักก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เป็นตัวพาสารพิษเข้าร่างกายได้รวดเร็ว เพราะดูดซึมเร็ว คนที่ติดแอลกอฮอล์มักขาดวิตามินและแร่ธาตุ และมักเป็นโรคตับแข็ง

ปริมาณอาหารแค่ไหนจึงจะพอเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ

เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ในแง่รูปธรรม จึงกำหนดปริมาณอาหารในแต่ละกลุ่มที่ควรได้รับในแต่ละวัน (ตารางที่ 1) พร้อมกันนี้มีตัวอย่างอาหารใน 1 วัน และอาหารแต่ละกลุ่มให้สามารถแลกเปลี่ยนกันได้ เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุในการที่จะให้เกิดความหลากหลายของการเลือกบริโภคอาหาร (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ปริมาณอาหารแต่ละกลุ่มที่แนะนำต่อวัน สำหรับพลังงาน 1600 กิโลแคลอรี

กลุ่มอาหารต่าง ๆ	ปริมาณอาหารที่แนะนำในแต่ละวัน
ข้าวแป้ง	8 ส่วน = 8 ทัพพี
ผัก	6 ส่วน = 6 ทัพพี
ผลไม้	= 4 ส่วน
เนื้อสัตว์	6 - 8 ส่วน = 6 - 8 ช้อนกินข้าว
นม	1 - 2 ส่วน = 1 - 2 แก้ว
น้ำมัน	5 ส่วน = 5 ช้อนชา
น้ำตาล	4 ส่วน = 4 ช้อนชา

ตัวอย่าง อาหาร 1 วัน (1,600 กิโลแคลอรี) แสดงรายละเอียดในตารางที่ 2 และสรุปอยู่ที่ตาราง

เช้า ข้าวสวย ต้มเลือดหมู-ตำลึง ส้มเขียวหวาน

กลางวัน ข้าวเหนียว น่องไก่ย่าง ส้มตำ-ผักสด (ถั่วฝักยาว กะหล่ำปลี) ขนมบัวลอย

บ่าย ขนมปังหมูหยอง นมสด

เย็น ข้าวสวย ยำปลากระป๋อง แกงเลียง ฝรั่ง มะละกอสุก

ตารางที่ 2 กลุ่มอาหาร ปริมาณและชนิดของอาหารที่แลกเปลี่ยนกันได้ในแต่ละวัน

กลุ่มอาหาร	ปริมาณที่แนะนำ ให้รับประทานต่อวัน	ปริมาณ 1 ส่วนที่แลกเปลี่ยนกันได้
ข้าว-แป้ง	8 ส่วน	ข้าว 1 ทัพพี ข้าวเหนียว 1/2 ทัพพี ขนมปัง 1 แผ่น ก๋วยเตี๋ยว : บะหมี่, เส้นใหญ่, เส้นเล็ก 1 ทัพพี เส้นหมี่ 2 ทัพพี ขนมจีน : 1 จับ (ประมาณ 1 ทัพพี)
ตัวอย่าง	เช้า ข้าวสวย กลางวัน ข้าวเหนียว บัวลอย บ่าย ขนมปัง เย็น ข้าวสวย	2 ทัพพี = 2 ส่วน 1 ทัพพี = 2 ส่วน 1/2 ทัพพี = 1/2 ส่วน 1 ก้อน = 1 ส่วน 3 ทัพพี = 3 ส่วน รวม 8 1/2 ส่วน

กลุ่มอาหาร	ปริมาณที่แนะนำ ให้รับประทานต่อวัน	ปริมาณ 1 ส่วนที่แลกเปลี่ยนกันได้
เนื้อสัตว์, ถั่ว, ไข่	6-8 ส่วน	ปลา, ไก่, หมู 1 ช้อนกิน ข้าวเต้าหู้ขาวอ่อน 1/2 หลอด เต้าหู้แผ่น (ขาว, เหลือง) 1/2 แผ่น ไข่ 1/2 ฟอง
ตัวอย่าง		เช้า หมู 1 ช้อนกินข้าว เลือดหมู 2 ช้อนกินข้าว = 2 ส่วน กลางวัน ไก่ย่าง 1 น่องเล็ก (เนื้อ = 2 ช้อนกินข้าว) = 2 ส่วน บ่าย หมูหยอง (1 ช้อนกินข้าว) = 1 ส่วน เย็น ปลากระป๋อง 1 ชิ้น = 3 ส่วน รวม 8 ส่วน
ผัก	6 ส่วน	ผักคะน้าสุก 1 ทัพพี ผักกาดขาวสุก 1 ทัพพี ฟักทองสุก 1 ทัพพี ถั่วงอกลวก 1 ทัพพี ผักกาดหอมสด 2 ทัพพี แตงกวา 1 ผล มะเขือเทศ 2 ผล
ตัวอย่าง		เช้า ผักตำลึงสุก 1 ทัพพี = 1 ส่วน กลางวัน ถั่วฝักยาวดิบ 1/2 ทัพพี = 1/2 ส่วน กะหล่ำปลีดิบ 1 ทัพพี = 1/2 ส่วน มะละกอดิบ 2 ทัพพี = 1 ส่วน เย็น ผักรวม 2 ทัพพี = 2 ส่วน ตะไคร้ หัวหอม ผักชีต้นหอม 1 ทัพพี = 1 ส่วน รวม 6 ส่วน
ผลไม้	4 ส่วน	ส้มเขียวหวานขนาดกลาง 1 ผล ฝรั่ง 1/2 ผล ชมพู่ 3 ผล เงาะ 4 ผล กล้วย 1 ลูก มะละกอ 8 ชิ้นพอคำ สับปะรด 8 ชิ้นพอคำ แตงโม 10 ชิ้นพอคำ มะม่วงสุก 1/2 ผล

กลุ่มอาหาร	ปริมาณที่แนะนำให้รับประทานต่อวัน	ปริมาณ 1 ส่วนที่แลกเปลี่ยนกันได้
ตัวอย่าง	เช้า ส้มเขียวหวาน 1 ผล = 1 ส่วน เย็น มะละกอ 8 คำ = 1 ส่วน ฝรั่ง 1/2 ผล = 1 ส่วน รวม 3 ส่วน	
นม	1-2 ส่วน	นม 1 แก้ว ปลาตัวเล็กกินทั้งก้าง 2 ซ่อนกินข้าว ปลาซาดีนกินทั้งก้าง 1 ซัน (50 กรัม)
ตัวอย่าง	บ่าย ต้มนม 1 แก้ว = 1 ส่วน เย็น ยำปลากระป๋อง 1 ซัน = 1 ส่วน (มีแคลเซียม = นม 1 แก้ว) รวม 2 ส่วน	
ไขมัน	5 ซ่อนชา	น้ำมันพืช 1 ซ่อนชา กะทิ 6 ซ่อนชา
ตัวอย่าง	น้ำมันในกระเทียมเจียว 2 ซ่อนชา = 2 ส่วน	
น้ำตาล	4 ซ่อนชา	สามารถแลกเปลี่ยนขนมต่างๆ ชนิดละ 1 ครั้งต่อวัน ดังนี้ ทองหยิบ 1 ดอก ขนมถั่วแปบ 2 ตัว เม็ดขนุน 4 เม็ด กล้วยไข่เชื่อม 2 ผล ขนมกลวย 3 ซัน ขนมบัวลอย 1 ถ้วย สังขยา 1/2 ซัน ถั่วเขียวต้มน้ำตาล 1 ถ้วย
ตัวอย่าง	กลางวัน ขนมบัวลอย 1 ถ้วย มีน้ำตาลประมาณ 4 ซ่อนชา = 4 ส่วน	
สรุป	ข้าว 8 1/2 ทัพพี เนื้อสัตว์ 8 ซ่อนกินข้าว ผัก 6 ทัพพี ผลไม้ 3 ส่วน นม 2 ส่วน ไขมัน 2 ซ่อนชา น้ำตาล 4 ซ่อนชา พลังงานโดยรวมประมาณ 1,500-1,600 กิโลแคลอรี	

*พยายามรับประทานผลไม้แทนขนมหวานจะดีที่สุด เพราะน้ำตาลไม่ใช่สิ่งจำเป็น และขนมไทยหลายชนิดประกอบด้วยไข่แดงซึ่งมีโคเลสเตอรอลสูง

วิธีการตรวจดูว่าได้รับอาหารมากน้อยเกินไปหรือไม่

คำนวณสัดส่วนของร่างกายจาก ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index - BMI)

$$\text{ค่าดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กก.)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

ค่าปกติ = 18.5 - 22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร

ผอม น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร

ท้วม เท่ากับ 23 - 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร

อ้วน เท่ากับ 25 - 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร

อ้วนมาก มากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร

ถ้า BMI เกินมาตรฐาน ---> อ้วนไป แสดงว่ารับประทานมากกว่าที่ร่างกายต้องการใช้

วิธีแก้

1. ลดปริมาณพลังงาน โดยเฉพาะจากอาหารพวกแป้ง ของหวาน และอาหารทอด ผัด การลดปริมาณพลังงานวันละ 500 กิโลแคลอรี จะสามารถลดน้ำหนักได้สัปดาห์ละประมาณ 0.5 กิโลกรัม หรือ 2 - 3 กิโลกรัม ต่อเดือน

2. งดของว่างและอาหารจุบจิบระหว่างมื้อ

3. ถ้าไม่เคยออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายโดยการเดินอย่างน้อยวันละ 20-30 นาที ตอนเช้าหรือตอนเย็นหลังรับประทานอาหาร

4. อย่างนั่ง / นอนทันทีหลังรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารเย็น

ถ้า BMI ต่ำกว่ามาตรฐาน ---> ผอมไป แสดงว่ารับประทานอาหารให้พลังงานน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการใช้

วิธีแก้

1. เพิ่มปริมาณอาหาร และปรุงอาหารด้วยการผัดทอดมากขึ้น

2. เพิ่มมื้ออาหาร โดยเพิ่มอาหารว่างระหว่างมื้อ

3. หาสาเหตุการรับประทานอาหารน้อยให้ได้แล้วแก้ตามสาเหตุ

4. หากรับประทานอาหารได้ปกติแต่น้ำหนักลด ให้ปรึกษาแพทย์เพื่อหาสาเหตุ

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเสริมจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่

บางคนมีความเชื่อว่าอาหารปกติไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จำเป็นต้องพึ่งอาหารเสริม ดังนั้นจึงมีการเสาะแสวงหาอาหารพิเศษเหล่านี้มาบริโภค ความจริงแล้วหากกินอาหารได้ตามปกติ ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการเสริมจากผลิตภัณฑ์ที่มีการโฆษณาหรือการขายตรง เพราะทำให้สิ้นเปลืองโดยไม่มีผลจำเป็น นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดอาการแพ้ หรือหากมีการสะสมในระยะยาวอาจมีผลเสียต่อสุขภาพได้ เรียกว่าประโยชน์ที่ได้ไม่คุ้มค่า และยิ่งอาจเกิดโทษได้อีกด้วย หากต้องการบริโภคควรปรึกษาแพทย์ก่อน

หลักการให้ยาในผู้สูงอายุ

พญ.วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์
สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ50) ผู้สูงอายุรับประทานยาอย่างน้อย 1 ชนิดทุกวัน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง และโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบ (เสื่อม) โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง สมองเสื่อม เบาหวาน การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุที่พบได้คือ ทั้งร่างกาย ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบย่อยอาหาร-น้ำดี ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงของทั้งร่างกาย

- มวลรวมร่างกายลดลง (Reduced total body mass)
- กระบวนการเผาผลาญพื้นฐานลดลง (Reduced basal metabolic rate)
- สัดส่วนของน้ำในร่างกายลดลง (Reduced proportion of body water)
- สัดส่วนไขมันของร่างกายเพิ่มขึ้น (Increased proportion of body fat)

ระบบไหลเวียนโลหิต

- cardiac output ลดลง
- เลือดเลี้ยงเนื้อเยื่อเปลี่ยนแปลง (Atered relative tissue perfusion)
- โปรตีนในพลาสมาลดลง (Decreased plasma protein binding)

ระบบกระเพาะอาหาร-ลำไส้

- ลดการสร้างกรดในกระเพาะอาหาร
- ลดการบีบตัว การย่อยของกระเพาะอาหาร ทางเดินอาหาร
- เลือดเลี้ยงทางเดินอาหารลดลง
- พื้นที่ดูดซึมอาหารลดลง

ตับและน้ำดี

- ขนาดตับเล็กลง
- เลือดไปตับลดลง
- ลดการสร้าง albumine
- Hepatic and biliary uptake / transport ?

หลักการทางเภสัชจลศาสตร์ (Pharmacokinetics)

หลักการทางเภสัชจลศาสตร์ คือ การจัดการของร่างกายเมื่อได้รับยา (What the body does to the drug) ประกอบด้วย

- การดูดซึม (absorption)
- การกระจายของยา (Distribution)
- การเผาผลาญ (Metabolism)
- การกำจัด การขับยา (Elimination / Excretion)

กระบวนการมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ สภาพของบุคคล โรค สิ่งแวดล้อม และยาอื่นๆ ที่ใช้ร่วมด้วย โดยรวมคือสถานภาพทางสรีระของผู้ป่วย (เช่น ภาวะโภชนาการ, hydration, cardiac output) และสุขภาพร่างกาย

การดูดซึม (Absorption) กระบวนการดูดซึมประกอบด้วย พื้นผิวดูดซึม ความเป็นกรดต่างในกระเพาะอาหาร splenic blood-flow การบีบตัวของกระเพาะอาหาร-ลำไส้ อย่างไรก็ตามการดูดซึมมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุไม่มากนัก

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

การเผาผลาญยา (Metabolism) การเผาผลาญยามีการเปลี่ยนแปลงตามอายุและบุคคล โดยส่วนใหญ่เกิดจากเอนไซม์ตับเปลี่ยนแปลง ขนาดตับลดลง 17-36 % และเลือดไปเลี้ยงตับลดลง 20-40 % ทำให้ภาพรวมการเผาผลาญที่ตับลดลง (Decline in metabolic capacity) เส้นทางหลักของการเผาผลาญยาที่ตับคือ

- ระยะที่ 1 การทำลายโดย cytochrome P 450 - oxidation, reduction ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ
- ระยะที่ 2 การ conjugate กับยาโดยกระบวนการ acetylation, glucuronidation, sulfation และ glycein conjugation ซึ่งกระบวนการนี้ไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุ

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

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

half-life ของยาอาจนานขึ้นในผู้สูงอายุ เพราะการกระจายและ clearance

$$\text{Half-life} = \frac{\text{Volume of distribution}}{\text{clearance}}$$

การคำนวณ Creatinine clearance

$$\text{Cr clearance} = \frac{(140 - \text{อายุ}) \times \text{น้ำหนัก (กก.)}}{\text{Serum Cr} \times 72}$$

(ผู้หญิง x 0.85 เพราะน้ำหนักกล้ามเนื้อน้อยกว่าชายประมาณ 15 %)

หลักการของเภสัชจลศาสตร์ (Pharmacodynamics)

หลักการของเภสัชจลศาสตร์ คือ ยาเข้าไปทำอะไรต่อร่างกายเรา “What the drug does to the body” โดยภาพรวมเมื่อเป็นผู้สูงอายุอาจต้องลดขนาดยาลงเพื่อให้ได้ผลของยาตามต้องการ ผู้สูงอายุมักมีความไวต่อยาที่กดระบบประสาทกลาง (depress the central nervous system) เช่น benzodiazepines และสามารถทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ได้ เช่น delirium, สับสน, agitation ในการให้ยา Psychoactive ต้องติดตามใกล้ชิดทั้งเรื่องขนาดและผลของยา ยาบางตัวมีความไวมากขึ้น อาจทำให้เกิดเลือดออกเมื่อได้รับ anticoagulant (โดยเฉพาะเมื่อได้ร่วมกับ NSAIDs, ASA) หรือความดันโลหิตตก (orthostatic hypotension) เมื่อได้ยาลดความดัน และ α blockers เป็นต้น

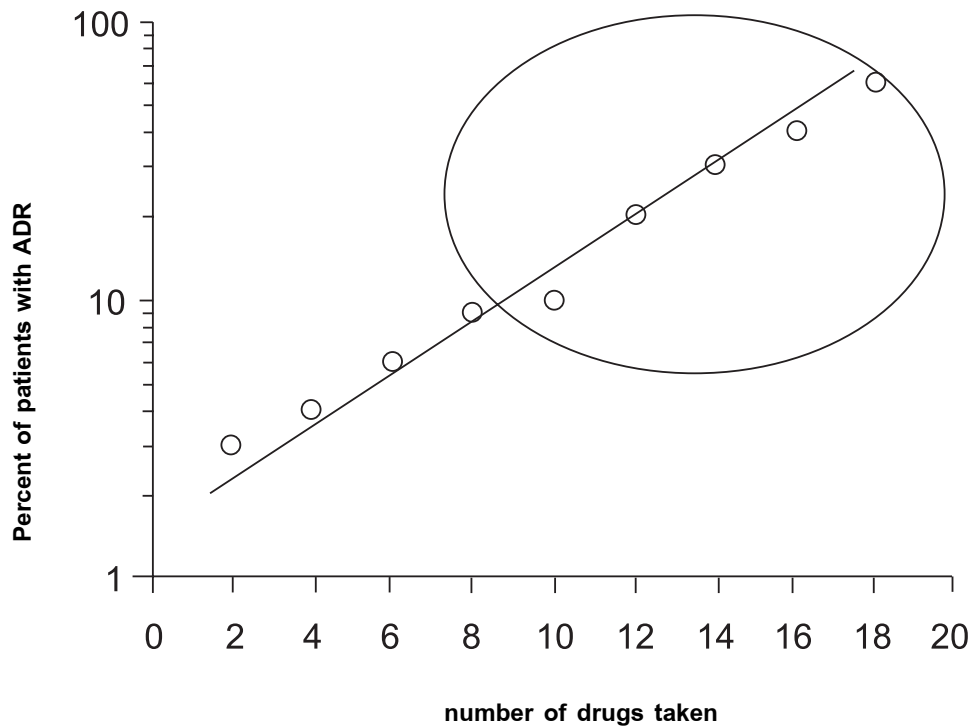
Potentially inappropriate medications for older adults

- Long acting benzodiazepines
- TCAs (Tricyclic antidepressants) with high anticholinergic effects ; amitriptyline, doxepine
- Flunaxizine
- Methyldopa
- Metoclopramide
- Diphenhydramine ควรหลีกเลี่ยง ; อาจทำให้ปากแห้ง, สับสน, ท้องผูก, urinary retention, delirium
- Thioridazine
- Short acting CCBS ; nifedipine
- Pentazocine, pethidine
- Digoxin ; ทำให้เบื่ออาหาร สับสน แพ้ เมื่อให้ที่ระดับรักษา (Therapeutic drug levels) การขับทางไตลดลง เพราะไตทำงานลดลงตามอายุ ให้ปริมาณ 0.125 mg/day มักเพียงพอ

การได้ยาหลายชนิด (Polypharmacy)

การได้ยาหลายชนิดเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ (adverse drug reactions) จึงควรทบทวน พิจารณารายละเอียดของยา แม้จะเป็นยาที่ซื้อมารับประทานเอง เช่น วิตามิน สมุนไพรที่ไม่พึงประสงค์ จากยาอาจมีอาการคล้ายอาการต่างๆ ไปที่คิดว่าเกิดได้ในผู้สูงอายุ เช่น

- เวียนศีรษะ (dizziness)
- สับสน (confusion)
- อ่อนล้า (fatigue)
- นอนไม่หลับ (insomnia)
- อยู่ไม่นิ่ง (unsteadiness)
- nervousness
- ง่วงงุน (drowsiness)
- หกล้ม
- ซึมเศร้า
- malaise
- กลั้นปัสสาวะ / อุจจาระไม่ได้



Mean elimination half-life (hours)

Drug	Young person	Older person
Diazepam	24	75
Chlordiazepoxide	10	30
Oxazepam	10	10
Lorazepam	12	12
Alprazolam	10	17
Imipramine	19	24
Amitriptyline	16	22
Desipramine	34	75
Nortriptyline	27	40

Half-lives of selected nonsteroidal antiinflammatory drugs

Drug	Tradename	Half-life (hr) with single dose
Mefenamic acid	Ponstan	2
Ibuprofen	Brufen	2
Ketoprofen	Orudis	2 - 4
Sulidac	Clinoril	8
Diflunisal	Dolobid	8 - 12
Naproxen	Naprosyn	13
Piroxicam	Feldene	50

ข้อแนะนำ (Prescribing Pearls)

ถ้าเป็นไปได้ ควรสั่งยา 1 ตัว ที่รักษาเพื่อแก้ปัญหาโรคที่มีมากกว่า 1 โรค เช่น

- Calcium channel blocker หรือ β -Blocker สำหรับรักษาความดันโลหิตสูง และ angina pectoris
- ACE-inhibitor เพื่อรักษาความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว และเพื่อป้องกันไตวายเบาหวาน
- Alpha-blocker เพื่อรักษาความดันโลหิตสูงและต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hypertrophy - BPH)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

น.พ.สถาพร ลีลานันทกิจ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอาศัยทีมงานในการดูแล ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขาวิชาชีพ อาทิเช่น แพทย์ พยาบาล นักบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัวผู้ใกล้ชิด อาจรวมถึงญาติมิตรผู้คุ้นเคยที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล พระหรือนักบวช ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพซึ่งอวัยวะที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตกำลังถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลังส่วนต้น) ระบบไหลเวียน และระบบหายใจ สำหรับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เจ็บหนัก ยังแบ่งออกเป็น เจ็บหนักมากและเจ็บหนักรองลงไป

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เจ็บหนักมาก ประกอบด้วย

1. หมดสติและคล้ำชีพจรไม่ได้
2. หอบเหนื่อยจนพูดไม่ได้ หรือหายใจช้าและลำบากมาก หรือหยุดหายใจ
3. ชักตลอดเวลาและ/หรือ
4. ตกเลือดอย่างรุนแรง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เจ็บหนักรองลงไป ประกอบด้วย

1. หมดสติ ชัก กระสับกระส่ายและ/หรือไม่ค่อยรู้สึกตัว
2. หายใจลำบาก หรือหายใจมากกว่า 30-40 ครั้ง/นาที หรือน้อยกว่า 3-4 ครั้ง/นาที
3. มือเท้าเย็น และมีเหงื่อตามใบหน้าและมือเท้า
4. ชีพจรเต้นๆ หยุดๆ หรือเต้นเร็วมากกว่า 160-180 ครั้ง/นาที หรือช้ากว่า 30-40 ครั้ง/นาที ร่วมกับอาการหอบเหนื่อย หนาวมีดเป็นลม
5. ความดันโลหิตที่สูงมากหรือต่ำมาก และ/หรือ
6. ไข้สูงมาก

ขั้นตอนของการตาย (Stages of Dying)

ขั้นตอนของการตาย อาศัยประสบการณ์ทางคลินิกและพื้นฐานหลัก 2 ประการ คือ

1. ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญหน้ากับความตายจะแสดงออกหรือเปิดเผยถึงสิ่งที่เป็นการผสมผสานกันระหว่างปฏิกิริยา (reactions) และการสนองตอบ (responses) ที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวของตัวผู้ป่วย ไม่ใช่จากผลของการวินิจฉัยโรค หรือเป็นขั้นตอนของขบวนการการตาย

2. จากความคืบหน้าของขบวนการการตายที่เด่นชัดขึ้น ไม่ใช่จากการเปลี่ยนแปลงของชนิดหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นเองเป็นธรรมชาติ แต่เป็นจากการตั้งใจในการทำให้ส่วนต่างๆ ของอารมณ์นั้นสลายไป

ขบวนการการตาย (The Three - Stage Model of the Process of Dying) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. **The initial stage หรือ acute crisis phase** เป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้ป่วยเริ่มเผชิญหน้าครั้งแรกกับความเป็นไปได้ของความตายจากโรคที่เป็นอยู่ ตัวผู้ป่วยอาจแสดงออกถึงอารมณ์ที่ผสมผสานกันเพื่อสนองตอบต่อ

สิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ โดยอารมณ์ที่สามารถถูกเลือกนำมาใช้ในขั้นตอนนี้มีมากมาย เช่น กลัว (fear) วิตกกังวล (anxiety) ตื่นตระหนก งงวย (shock) ไม่เชื่อ (disbelief) โกรธ (anger) ปฏิเสธ (denial) รู้สึกผิด (guilt) มีอารมณ์ขัน (humour) เกิดความหวัง / สิ้นหวัง (hope / despair) ตอรอง (bargain)

2. The middle หรือ chronic stage หรือ chronic living dying phase เป็นขั้นตอนที่ดำเนินต่อจากขั้นตอนแรก เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้ทำการแก้ไขเรื่องราวต่างๆ โดยเฉพาะปฏิกิริยาที่เกิดในช่วงแรกเริ่มได้รับการกระทำให้เบาบางหรือหมดไป ทั้งนี้อาจจะด้วยการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือไม่ก็ตาม มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถแก้ไขอารมณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกได้ และยังคงจมอยู่กับปฏิกิริยาต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งวาระสุดท้าย จำเป็นที่บุคลากรที่ให้การดูแลจะต้องให้การช่วยเหลือทันที สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนความเข้าใจบางอย่างบ่อยครั้งที่พบว่าความรุนแรงทางอารมณ์ที่สนองตอบต่อการรับรู้จะหายไป หรือบรรเทาเบาบางลง

ลักษณะสำคัญที่พบในขั้นตอนนี้คือ ความซึมเศร้า (depression) บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ที่รุนแรงในช่วงแรก และผู้ป่วยอาจแสดงอาการถดถอย โดยแสดงออกในลักษณะของการเฉื่อยชา ไม่แยแสต่อทุกสิ่งทุกอย่าง มีอาการซึมเศร้าอย่างเด่นชัด ในช่วงเวลาเช่นนี้ผู้ป่วยอาจต้องการได้รับความช่วยเหลือเป็นพิเศษจากผู้ชำนาญการ โดยเฉพาะผู้มีความเข้าใจทางด้านจิตใจ ซึ่งอาจต้องรวมถึงญาติและบุคคลในครอบครัวด้วย

ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะของการหวาดวิตก รวมถึงความกลัวด้วย ซึ่งความกลัวที่เกิดขึ้นมีหลากหลายสาเหตุ เช่น

- กลัวเนื่องจากไม่รู้จะเกิดอะไรขึ้น (fear of the unknown) เช่น จะเกิดอะไรกับร่างกายก่อนตาย อยู่ได้อีกนานเพียงใด ถ้าเป็นผู้นำครอบครัวจะห่วงกังวลว่าจะเกิดอะไรกับครอบครัว หากต้องตายจากไป ฯลฯ
- กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว (fear of loneliness)
- กลัวความเศร้าโศกเสียใจ (fear of sorrows)
- กลัวการต้องจากครอบครัวและญาติมิตร (fear of loss of family and friends)
- กลัวการสูญเสียบางส่วนของร่างกาย (fear of loss of body) ทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดี
- กลัวการสูญเสียระบบการควบคุมตนเอง (fear of loss of self - control) ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น
- กลัวการสูญเสียความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (fear of loss of identity)
- กลัวความทรมานและความปวด (fear of suffering and pain)
- กลัวการถดถอย (fear of regression)

3. The terminal stage เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้ป่วยโดยมากจะยอมจำนนและยอมรับกับชะตากรรม ซึ่งพบว่าเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ถ้าหากผู้ป่วยไม่พบมีความทุกข์ใดๆ เมื่อเข้าสู่ขบวนการของการตาย สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและญาติมิตรได้อย่างปกติสุข สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการตัดสินใจได้ตามปกติ ก็ไม่มีความจำเป็นที่ต้องเข้าช่วยเหลือ หรือทำให้ผู้ป่วยยอมรับว่าเขากำลังเข้าสู่ความตาย เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีสภาวะทางด้านร่างกายที่ทรุดลงอย่างชัดเจน อาจมีกระบวนการอีกกระบวนการหนึ่งเกิดขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการของการรำพึงรำพันของครอบครัวร่วมกับตัวผู้ป่วยถึงความเศร้าโศกที่จะต้องพลัดพรากจากกันอันเนื่องมาจากความตายที่กำลังคืบคลานเข้ามา (anticipatory grief) ซึ่งบ่อยครั้งที่พบว่าเป็นขบวนการที่มีประโยชน์ มีคุณค่า และจำเป็นอย่างมากในการทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีการปรับตัวร่วมกันต่อระยะสุดท้ายของชีวิตได้เป็นอย่างดีและทำให้ทุกอย่างดีขึ้น ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวในขณะเข้าสู่ขบวนการของ anticipatory grief จะประกอบด้วย

3.1 มีการแสดงออกถึงความวิตกกังวลและความเครียดอย่างมาก ประกอบด้วย การเสียใจ โกรธ โศกเศร้า ร้องไห้อย่างฟุ่มเฟือย รวมถึงการมีความรู้สึกว่าเป็นความผิด การแสดงออกของอารมณ์ต่างๆ จะเป็นไปอย่างเปิดเผยและอ่อนไหวต่อการถูกกระตุ้น

3.2 มีการพุดคุยถึงปรัชญาแห่งการมีชีวิตมากขึ้น พยายามทำให้เกิดความคุ้นเคยกับความตายให้มากขึ้น มีการใช้เวลาในการทำใจร่วมกัน

3.3 มีการพุดคุยและหวนรำลึกถึงสิ่งต่างๆ ที่ผ่านมาของชีวิตทั้งความสุขและความเศร้า

3.4 มีความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เคยผูกพันลึกซึ้งกันภายในครอบครัว

3.5 การพุดคุยและการรับรู้ซึ่งกันและกันจะอยู่กับเรื่องเฉพาะของอนาคตที่ไม่ห่างไกล

ดังนั้นในฐานะที่เป็นแพทย์ พยาบาล หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ทุกสายวิชาชีพ หรือแม้แต่คนในครอบครัว รวมถึงญาติมิตรของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงจำเป็นต้องมีส่วนในการกระทำหรือจัดหาวิธีการช่วยเหลือดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ ให้สามารถใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายอย่างมีความสุขสบายให้ได้มากที่สุด โดยไม่มีการเร่งหรือยืดเวลาของการตายออกไป

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care for the dying)

ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย เป้าหมายก็คือการช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ ไม่ปวด อาการต่างๆ ที่เป็นอยู่ได้รับการบรรเทาและช่วยให้สามารถอยู่ได้ด้วยความสะดวกสบายที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ โดยต้องคำนึงถึงและอยู่ภายใต้สิทธิของผู้ป่วย 10 ประการ ซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศอายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแต่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ-สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจ เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดามารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้ปกครองทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

โดยความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยยังมีสิทธิในการได้รับการปฏิบัติอื่นๆ อีกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพด้วย อาทิเช่น

1. ได้รับการดูแลที่เปี่ยมด้วยความเมตตา
2. เมื่อมีคำถาม จะได้รับคำตอบที่เป็นประโยชน์และความรู้
3. ได้รับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (จากวิธีการบำบัดที่จะได้รับก่อนที่เริ่มให้การบำบัดด้วยวิธีการชนิดใหม่)

4. ได้รับการบอกกล่าวให้รับรู้ถึงการมีวิธีการบำบัดชนิดอื่น (ทางเลือก)
5. ได้รับทราบก่อนว่า วิธีการบำบัดที่จะได้รับต่อไปมีความมุ่งหมายในการเป็นการทดลอง
6. สามารถปฏิเสธการบำบัดรักษาได้โดยไม่ต้องกลัวว่าจะถูกแพทย์ทอดทิ้ง
7. ได้รับการบำบัดหรือบรรเทาความปวดจากยาที่มีอยู่โดยไม่ต้องคำนึงถึงว่าจะก่อให้เกิดภาวะการติดยา

จากการสำรวจความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งว่า พวกเขาต้องการได้รับการปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ช่วยให้การดูแล ครอบครัว และผู้ใกล้ชิดอย่างไรบ้าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการ

1. ได้รับการดูแลและเอาใจใส่เช่นเดียวกับผู้ป่วยธรรมดาทั่วไปจนวินาทีสุดท้าย
2. ถึงแม้จะรู้ว่า การดูแลรักษาจะเปลี่ยนรูปแบบเป็นการดูแลแบบประคับประคอง แต่ก็ยังต้องการได้รับการดูแลและการพูดจาที่ให้เกิดความหวัง (แต่ไม่ใช่ใช้คำพูดที่หลอกลวง)
3. ได้รับการดูแลและให้การบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์หรือทรมานอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอาการปวด

4. ได้รับการปฏิบัติที่ทำให้เกิดการมีความรู้สึกว่ามี ความมั่นคงและปลอดภัย
5. ไม่ถูกกระทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ หรือสังคม
6. เป็นที่ยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ไม่ใช่ส่วนเกิน)
7. ได้รับความรักและความอบอุ่นจากผู้ใกล้ชิด และสามารถมีโอกาสได้แสดงถึงความรักต่อบุคคลใกล้ชิด

เช่นกัน

8. ได้รับสิทธิในการแสดงถึงความรู้สึกและอารมณ์เกี่ยวกับความตายในรูปแบบของตนเอง
9. มีสิทธิในการคาดหวังว่ายังคงได้รับการดูแลรักษาในรูปแบบของการรักษาอย่างเต็มรูปแบบ ถึงแม้จุดมุ่งหมายในการบำบัดจะถูกมุ่งไปสู่การบำบัดเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์และให้มีความสุขสบายตามอัตภาพเท่านั้น

10. เมื่อมีปัญหาต้องการได้รับคำตอบหรือคำอธิบายอย่างตรงไปตรงมา ไม่หลอกลวง และสามารถออกความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่และวิธีบำบัด

11. มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและดูแลจากครอบครัว รวมถึงการทำให้ครอบครัวยอมรับถึงการตาย
12. มีสิทธิที่จะตายอย่างสงบ อย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (การทำพินัยกรรมชีวิต)
13. มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากบุคคลที่มีความรู้และเข้าใจถึงความต้องการ รวมถึงการมีความอ่อนไหวที่จะพยายามให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับความพึงพอใจจนวาระสุดท้าย

14. มีสิทธิในการพูดคุยถึงความเชื่อ ศาสนา จิตวิญญาณอย่างอิสระ แม้จะไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้อื่น

15. ยังคงมีสิทธิในการเป็นปัจเจกบุคคล มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจในทุกกรณี ถึงแม้การตัดสินใจนั้นอาจไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้อื่น หรืออาจไม่ถูกต้องก็ตาม

16. ไม่ถูกลบไล้ให้เสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว

17. ได้รับการเคารพในร่างกาย แม้ขณะที่สิ้นลมหายใจ

จากผลการสำรวจข้างต้น พอสรุปได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการที่จะได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ มีความรู้สึกปลอดภัย ต้องการได้รับการยอมรับ สามารถให้และได้รับความรัก ไม่ถูกถือว่าเป็นภาระของญาติมิตรหรือบุคลากรทางการแพทย์ สามารถได้รับการอธิบายและถกกันถึงอาการที่เป็นอยู่ และถูกจัดให้มีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในขบวนการตัดสินใจ

คำนิยามขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับ “Palliative Care” บางประการที่ควรนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

- ให้การบรรเทาความปวดและอาการอื่นที่ก่อให้เกิดความทุกข์
- ให้คำนึงถึงการมีชีวิตและความตายให้เป็นไปตามกระบวนการปกติของธรรมชาติ ไม่ช่วยเร่งหรือเหนี่ยวรั้งการเสียชีวิต

- นำเอาการดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณเข้ามารวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย
- จัดให้มีระบบสำหรับช่วยเหลือคำจูนแก่ผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขมากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้อันจนวาระสุดท้าย

- จัดให้มีระบบสำหรับช่วยเหลือคำจูนแก่ครอบครัวผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และช่วงเวลาโศกเศร้าจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

- เข้าช่วยเสริมด้านคุณภาพชีวิต และอาจช่วยชักจูงให้ไปในทิศทางที่เป็นบวกตลอดช่วงเวลาของการป่วยไข้
- จัดให้มีทีมงานเข้าหาเพื่อค้นหาถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการช่วยให้คำปรึกษาในช่วงโศกเศร้าจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตถ้ามีข้อบ่งชี้

นอกจากนี้ ผู้ให้การบำบัดจำเป็นต้องบอกให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่า แผนการบำบัดที่จะทำให้มีอะไรบ้าง มีข้อดีข้อเสียอย่างไรบ้าง โดยเฉพาะการเน้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่า ในทางการแพทย์ไม่มีแผนการบำบัดใดที่ถูกต้องหรือผิดอย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยสามารถขอยุติหรือให้ปรับเปลี่ยนวิธีการบำบัดเมื่อใดก็ได้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตัวผู้ป่วยจะเป็นผู้วางเป้าหมายแรกที่ต้องการ และเป็นผู้ให้การตัดสินใจในขั้นตอนสุดท้าย การตัดสินใจเลือกถึงวิธีการบำบัดชนิดใดของผู้ป่วยถือวิธีการบำบัดชนิดนั้นว่าเป็นวิธีการบำบัดที่ถูกต้อง และต้องยอมรับถึงสิทธิของผู้ป่วยโดยเฉพาะความต้องการของผู้ป่วยย่อมต้องมาก่อนอื่นใด

สิ่งที่ผู้ให้การบำบัดควรนำมาพิจารณาคือ ความเหมาะสมกับวิธีการบำบัดที่เลือกใช้ปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย

1. สภาพของผู้ป่วย ตั้งแต่สภาพทั่วไปของร่างกาย ระยะของโรคที่เป็นอยู่ และการคาดหมายของการมีชีวิตอยู่รอดต่อไปอีกยาวนานเพียงใด

2. มาตรการของการบำบัด จุดมุ่งหมายของการบำบัดเป็นไปในทิศทางใด อัตราของความสำเร็จของการบำบัดชนิดนั้นๆ ที่ผ่านมามีมากน้อยเพียงใด และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นมีมากน้อย และรุนแรงเพียงใด

3. ประโยชน์ที่คาดหมายว่าจะได้จากมาตรการการบำบัดเป็นเพียงแคื่อยืดอายุผู้ป่วยให้อยู่ยาวนานขึ้น หรือทำให้อาการที่เป็นอยู่ทุเลาเท่านั้น หรือเป็นเพียงแค่การทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เป็นการลดภาวะที่ทุกข์ทรมานในช่วงสุดท้ายของชีวิต และทำให้สามารถตายได้อย่างสงบ

4. มีความเสี่ยงเพียงใดในการยืดเวลาการตายออกไปหรือเร่งให้ตายเร็วขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิดความทุกข์ในช่วงท้ายของชีวิต และทำให้ตายอย่างไม่สงบสุข

ในปี ค.ศ. 1975 Cassem HN. ได้ศึกษาถึงสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรมีให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย สรุปลอกมามี 9 ประการ คือ

1. Competence มีความสามารถในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความวิตกกังวล และทำให้เกิดความเชื่อมั่นต่อการรักษาที่ได้แนะนำ

2. Concern ให้ความสนใจ ใส่ใจต่อความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว

3. Comfort ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีความสบาย ไม่เกิดความทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

4. Communication มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องที่น่ามาพูดคุยต้องมีความเหมาะสม จริงใจ ถูกต้องกับกาลเทศะ รวมถึงการสื่อสารควรเป็นไปในรูปแบบในฐานะความเป็นบุคคลที่เท่าเทียมกัน ไม่ใช่ฐานะบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย

5. Children หากการป่วยไข้อย่างไรเป็นโรคติดต่อหรือน่ากลัว การให้ลูกหลานที่อยู่ในวัยเด็กได้มีโอกาสเข้ามาเยี่ยมเยียน จะช่วยเป็นการบำรุงกำลังใจ

6. Family cohesion and integration การจัดให้คนในครอบครัวและคนสนิทได้มีโอกาสอยู่ร่วมกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายตลอดเวลา นอกจากจะหมายถึงความอบอุ่น ความผูกพัน ความแนบแน่นในครอบครัวแล้วยังช่วยทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง

7. Cheerfulness ให้การปลอบใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความผ่อนคลาย

8. Consistency and perseverance ให้การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะการไปเยี่ยมเยียน

9. Equanimity (calmness of mind and temper) จัดหาสิ่งที่สามารถทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความสุกทั้งทางด้านจิตใจและอารมณ์

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องมีผู้ช่วยให้การดูแล และบุคลากรเหล่านี้จำเป็นต้องมีทักษะพิเศษบางประการ อาทิเช่น

1. มีทักษะในการสื่อสาร และเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ได้รับการดูแล

2. จะต้องมีความรู้ในความเป็นมนุษย์ (ในฐานะการเป็นบุคคล) ซึ่งจะต้องมีความเข้าใจถึงเรื่องของภาวะทุกข์โศก และการสูญเสีย

3. มีความไวต่อความรู้สึก และให้ความเห็นอกเห็นใจ

4. มีความสามารถที่จะอยู่กับผู้ใกล้ตายโดยไม่จำเป็นต้องช่วยทำอะไร

5. เข้าใจและตระหนักถึงข้อจำกัด และความแตกต่างของแต่ละบุคคล

บทบาทของแพทย์กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ให้การดูแลผู้ป่วยรวมถึงสมาชิกในครอบครัวที่พักร่วมกับผู้ป่วย

2. ให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ทั้งในช่วงพักอยู่ที่บ้าน ในโรงพยาบาล หรือในสถานที่รับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ (HOSPICE)

3. วางแผนและให้ความร่วมมือกับคนในครอบครัวผู้ป่วย ในการให้การดูแลแบบประคับประคองทุกรูปแบบที่บ้าน

4. ขอความร่วมมือจากพยาบาลที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ผู้ป่วยพักอาศัย

5. ขอความเห็นจากผู้ชำนาญการ เมื่อเจอปัญหาที่ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยตนเอง

6. ให้ความใส่ใจทางด้านจิตใจ รวมถึงด้านสังคมแก่ผู้ช่วยให้การดูแลและคนในครอบครัวผู้ป่วย

7. ติดตามและจัดหาเครื่องมือของใช้สำหรับผู้ป่วยในขณะที่พักรักษาตัวที่บ้าน

8. มีความพร้อมในการรับผิดชอบต่อสิ่งต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน พร้อมทั้งจะให้คำอธิบายแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านตลอดเวลา

9. สิ่งสุดท้ายที่สำคัญคือ บทบาทของการที่สามารถพิจารณาให้การบำบัดที่สมควร หรือหยุดให้การบำบัดที่ไม่จำเป็นกับผู้ป่วยกลุ่มนี้

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. พยาบาลต้องสามารถสร้างบรรยากาศ ให้เกิดความรู้สึกที่อุ่นใจแก่ผู้ป่วยและทีมสุขภาพ โดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม

2. รู้วิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงอย่างเอาใจใส่ โกล้ซิด และทันการ แต่ต้องไม่หลงลืมว่าผู้ป่วยหนักยังมีความต้องการศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อยู่

3. พยาบาลควรรู้จักมุ่งหมายของการดูแลจากแพทย์หรือเจ้าของไข้ และสามารถอธิบายกับผู้ป่วยและญาติได้ สามารถทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อรายงานแก่แพทย์และการวางแผนการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

4. พยาบาลต้องสามารถเข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยและญาติหลังทราบความจริงของโรค เช่น การปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริงโดยการแสดงอาการโกรธ กลัว หรือป้ายความผิดให้ผู้อื่น และเมื่อยอมรับได้จะมีระยะเวลาการซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงจนกว่าจะสามารถยอมรับความจริงได้ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีจิตใจสบายขึ้น และสามารถผ่านวาระสุดท้ายได้สงบและสมศักดิ์ศรี

5. พยาบาลควรมีความสัมพันธ์โกล้ซิดกับผู้ป่วยและญาติสนิท เพื่อให้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เช่น การฝึกฝนการช่วยดูแลผู้ป่วย การช่วยจัดเวลาเยี่ยมให้สะดวกและเหมาะสม หรือการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ความตายเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่มนุษย์ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงนี้ได้ ทุกคนมักกลัวกระบวนการก่อนตาย (Dying process) เช่น กลัวความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวการพลัดพรากจากผู้ที่รัก และกลัวสิ่งที่ไม่รู้เบื้องหลังการตาย พระบรมศาสดาในพุทธศาสนาทรงสอนให้ระลึกถึงความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดา เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติเช่นเดียวกับการเกิด เจริญเติบโต แก่ และเจ็บป่วย พระองค์ทรงสอนว่าปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้เป็นทุกข์ ทุกข์ในที่นี้มีความหมายทั้งในลักษณะที่ทนสภาพไม่ได้ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงไป และเป็นสภาวะที่ก่อให้เกิดความทุกข์โทมนัส (พระธรรมปิฎก, 2539 : 825) การพิจารณาคำสอน การปฏิบัติตามคำสอน โดยการเตรียมตัวให้พร้อมเพื่อเผชิญกับความตาย จะช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ประมาท เข้าใจโลกและชีวิต สามารถเผชิญวาระสุดท้ายได้อย่างกล้าหาญและมีใจสงบ

การดูแลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย (Looking After Carers)

ผู้ดูแลคือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 (One to one relationship) อาจเคยมีความรู้หรือผ่านการอบรมในด้านการดูแลมาก่อน และให้การดูแลโดยไม่หวังผลตอบแทน อาจเป็นสามีหรือภรรยา ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วยก็ได้

อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้น นอกจากการร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยแล้ว อีกส่วนหนึ่งจะมาจาก การดูแลเอาใจใส่ที่ดีและถูกต้องของผู้ดูแลด้วย ผู้ดูแลจะเข้ารับหน้าที่แทนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล หากผู้ดูแลขาดความรู้ในเรื่องการดูแลแล้ว อาการป่วยของผู้ป่วยก็จะได้ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง และอาจทำให้อาการป่วยที่เป็นอยู่นั้นทรุดลง การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักมากสำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติมาก่อน ต้องใช้ความพยายามและความอดทนค่อนข้างสูง สิ่งสำคัญที่สุดที่ผู้ดูแลควรระลึกไว้เสมอคือ การจะให้การดูแลผู้อื่นได้ ผู้ดูแลควรต้องมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี และดูแลรักษาสุขภาพตนเองให้ได้อยู่เสมอ

การดูแลตนเองของผู้ดูแลแบ่งออกเป็นหลายๆ ด้าน ดังนี้

1. การดูแลตนเอง (Self-care) เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจะต้องมีการวางแผนและตรวจสอบภาวะสุขภาพผู้ดูแล จะต้องกระตุ้นให้ผู้ดูแลตระหนักในภาวะสุขภาพของตนเองก่อน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพูดคุยถึงภาวะสุขภาพของตนเอง โดยเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจะเป็นผู้เสนอการให้การช่วยเหลือ ปรับปรุง แนะนำให้ผู้ดูแลหมั่นดูแลภาวะสุขภาพร่างกายของตนเอง

2. การดูแลภาวะสุขภาพร่างกาย (Physical health) ผู้ดูแลควรมหาเวลาสำหรับตนเองในการเตรียมอาหาร การนั่งรับประทานอาหารอย่างมีความสุข ประกอบด้วยสารอาหารครบ 5 หมู่ อาหารที่มีเส้นใยมาก ควรรับประทานวันละ 3 มื้อ รับประทานเพียงแต่พอประมาณ

3. การออกกำลังกาย (Exercise) ควรออกกำลังกายที่เป็นจังหวะติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และทำให้กล้ามเนื้อกระชับเพิ่มขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย และยังเป็นการผ่อนคลายอารมณ์อีกด้วย

4. อาการปวดหลัง (Backache) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเคลื่อนไหว การยกตัวผู้ป่วย โดยใช้วิธีไม่ถูกต้องและเกินกำลังของตนเอง อาการปวดหลัง มักเป็นอาการแสดงออกทางกายที่มีสาเหตุมาจากภาวะจิตใจ (Psychosomatic) หรือเป็นอาการแสดงออกที่มีสาเหตุเนื่องมาจากภาวะเครียด ซึ่งเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาระนั้นๆ เจ้าหน้าที่ควรให้การแนะนำเรื่องวิธีการยกและการเคลื่อนไหวผู้ป่วยที่ถูกต้อง

5. การนอนหลับ (Sleep) ปกติคนเราต้องการเวลานอนหลับ 6-8 ชั่วโมงต่อคืน หากนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอจะมีอารมณ์หงุดหงิด การอดนอนเป็นประจำเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยจะมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ดังนั้นควรแนะนำให้ผู้ดูแลหาเวลาพักผ่อนนอนหลับเป็นประจำทุกวัน เตือนผู้ดูแลไม่ให้ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือยานอนหลับ ถ้าผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องนอนหลับทุกคืนควรรีบปรึกษาแพทย์

6. ภาวะจิตใจ (Mental state) แนะนำให้ผู้ดูแลสังเกตภาวะสุขภาพจิตของตนเอง รู้สึกกระตือรือร้นหรือไม่ ขณะนอนหลับถูกรบกวนหรือไม่ หงุดหงิดไม่โหง่สบายหรือไม่ และรู้สึกอยากหนีจากสิ่งเหล่านั้นหรือไม่ ปกติคนเราอาจมีความรู้สึกเหล่านี้ได้เป็นบางครั้งในช่วงระยะเวลาสั้น แต่ถ้าเป็นนานจะทำให้สุขภาพจิตเสียได้ ควรแนะนำให้ผู้ดูแลพยายามพูดคุยระบายกับเพื่อนหรือคนที่เข้าใจและไว้วางใจได้ และผู้ดูแลควรสังเกตว่าตนเองเริ่มติดยาระงับประสาท เครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน แอลกอฮอล์ บุหรี่ รับประทานอาหารจุหรือไม่ ให้ฟังระวัง และรีบปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

7. ภาวะเครียด (Stress) ภาวะเครียดเล็กๆ น้อยๆ จะช่วยทำให้เรามีภาวะตื่นตัว (alert) หากปราศจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการท้าทายแล้วเราก็จะเป็นคนเฉื่อยชา หากมีการเครียดนานๆ จะทำให้เราเกิดความอ่อนเพลียถาวร และจะส่งผลกระทบต่อ

- การทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ดูเหมือนต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้น
- สูญเสียความรู้สึกในการประเมินสภาพปัญหา
- รู้สึกไม่สามารถเผชิญกับสิ่งต่างๆ ได้
- ไม่สนุกสนานรื่นเริง
- มีปัญหาในการนอนหลับ

ในช่วงที่มีภาวะเครียดร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อาจทำให้เกิดปัญหาโรคหัวใจ ควรแนะนำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ผ่อนคลายความเครียด โดยการหยุดพักจากงานดูแลที่ทำอยู่สักระยะหนึ่ง หากไม่สามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้อีกแล้ว แนะนำให้ปรึกษาจิตแพทย์

8. อาการหงุดหงิดรำคาญ (Irritability) ผู้ดูแลอาจมีอาการหงุดหงิดรำคาญ แต่เมื่อผ่านไปสักพักก็มักจะรู้สึกเสียใจกับอารมณ์ของตนเองที่แสดงออกมา และมักจะโทษตัวเองอยู่เสมอ

9. การดูแลรักษาชีวิตของผู้ดูแล (Preserving a life of carer) ผู้ดูแลมักจะอุทิศและทุ่มเทร่างกายและใจในการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งไม่มีเวลาออกไปพบปะใครๆ นอกจากเพื่อนที่สนิทจริงๆ ดังนั้นผู้ดูแลควรจะคงการติดต่อสื่อสารกับบุคคลรอบข้างไว้ เพื่อให้คงความรู้สึกดีๆ ไว้ ซึ่งความสัมพันธ์นี้จะมีผลดีต่อผู้ดูแล

สิ่งจำเป็นที่ต้องมีก็คือ ผู้ดูแลควรได้รับการหยุดพักจากภาวะที่รับผิดชอบชั่วคราว การตัดสินใจหยุดพักหลังจากที่ร่างกายจะทนต่อไปไม่ได้แล้วมักจะไม่ได้ผล แต่การหยุดพักผ่อนอย่างสม่ำเสมอโดยการวางแผนล่วงหน้า โดยที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนรับรู้จะทำให้เป็นการพักผ่อนที่มีคุณค่าและได้ประโยชน์ต่อการกลับมาดูแลผู้ป่วยหลังจากนั้น หากมีสมาชิกครอบครัวคนอื่นสามารถดูแลผู้ป่วยแทนได้ ควรจะจัดหาเวลาหยุดพักระยะสั้นๆ สำหรับผู้ดูแล

สิ่งที่ผู้ดูแลควรคำนึงถึง (Things need to be concerned)

สิ่งที่ผู้ดูแลควรตระหนักถึงนอกจากตัวผู้ป่วยแล้วก็คือการคำนึงถึงความต้องการของตนเอง ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

1. ไม่ควรรู้สึกผิดในการพูดถึงความต้องการของตนเอง เช่น ต้องการหยุดพัก ต้องการมีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่ควรแยกตัว ควรพยายามติดต่อรักษาสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัวไว้ ฟังระลึกไว้เสมอว่าผู้ดูแลจะให้การดูแลอย่างต่อเนื่องได้ดีก็ต่อเมื่อได้บรรลุในสิ่งที่ตนเองต้องการก่อน

2. ไม่เป็นสิ่งที่ผิดที่ผู้ดูแลจะแสดงอารมณ์ออกมา เช่น โกรธ โมโห ชื่นเคือง เศร้าโศก ไม่ควรอายที่จะแสดงอารมณ์ออกมา เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่หนักเกือบถึงวันละ 24 ชั่วโมง ต้องใช้ความอดทนอย่างสูง ผู้ดูแลจึงควรต้องหาเวลาหยุดพักบ้าง เพื่อป้องกันอาการป่วยทางร่างกายและจิตใจ

3. ควรกล้าที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้ดูแลควรคิดอยู่เสมอว่าการขอความช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วยนั้นไม่ใช่เรื่องของการเห็นแก่ตัว เพราะหากผู้ดูแลไม่เอาใจใส่ในความต้องการของตนเองแล้ว จะทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปนานๆ ได้

แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

ชื่อ.....นามสกุล.....

ชุมชน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

1. เพศ ชาย หญิง

2. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

3. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก (กิโลกรัม) / ส่วนสูง (เมตร)² =กิโลกรัม/เมตร²

น้ำหนักปกติ (BMI = 18.5 - 24.9 กิโลกรัม/เมตร²) ผอม (BMI < 18.5 กิโลกรัม/เมตร²)

น้ำหนักเกิน (BMI = 25.0 - 29.9 กิโลกรัม/เมตร²) โรคอ้วน (BMI ≥ 30 กิโลกรัม/เมตร²)

4. ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

ปกติ สูงกว่าปกติ

*(ความดันโลหิตปกติ 138/85 มิลลิเมตรปรอท)

5. จับสัญญาณชีพ.....ครั้ง/นาที

6. ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS).....mg/dL

*(ค่าปกติ 70-110 mg/dL)

7. โรคประจำตัว

ไม่มีโรค มีโรค ระบุโรค.....

8. ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเอง

แข็งแรงดีมาก แข็งแรงดี พอใช้ ไม่แข็งแรง

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

1. สูบบุหรี่

ไม่เคยสูบ

เคยสูบ.....มวน/วัน เป็นเวลา.....ปี เลิกมา.....ปี

ปัจจุบันสูบเป็นบางครั้ง.....มวน/วัน

ปัจจุบันสูบทุกวัน.....มวน/วัน

2. ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ดื่ม ดื่มบางครั้ง ดื่มทุกวัน.....แก้ว/วัน

3. การออกกำลังกาย ไม่ออกกำลังกาย เป็นบางครั้ง ออกกำลังกายทุกวัน

การประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน

(ADL = Activity Daily Living / IDL = Instrument Daily Living)

กิจวัตรประจำวัน	0	1	2
1. อาบน้ำ (0 = ทำได้เองโดยสมบูรณ์, 1 = ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย, 2 = ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย)			
2. แต่งตัว / ใส่เสื้อผ้า (0 = ทำได้เองโดยสมบูรณ์, 1 = ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย, 2 = ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย)			
3. ใช้ห้องสุขา (0 = ทำได้เองโดยสมบูรณ์, 1 = ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย, 2 = ต้องช่วยเหลือเต็มที่/ทำเองไม่ได้เลย)			
4. ลุกนั่ง/ลุกจากที่นอน (0 = ทำได้เองโดยสมบูรณ์, 1 = ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย, 2 = ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย)			
5. ออจากระ/ปัสสาวะรด (0 = ไม่เคย, 1 = ครั้งคราว, 2 = ประจำ)			
6. กินอาหาร (0 = กินเองได้, 1 = ต้องช่วยเหลือ, 2 = ไม่สามารถกินเองได้ ต้องป้อน)			
7. ใช้โทรศัพท์ หมุนโทรศัพท์, รับสายโทรศัพท์, บอกกล่าวข้อความที่ส่งมาทางโทรศัพท์ได้ (0 = ทำได้เองโดยสมบูรณ์, 1 = ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย, 2 = ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย)			
8. ใช้รถ / การเดินทาง (0 = ทำได้เองโดยสมบูรณ์, 1 = ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย, 2 = ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย)			
9. จับจ่ายซื้อของ (0 = ทำได้เองโดยสมบูรณ์, 1 = ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย, 2 = ต้องช่วยเหลือเต็มที่/ทำเองไม่ได้เลย)			
10. การหุงหาอาหาร ความสามารถในการทำกับข้าวเองหรืออุ่นอาหารที่ทำเสร็จแล้ว (0 = ทำได้เองโดยสมบูรณ์, 1 = ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย, 2 = ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย)			
11. การทำงานบ้าน ทำความสะอาดดูแลบ้านเรือน (0 = ทำได้เองโดยสมบูรณ์, 1 = ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย, 2 = ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย)			
12. หยิบยา กิน (0 = ทำได้เองโดยสมบูรณ์, 1 = ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย, 2 = ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย)			
13. การใช้เงิน ทอนเงิน (0 = ทำได้เองโดยสมบูรณ์, 1 = ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย, 2 = ต้องช่วยเหลือเต็มที่ / ทำเองไม่ได้เลย)			

หมายเหตุ : การประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นการประเมินเปรียบเทียบสมรรถนะของตนเองในแต่ละช่วงเวลา เพื่อเป็นประโยชน์ในการให้บริการทางการแพทย์ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

การคัดกรองสุขภาพ

ประเภท		ใช่	ไม่ใช่
1. อารมณ์	รู้สึกซึม / เศร้า / เซ็ง ท้อแท้ใจ / ขาดความสนใจ / ไม่มีความสุข		
2. ความจำ	บอกสิ่งของ 3 อย่าง หลังจากจับฟัง 1 นาที		
3. การเคลื่อนไหว	ให้ลุกจากเก้าอี้ เดิน 10 ฟุต (ประมาณ 3-4 เมตร) หันหลังกลับมาสิ่งที่เดิมในเวลา 15 วินาที (ถามสิ่งของ 3 อย่าง ที่ได้บอกไปแล้วในข้อ 2)		
4. อาหาร / น้ำหนัก	น้ำหนักลด ~ 4 กิโลกรัม ในช่วง 6 เดือน (ไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนัก)		
5. กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	1. ใน 1 ปีที่ผ่านมา มีปัญหากลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (ถ้าใช่ตอบข้อ 2) 2. ช่วง 6 วันที่ผ่านมา มีปัญหากลั้นปัสสาวะไม่อยู่		

ตารางแสดงค่าดัชนีมวลกาย

ส่วนสูง (เซนติเมตร)	BMI=18.5 น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	BMI=25 น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	BMI=30 น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)
150	41.6	56.2	67.5
151	42.2	57.0	68.4
152	42.7	57.7	69.3
153	43.3	58.5	70.2
154	43.9	59.3	71.1
155	44.4	60.1	72.1
156	45.0	60.8	73.0
157	45.6	61.6	73.9
158	46.2	62.4	74.9
159	46.8	63.2	75.8
160	47.4	64.0	76.8
161	47.9	64.8	77.7
162	48.5	65.6	78.7
163	49.1	66.4	79.7
164	49.7	67.2	80.6
165	50.3	68.1	81.7
166	50.9	68.9	82.7
167	51.6	69.7	83.7
168	52.2	70.6	84.7
169	52.8	71.4	85.7
170	53.5	72.2	86.7
171	54.1	73.1	87.7
172	54.7	73.9	88.7
173	55.4	74.8	89.8
174	56.0	75.7	90.8
175	56.6	76.6	91.8
176	57.3	77.4	92.9
177	57.9	78.3	93.5
178	59.3	79.2	95.0
179	59.6	80.1	96.1
180	59.9	81.0	97.2

การประเมินกิจวัตรประจำวัน

กิจวัตรประจำวัน	0	1	2
1. อาบน้ำ (ต้องเตือน / ควบคุม, ต้องช่วย)			
2. แต่งตัว (ต้องเตือน / ควบคุม, ต้องช่วย)			
3. ใช้ห้องน้ำ (ต้องเตือน / ควบคุม, ต้องช่วย)			
4. ลุกนั่ง (ลุกจากเตียง, เก้าอี้, รถเข็น, ขึ้นบันได)			
5. อูจาระ / ปัสสาวะรด (0 = ไม่เคย, 1 = ครั้งคราว, 2 = ทุกวัน)			
6. กินอาหาร (ต้องเตือน / ควบคุม, ต้องช่วย)			
7. ใช้โทรศัพท์ (หมุนโทรศัพท์, รับสายโทรศัพท์, บอกกล่าวข้อความที่ส่งมาทางโทรศัพท์ได้)			
8. ใช้รถ / เรือสาธารณะ หรือการเดินทาง (รวมถึงเดินจากบ้านเข้าไปในชุมชน, ใช้รถเมล์, ขึ้นแท็กซี่, โดยสารเรือ, ขี่จักรยาน : 0 = ทำได้เอง, 1 = ต้องมีคนช่วย/ควบคุม, 2 = ทำไม่ได้)			
9. จับจ่ายซื้อของ (0 = ทำได้ด้วยตัวเอง, 1 = ต้องมีคนไปด้วยหรือควบคุม, 2 = ทำไม่ได้)			
10. การหุงหาอาหาร (ความสามารถในการทำกับข้าวเองหรืออุ่นอาหารที่ทำสำเร็จแล้ว)			
11. การงานบ้าน (ต้องช่วย, ทำงานบ้านได้อย่างเสร็จสมบูรณ์หรือไม่)			
12. หยิบยากิน (ต้องเตือน / ควบคุม, ต้องหยิบยาให้กิน, หยิบยาได้ถูกต้อง)			
13. การใช้เงิน (ทอนเงินถูก, ใช้จ่ายเงินที่มีหรือเงินที่ลูกหลานให้ไว้ใช้ได้ถูกต้องใช้จ่ายเงินได้เอง)			

หรือต้องมีคนดูแลควบคุม หรือใช้จ่ายเงินที่ให้ไว้ไม่ได้เลย)

0 = ทำได้เองโดยสมบูรณ์

1 = ต้องช่วยควบคุมหรือช่วยเหลือเล็กน้อย

2 = ทำได้โดยต้องช่วยเต็มที่ หรือทำเองไม่ได้เลย

เอกสารอ้างอิง

Int Psychogeriatr. 2003 Jun ; 15(2) :135-48.

A new measurement of activities of daily living for Thai elderly with dementia.

Senanarong V, Harnphadungkit K, Prayoonwiwat N, Pongvarin N, Sivasariyanonds N, Printarakul T, Udompunthurak S, Cummings JL.

คลินิกผู้สูงอายุในทัศนะของพยาบาล

ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทนำ

ถึงแม้ว่าคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทยได้มีการจัดตั้งครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2506 (กสพ. 2545) แต่มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐเพียงร้อยละ 40 โดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าในโรงพยาบาลชุมชน (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ, 2545) จนกระทั่งในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้มีการบรรจุการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 3 คือ ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยมาตรการที่ 4.6 ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า “จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยสูงอายุ และสถานบริการสุขภาพเรื้อรัง สำหรับผู้สูงอายุที่เพียงพอแก่การให้บริการและสามารถรองรับปัญหาในผู้สูงอายุ”

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผน รัฐบาลจึงได้กำหนดนโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดตั้งแต่ 60 เตียงขึ้นไป และคาดว่าจะจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเพิ่มครบร้อยละ 100 ภายในปี 2549 (กสพ. 2545)

คลินิกผู้สูงอายุแบบดั้งเดิม (Traditional or Conventional Geriatric Clinic)

โดยทั่วไปจะพบว่าคลินิกผู้สูงอายุมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังต่อไปนี้

1. สถานที่ตั้ง คลินิกผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในโรงพยาบาล (Hospital based) ซึ่งมีไว้บริการผู้สูงอายุโดยตรง แต่หลายแห่งยังไม่ได้แยกคลินิกผู้สูงอายุออกมาชัดเจน ยังคงรวมอยู่ในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไป

2. บุคลากร (Staff) พบว่าแพทย์ที่ให้บริการตรวจรักษาเพียงบางส่วนเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์อายุรกรรมทั่วไป และบางท่านไม่เคยผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุมาก่อน

3. การเปลี่ยนสถานบริการของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาโดยมีการทดลองไปรักษาตามโรงพยาบาลต่างๆ ที่เห็นว่ามีชื่อเสียง ตระเวนไปหาแพทย์ที่เห็นว่าเก่ง หรือเลือกการรักษาแบบแผนไทยตามความต้องการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนั้นๆ

ปัญหาที่พบในคลินิกผู้สูงอายุ

ปัญหาที่พบในคลินิกผู้สูงอายุโดยทั่วไปพบว่ามีปัญหาที่คล้ายคลึงกันดังต่อไปนี้

1. ขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จนถึงปัจจุบันมีแพทย์ที่จบทางด้านผู้สูงอายุในประเทศไทยไม่ถึง 20 คน จึงไม่สามารถรองรับจำนวนและสัดส่วนประชากรที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องได้

2. การทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในคลินิกผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะมีเพียงแพทย์เป็นผู้ตรวจผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการวินิจฉัยโรคและการรักษาอาการเจ็บป่วยเป็นหลัก เนื่องจากจำนวนผู้มาขอรับบริการค่อนข้างมากในแต่ละวัน ทำให้การประเมินยังไม่ครอบคลุมถึงปัญหาและความต้องการด้านอื่นๆ เช่น ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ปัญหาการดูแลของผู้ดูแล หรือปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

3. การดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม ถึงแม้จะมีนโยบายการทำงานของคลินิกผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการตรวจรักษา แต่ยังคงขาดความครอบคลุมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและการบริการต่อเนื่องสู่ชุมชน

4. การที่ผู้ป่วยสามารถแสวงหาการรักษาจากโรงพยาบาลหรือแพทย์ผู้รักษาต่างๆ และสามารถเลือกระบบบริการได้ทั้งระบบการรักษาแบบแผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย อาจส่งผลกระทบต่อทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง สูญเสียเงินในการรักษา และถูกใช้เป็นเครื่องมือของผู้แสวงหาผลประโยชน์จากความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายกลับมาติดเดิมได้

5. ข้อจำกัดในการเข้าถึงการบริการ อาจมีสาเหตุเนื่องมาจาก

5.1 สถานบริการอยู่ห่างไกลจากบ้าน (Long distance) ถึงแม้ปัจจุบันจะมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยกับสถานบริการแต่ละแห่งด้วยนโยบายไกลบ้านไกลใจ แต่ในทางปฏิบัตินโยบายนี้ยังไม่ประสบผลสำเร็จเนื่องมาจากความเชื่อถือในสถานที่รักษา จากผลการวิจัยของ นงลักษณ์ บรรณจิรกุล (2547) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 290 คน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพด้านระบบสุขภาพ 5 อันดับแรก คือ ความสะดวกในการเดินทาง สามารถใช้สวัสดิการและสิทธิในการรักษา อยู่ใกล้บ้าน ราคาถูก และความเชื่อถือในสถานที่รักษา ดังนั้นสถานบริการไกลบ้าน อาจไม่ได้รับความสนใจหากผู้รับบริการไม่เชื่อถือในสถานที่รักษานั้นๆ

5.2 คิวยาว (Long queue) จะเห็นได้จากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใหญ่ๆ ก็ยังเต็มไปด้วยผู้ป่วยที่มาขอรับบริการ บางรายต้องมาเข้าคิวตั้งแต่เช้ามืด และเนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีโรคประจำตัวหลายโรค ต้องใช้เวลานานในการไปขอรับการตรวจจากแพทย์แต่ละแผนก ทำให้การมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งใช้เวลาเกือบตลอดทั้งวัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะเหนื่อยล้า และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นภาระต่อญาติที่พามาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

5.3 ผู้ป่วยสูงอายุบางรายไม่สามารถไปขอรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (Mobility limitation) จากการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านทุพพลภาพที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้อย่างอิสระเพิ่มขึ้นจาก 234,000 คน ในปี พ.ศ. 2543 ไปเป็น 341,000 คน ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 2 เท่า ภายใน 20 ปีข้างหน้า คือเพิ่มขึ้นเป็น 508,000 คน ในปี พ.ศ. 2563 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2547) ในขณะที่วัยร้อยละ 4.9 ของผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพต้องนอนตลอดเวลาและต้องการดูแลอย่างมาก (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ, 2545) ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลเองได้ จำเป็นต้องมีญาติหรือผู้ดูแลพาไป

5.4 ผู้ป่วยสูงอายุบางรายไม่สามารถไปขอรับตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านการเงิน ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับสวัสดิการการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐโดยไม่คิดมูลค่า ซึ่งให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 (กสผ. 2545) แต่ผู้สูงอายุบางรายกลับประสบกับปัญหาไม่มีเงินใช้จ่ายในการเดินทางมาเพื่อขอรับบริการได้ เนื่องจากมีฐานะยากจน และจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 35.4 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างอิงใน กสผ.)

คลินิกผู้สูงอายุในอนาคต

เพื่อตอบสนองนโยบายของทางรัฐบาลที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ และเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนั้นคลินิกผู้สูงอายุในอนาคตควรมีรูปแบบดังนี้

1. สถานที่ตั้ง คลินิกผู้สูงอายุควรมีอยู่ห่างจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชนหรือที่บ้าน

1.1 ในชุมชน (Community based) เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชน สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งเน้นความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ดังนั้นคลินิกผู้สูงอายุควรมีอยู่ห่างจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชน ซึ่งอาจอยู่ในศูนย์สุขภาพ (Health Center) หรือในห้างสรรพสินค้าที่อยู่ในใจกลางชุมชน ดังตัวอย่างในประเทศอังกฤษ หรือตั้งอยู่ในโรงพยาบาลกลางวัน ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากทั้งองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและมหาวิทยาลัย ดังตัวอย่างในประเทศอัฟกาใต้ (NOAH, 2004) หรืออาจอยู่ในศูนย์บริการอนามัยหากอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร หรืออยู่ในศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง และอาจตั้งอยู่ในสถานอนามัยในเขตชนบท เพื่อเป็นคลินิกใกล้บ้านใกล้ใจหรือคลินิกชุมชนอบอุ่น ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ไม่ต้องเดินทางไกล เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางแพง และยังเป็นการใช้แหล่งประโยชน์ร่วมกัน ลดต้นทุนในการไปเช่าอาคารที่ทำการแห่งใหม่

1.2 ที่บ้านผู้ป่วย (Home based) เป็นการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ในลักษณะให้บริการถึงหน้าประตูบ้าน (Door to door service) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางไปรับการรักษาในสถานบริการด้วยตนเองได้ ซึ่งอาจเนื่องจากปัญหาทุพพลภาพ

2. ผู้ให้บริการหรือบุคคล ควรผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าหรือด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อที่จะสามารถให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

2.1 แพทย์ ในการให้บริการในชุมชน คลินิกผู้สูงอายุควรมีภารกิจที่สำคัญคือ การคัดกรองโรคและการตรวจรักษาในโรคที่ไม่ซับซ้อน หากพบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน สามารถส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ (Geriatrician) ในโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายได้ อย่างไรก็ตามแพทย์ทั่วไปที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรได้รับการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ในการประเมินผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2.2 พยาบาล ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาได้มีการบรรจุวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุไว้ในวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ในการเรียนการสอนระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต นอกจากนี้จากการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบระบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิและบทบาทพยาบาลที่พึงประสงค์ ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าเพื่อให้การจัดบริการสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพจำเป็นต้องมีพยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลจำนวนหนึ่งที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลเฉพาะสาขา และมีความสามารถในการจัดบริการสุขภาพ (สภาการพยาบาล. 2547) และในปัจจุบันมีการเปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ในมหาวิทยาลัยเกือบทุกภาคของประเทศ และภายในปี พ.ศ. 2548 นี้สภาการพยาบาลได้เปิดสอบความรู้เพื่อรับวุฒิปัตริ์แสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางหรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse - APN) ในสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อเป็นการหลักประกันคุณภาพผู้ให้บริการอย่างหนึ่ง ที่ให้การรับรองว่าพยาบาลที่ได้รับวุฒิปัตริ์นั้นมีความชำนาญเฉพาะทาง มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist - CNS) หรือมีความเชี่ยวชาญทางเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner - NP) สามารถตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการที่ซับซ้อนได้

3. ด้านการเข้าถึงการบริการ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุทุกคนจะได้รับสวัสดิการด้านการสงเคราะห์ ด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐโดยไม่คิดมูลค่า ทำให้ผู้สูงอายุทุกระดับมีโอกาสเข้าถึงการบริการได้อย่างเท่าเทียมกันมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ด้านระบบสุขภาพ อันดับแรกคือ ความสะดวกในการเดินทาง ดังนั้นคลินิกผู้สูงอายุควรกระจายให้ครอบคลุมพื้นที่ที่รถมีไม่ควรถูกทิ้งไว้สำหรับการเดินทาง มีการประสานความร่วมมือกับองค์กรส่วนท้องถิ่นในการจัดรถให้บริการรับส่งผู้ป่วยในเขตที่การคมนาคมไม่สะดวก

4. การให้บริการ

4.1 บริการเยี่ยมบ้าน เป็นบริการที่ให้กับผู้สูงอายุในรายที่ไม่สามารถเดินทางมารับการตรวจด้วยตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะทุพพลภาพ ซึ่งอาจเป็นการเยี่ยมโดยแพทย์หรือพยาบาลชุมชน ขึ้นอยู่กับระดับอาการเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วย

การบริการเยี่ยมบ้าน (Home Nurse) เป็นบริการที่ให้สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลที่ต้องการการพยาบาล แต่ไม่สามารถมารับบริการที่คลินิกได้ Crone (2001a) กล่าวว่า คือการบริการที่ให้ เช่น

- การประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป ทั้งร่างกาย จิต สังคม (Holistic assessment)
- การประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและการจัดการต่างๆ (Moving & handling)
- การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutritional assessment)
- การประเมินระดับการช่วยเหลือตนเอง (Activities daily living) - Barthel ADL
- การประเมินภาวะกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence assessment)
- การประเมินบาดแผล (Wound assessment)
- การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall risk assessment)
- การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (pressure sore risk assessment)

4.2 บริการส่งยาถึงบ้าน เป็นการให้บริการในกรณีที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีความจำเป็นต้องใช้ยาเดิมในระยะเวลาอันยาวนาน แต่ที่พักอาศัยห่างจากคลินิก เมื่อยาหมดผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ไปยังคลินิกเพื่อติดต่อขอรับยาทางไปรษณีย์ ซึ่งวิธีการนี้จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้

4.3 การบริการทางโทรศัพท์ คลินิกผู้สูงอายุควรมีบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางโทรศัพท์ เนื่องจากในช่วงระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอาจมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้นได้ บริการนี้จะช่วยสร้างความมั่นใจและสนับสนุนผู้ดูแลหรือญาติในการดูแลที่บ้านต่อไป รวมทั้งควรเปิดโอกาสให้สามารถโทรศัพท์นัดพบแพทย์ได้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลด้วยกัน

4.4 ทางเลือกในการใช้บริการ จากการปฏิรูประบบสุขภาพมีแนวโน้มที่จะเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันการจัดให้บริการสุขภาพในชุมชนมากขึ้น โดยมีเป้าหมายให้มีบริการที่มีคุณภาพแต่มีราคาถูกลง ซึ่งจะช่วยให้รัฐบาลประหยัดงบประมาณในการซื้อบริการสุขภาพให้กับประชาชน และสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น โดยผู้ที่อยู่ในเขตชุมชนนั้นๆ สามารถเลือกผู้ให้บริการที่สามารถรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว และสามารถเลือกใช้บริการจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family doctors / GPs) หรือจากพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว (Family nurse) ซึ่งเป็นการพัฒนาบทบาทใหม่ของพยาบาลในกรณีที่ในพื้นที่นั้นๆ มีแพทย์ให้บริการไม่เพียงพอ จากการศึกษานางลักษณ์ บรรณจักรกุล (2547) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพในด้านผู้ให้บริการ 5 อันดับแรก คือ ความเชื่อถือในผู้ให้การรักษา ผู้ให้บริการแสดงความสนใจและเอาใจใส่ ให้ความรู้และคำแนะนำ มีอริยาบถดี เป็นกันเอง มีเจ้าหน้าที่ให้บริการเพียงพอ ไม่ต้องรอนาน เป็นต้น จะเห็นได้ว่าผู้รวมวิจัยไม่ได้ระบุวิชาชีพผู้ให้บริการว่าควรจะเป็นแพทย์หรือพยาบาล แต่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคือความเชื่อถือในตัวเจ้าหน้าที่ที่อาจสามารถสร้างความไว้วางใจขึ้นได้

5. ระบบการส่งต่อ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคเรื้อรังและแต่ละคนอาจป่วยด้วยหลายๆ โรคสามารถอาศัยอยู่ในบ้านของตนเองได้ แต่อย่างไรก็ตามภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุก็อาจพบได้ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือการติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งภาวะกระดูกหักเนื่องจากการหกล้ม และต้องการรักษาที่รีบด่วน ดังนั้นควรมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อสามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ

พันภาวะวิกฤติโดยเร็ว รวมทั้งการส่งต่อแผนกายภาพบำบัดหากจำเป็น เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสภาพและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ นอกจากนี้หากพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคม ควรส่งต่อไปยังสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

สรุป

การดำเนินงานด้านคลินิกผู้สูงอายุปัจจุบันส่วนใหญ่เปิดให้บริการตามโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ จึงมีนโยบายส่งเสริมให้มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนตั้งแต่ 60 เตียงขึ้นไป เพื่อให้สามารถให้บริการแก่ผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางส่วนยังประสบปัญหาในการเดินทางด้วยข้อจำกัดด้านการคมนาคม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และข้อจำกัดด้านสุขภาพจากการมีภาวะทุพพลภาพ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถไปรับบริการในสถานที่ที่กำหนดได้ เพื่อสอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมการดูแลสุขภาพชุมชน ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงการบริการ จึงควรย้ายคลินิกผู้สูงอายุไปอยู่ในชุมชน โดยอาจใช้แหล่งประโยชน์ร่วมกันกับศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานเอนามัย เพื่อเปิดให้บริการเป็นคลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ และให้บริการตรวจรักษาถึงบ้านในรายที่ไม่สามารถเดินทางออกจากบ้านโดยอิสระ มีภาวะพึ่งพาสูง และควรเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างอิสระ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการของประชาชนในเขตที่ขาดแคลนแพทย์ผู้ให้บริการ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.), สำนักนายกรัฐมนตรี. (2545). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564). กรุงเทพมหานคร : สำนักนายกรัฐมนตรี.
2. นางลักษณะ บรรณจิริกุล. (2547). การศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. สภาการพยาบาล. (2547). การสอบความรู้เพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะสาขาทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์. จดหมายข่าว สภาการพยาบาล, ปีที่ 7, ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน, หน้า 6.
4. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2547). สถานการณ์ด้านผู้สูงอายุของสังคมไทยและทิศทางการดำเนินการ. เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การติดตามผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ในระหว่างวันที่ 7-8 กรกฎาคม 2547 ณ โรงแรมรามารการ์เด้นส์, กรุงเทพมหานคร.
5. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2545). สุขภาพกับผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ, ศติพัฒน์ ยอดเพชร, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ, มัทนา พนานิรามัย, นงนุช สุนทรชวการต์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, มាលินี วงษ์สิทธิ์ และเล็ก สมบัติ. ผู้สูงอายุในประเทศไทย : รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. Crone, B. (2001a). Elderly Health Clinic, available from <http://www.scipit.wales.nhs.uk/clinics/dnelderly.htm>
7. Crone, B. (2001b). Domicillary (Home) Visit, available from <http://www.scipit.wales.nhs.uk/clinics/dnelderly.htm>
8. Neighbourhood Old Age Homes (NOAH). (2004). Geriatric Clinic, available from <http://www.noah.org.za/Clinic.htm>

บทบาทนักสังคมสงเคราะห์กับคลินิกผู้สูงอายุ

งานสังคมสงเคราะห์เป็นการปฏิบัติงานตามกระบวนการทางวิชาชีพสังคมสงเคราะห์เพื่อให้บริการกับบุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชนที่มีปัญหา โดยมุ่งหวังให้กลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินการช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ปฏิบัติงานหรือนักสังคมสงเคราะห์ต้องมีความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานของงานสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ วิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ กระบวนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์

การสังคมสงเคราะห์มีวิธีการปฏิบัติ 5 วิธี โดยมีจุดเริ่มจากระดับบุคคลไปจนถึงระดับสังคม แต่ละวิธีมีลักษณะเฉพาะดังต่อไปนี้ (นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์. 2542 : 7-8)

1. วิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย (Social case work method)
2. วิธีการสังคมสงเคราะห์กลุ่ม (Social group work method)
3. วิธีการสังคมสงเคราะห์ชุมชนโดยวิธีการจัดระเบียบชุมชนและการพัฒนาชุมชน (Community organization method and community development method)
4. วิธีการวิจัยทางสังคมสงเคราะห์ (Social work research method)
5. วิธีการบริหารงานสังคมสงเคราะห์ (Social work administration method)

การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในแต่ละวิธีย่อมจะมีรูปแบบ เทคนิค ที่ต่างกันออกไปตามกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดแนวทางที่เหมาะสม ระยะเวลาที่นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการแบบผสมผสาน (Integrated social work method) เพราะสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชนได้ดีขึ้น ทำให้การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์สอดคล้องกับความต้องการของสังคม และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้วิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ที่นักสังคมสงเคราะห์ต้องรู้และเข้าใจแล้ว เรื่องของกระบวนการปฏิบัติงานก็มีความสำคัญเช่นกัน

กระบวนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้เกิดความสำเร็จของงานตามวัตถุประสงค์ของงานสังคมสงเคราะห์ที่มุ่งให้การช่วยเหลือบุคคล กลุ่มบุคคล ประชาชน ให้มีความเข้าใจในตนเอง เข้าใจสถานการณ์แห่งปัญหาของตนได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับปรุงสภาวะทางสังคมอันเป็นอุปสรรคขัดขวางในการแก้ไขปัญหา และให้กลุ่มเป้าหมายสามารถพัฒนาตนเองเป็นประชาชนที่มีคุณภาพ และสามารถร่วมมือกับชุมชนของตนให้ดีขึ้น ต้องอาศัยกระบวนการในการปฏิบัติงานดังต่อไปนี้ (นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์. 2530 : 3-4)

1. การศึกษาหาข้อเท็จจริง (Fact finding) คือ ศึกษาสภาวะการณ์ทางสังคมและอารมณ์ของผู้มารับบริการ รวมทั้งสภาวะแวดล้อมที่มีผลกระทบหรือเกี่ยวเนื่องกับปัญหา การหาข้อเท็จจริงทำได้หลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์ การเยี่ยมบ้าน วิธีการที่เราเลือกจะสามารถทำให้เราได้ข้อมูลที่ช่วยให้เราเข้าใจประเด็นปัญหามากขึ้น

2. การวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis or assessment) เมื่อได้ข้อมูลแล้วนำมารวบรวมเป็นหมวดหมู่ แล้ววิเคราะห์หรือวินิจฉัยว่า อะไรคือปัญหาเฉพาะหน้า อะไรคือปัญหาที่แท้จริงอะไรคือปัญหาที่เกี่ยวข้อง มีสาเหตุจากอะไร อะไรเป็นสาเหตุหลัก อะไรเป็นสาเหตุรอง เพื่อที่จะได้เลือกลำดับในการแก้ไขปัญหา

3. การวางแผนการทำงาน (Planning) เป็นการกำหนดทิศทางการกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน พิจารณาถึงวิธีที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา หรือวางแผนเพื่อป้องกัน

4. ปฏิบัติการ (Implementation or intervention) ตามแผนการและวิธีต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากประสบข้อขัดข้องในทางปฏิบัติก็ต้องพิจารณาปรับปรุงแผนการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามความเหมาะสม แต่หากไม่สามารถกระทำได้ก็สามารถใช้วิธีการส่งต่อ (Refer case) ไปให้กับหน่วยงานอื่น

5. การประเมินผลและติดตามการปฏิบัติงานก่อนจะสิ้นสุดกระบวนการช่วยเหลือตามลำดับ (Follow up or termination) เพื่อประเมินผลโครงการว่าสัมฤทธิ์ผลในการให้ความช่วยเหลือ แก้ไข ป้องกันปัญหาได้เพียงใด อย่างไร ควรปรับปรุงแก้ไขประการใด อย่างไร หรือไม่ การติดตามผลนี้จะช่วยประคับประคองผู้ป่วยได้อีกกระยะหนึ่ง

การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ตามกระบวนการดังกล่าว ขึ้นอยู่กับลักษณะการปฏิบัติงานที่นักสังคมสงเคราะห์ต้องปฏิบัติ ตลอดจนทักษะ เทคนิคการปฏิบัติงานที่ทุกคนมีต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ นักสังคมสงเคราะห์ต้องให้บริการให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการปฏิบัติงาน

แนวคิดเกี่ยวกับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เป็นงานที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาทางด้านกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล เพราะในการรักษาพยาบาลโรคบางโรคมีส่วนสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจ บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ จึงต้องมีส่วนร่วมสนับสนุนให้การบริการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

หนังสือ เอ็มประดิษฐ์ (2530 : 22) กล่าวถึง งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ว่าเป็นงานที่ต้องใช้ความชำนาญพิเศษ ที่มุ่งสนองต่อการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานของประชาชนหรือผู้รับบริการ ทั้งทางด้านสุขภาพอนามัย เศรษฐกิจ สังคม อารมณ์และจิตใจ เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากปัญหาความเดือดร้อนทางสังคม งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เป็นงานที่มุ่งให้เกิดการดูแลทางสังคม อารมณ์ และจิตใจ (Psycho social care) ของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยการให้ความช่วยเหลือ แก้ไข ป้องกัน ส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมให้เกิดการพึ่งตนเองได้ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม มีชีวิตที่เป็นปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความสำคัญของงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์นั้น จัดอยู่ในการแบ่งงานสังคมสงเคราะห์ตามประเภทปัญหาของระบบผู้รับบริการและลักษณะของหน่วยงานที่ให้บริการ คือ เป็นการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วย (ซึ่งรวมปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์เข้าไว้ด้วย) และเป็นการทำงานในหน่วยงานทางการแพทย์ ซึ่งเรียกว่า งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ถ้าจะแบ่งปัญหาของมนุษย์ น่าจะแบ่งได้เป็นในลักษณะที่เกิดจากความต้องการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นที่มนุษย์ควรจะได้รับ เช่น ไม่ได้รับการตอบสนองในทางที่ถูก รวมทั้งขาดความมั่นคงปลอดภัยทางสังคม และไม่ได้ได้รับความยุติธรรมและความเสมอภาคกันในสังคม

1. ความต้องการขั้นพื้นฐาน (Physiological needs) ได้แก่ ปัจจัย 4 ที่จำเป็นแก่การดำรงชีพ รวมทั้งความรัก ความอบอุ่น การได้รับการยอมรับในความสามารถ ความต้องการมีชื่อเสียง ความต้องการในเรื่องเพศ เป็นต้น

2. ความมั่นคงปลอดภัยทางสังคม (Social security) ได้แก่ การอยู่ในสังคมที่ปลอดภัยจากภัยอันตรายต่างๆ อยู่ในสังคมที่มีระบบของการให้สวัสดิการ ให้บริการต่างๆ อย่างมั่นคงและพอเพียง

3. ความยุติธรรมเสมอภาคในสังคม (Social justice) การได้รับการคุ้มครองอย่างเท่าเทียมกันในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม หรือได้รับการกระจายรายได้ การแบ่งปันปันส่วนที่เหมาะสมจากสังคม เช่น ได้ค่าแรงอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการได้รับความเป็นธรรมในเรื่องต่างๆ ด้วย ถ้าความต้องการนี้ขาดตกบกพร่องจะทำให้เกิดปัญหา ซึ่งปัญหาในที่นี้หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดความเดือดร้อน ทำให้ผู้นั้นไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติตามอัตภาพที่ควรจะเป็น ปัญหาดังกล่าวคือ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic problem) ได้แก่ ปัญหาความยากจน การว่างงาน ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก

ในครอบครัว ปัญหาการกดขี่ทางเพศ ปัญหาการได้รับความไม่เป็นธรรมในเรื่องต่างๆ เป็นต้น ปัญหาสุขภาพอนามัย (Health problem) เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยและพิการทุพพลภาพ และปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต (Mental Health problem) และปัญหาทางอารมณ์ (Emotional problem) ซึ่งอาจจะไม่ถึงขั้นที่เรียกว่าเจ็บป่วยทางจิตแต่เป็นปัญหาในเรื่องความวิตกกังวล ความไม่สบายใจ ความผิดหวัง ความว้าวุ่น ความซึมเศร้า ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาทางอารมณ์บ่อยๆ ครั้ง อาจนำไปสู่ปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตได้

ขอบเขตการดำเนินงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ประกอบด้วย 4 ประการ (กองโรงพยาบาล ภูมิภาค. 2542 : 6)

1. การสนับสนุนและส่งเสริมประชาชนให้มีสุขภาพดี (Promotion)
2. บำบัดรักษาปัญหาสุขภาพให้หมดสิ้นหรือทุเลาเบาบาง (Curation)
3. หาทางป้องกันปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน (Prevention) โดยเฉพาะโรคต่างๆ
- 4.ฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน (Rehabilitation) เพื่อจะได้ประกอบหน้าที่ทางสังคมถูกต้องและบังเกิดผลดียิ่งขึ้น

เป้าหมายของงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ได้แก่ (กองโรงพยาบาลภูมิภาค. 2542 : 7)

1. ให้ผู้ป่วยทุเลาหรือหายปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ
2. ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองได้หรือสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านสังคม อารมณ์ จิตใจ และเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัญหาที่นอกเหนือจากปัญหาความเจ็บป่วย

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

1. บทบาทต่อผู้รับบริการและครอบครัว ในการแก้ไข ป้องกันปัญหาทางสังคมที่เชื่อมโยงกับภาวะการเจ็บป่วยและสุขภาพ ส่งเสริมศักยภาพ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม พัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการ ครอบครัว ให้สามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์สาธารณสุขและสวัสดิการสังคม

2. บทบาทต่อหน่วยงาน

- ระดับฝ่าย/กลุ่มงาน มีบทบาทในการวางแผนให้บริการและพัฒนาวิชาการ
- ระดับโรงพยาบาล มีบทบาทในการร่วมวางแผนและปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล
- ระดับสถาบัน / กรม มีบทบาทในการรับและสนองนโยบายที่กำหนด

3. บทบาทต่อชุมชนและสังคม ในการแก้ไข ป้องกันปัญหาสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชน รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพของชุมชน ตลอดจนการมีบทบาทในการประสานงานทรัพยากรทั้งในและนอกชุมชน เพื่อช่วยให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

4. บทบาทต่อการพัฒนาวิชาชีพ ในการพัฒนาเทคโนโลยีทางสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ได้เหมาะสม มีประสิทธิภาพและทันกับความเปลี่ยนแปลงของสังคม และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางสังคมให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน้าที่ความรับผิดชอบของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มีหน้าที่รับผิดชอบจัดบริการทางสังคมอันได้แก่ การศึกษา ประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลทางสังคม อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วย และวิจัยข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับภาวะการเจ็บป่วยและสุขภาพอนามัย ให้การบำบัดทางสังคม จิตใจ แก้ไขปัญหา ส่งเสริม และฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน เผ่ากระวังและป้องกันปัญหาทางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย ประสานงานการดำเนินงานจัดการทรัพยากรทางสังคม การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ รวมทั้งการจัดการด้านสวัสดิการ

สาธารณสุข การศึกษา ค้นคว้า วิจัย สอน ฝึกอบรม ผลิตเนื้อหาทางวิชาการและพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสม ในการให้บริการอย่างครบวงจร

กลุ่มเป้าหมายและการบริการทางสังคมแก่ผู้รับบริการกลุ่มต่าง ๆ (กระทรวงสาธารณสุข. 2546 : 25-31)

กลุ่มเป้าหมายทางสังคมสงเคราะห์

- เด็กและเยาวชน ประกอบด้วย เด็กที่ถูกทอดทิ้ง / ไม่มีผู้ดูแล ถูกเลี้ยงดูอย่างปล่อยปละละเลย พิการ ขาดสารอาหาร ถูกทำร้าย ข่มขืน กระทำชำเรา ติดเชื้อเอชไอวี หรือบิดามารดาติดเชื้อเอชไอวี ขาดการศึกษา ติดสารเสพติด

- สตรี ประกอบด้วย หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์มีอายุน้อยกว่า 18 ปี หญิงที่ตั้งครรภ์ขณะกำลังศึกษาเล่าเรียน หญิงอาชีพพิเศษ ไม่มีสามี หย่าร้าง แยกกันอยู่ มีบุตรมากกว่า 3 คนขึ้นไป ถูกข่มขืน ถูกทำร้ายร่างกาย ติดเชื้อเอชไอวี ติดสารเสพติด

- ผู้พิการและทุพพลภาพ ยากจน อยู่ในสภาวะยากลำบาก
- ผู้สูงอายุไม่มีญาติหรือผู้ดูแล
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีที่อยู่อาศัยเร่ร่อน
- ผู้ป่วยโรคติดต่อ มีปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
- ผู้ป่วยเรื้อรัง ไม่มีหลักฐาน ไม่มีบัตรประชาชน
- ผู้ป่วยจิตเวช
- ผู้ติดยาหรือสารเสพติด
- แรงงานต่างชาติ

กลุ่มเป้าหมายของการจัดบริการทางสังคม

- บริการสังคมในกลุ่มเด็ก (แรกเกิด - 14 ปี)
- บริการสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ
- บริการสังคมในกลุ่มผู้พิการ
- บริการสังคมในกลุ่มผู้ยากไร้
- บริการสังคมในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง

ในการให้บริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ กลุ่มเป้าหมายมีความหลากหลายทั้งอายุ ปัญหาข้อจำกัดของแต่ละบุคคล นักสังคมสงเคราะห์จึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล เพื่อแสวงหาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือตามหลักกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ ให้กลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา โดยคำนึงถึงความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมต่อไปได้อย่างปกติสุข

แนวคิดการดำเนินงานของฝ่ายสวัสดิการสังคม

ฝ่ายสวัสดิการสังคมเป็นหน่วยงานที่เกิดจากนโยบายการปฏิรูประบบราชการ และส่งผลต่อกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้มีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการ การดำเนินงาน เพื่อให้สามารถตอบสนองกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาท โครงสร้าง ภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบ และส่งผลกระทบต่อระบบงานภายในของโรงพยาบาลนั้นๆ

งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ได้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่นกัน งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่เคยเป็นงานหนึ่งที่อยู่ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ก็จำเป็นต้องเพิ่มบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและอัตรากำลังเพื่อให้สอดคล้องกับระยะเวลาการเปลี่ยนผ่าน งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ได้ไปอยู่ภายใต้กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการของโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการทบทวน และปรับปรุงการปฏิบัติงาน ซึ่งในการปรับเปลี่ยนครั้งนี้ งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ก็ยังคงปฏิบัติงาน เดิมอยู่ แต่ได้มีการเพิ่มภารกิจใหม่ขึ้นบ้าง โดยมีงานบริการสังคมและงานบริการและพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นงานที่ถือว่าเป็นจุดเน้นอย่างมาก ดังนั้นในการปฏิบัติงานนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์จึงต้องมีความเข้าใจในภาระหน้าที่ที่ใหม่พอสมควร เพื่อให้ปฏิบัติงานได้สอดคล้องกับงานในฝ่ายสวัสดิการสังคมต่อไป

ฝ่ายสวัสดิการสังคม (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. 2546 : 9-11)

โครงสร้างใหม่ภายใต้การปฏิรูประบบราชการ ได้ทำให้งานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปเปลี่ยนเป็นฝ่ายสวัสดิการสังคม และได้มีการจัดทำรายละเอียดของฝ่ายสวัสดิการสังคมดังนี้

ลักษณะงาน

เป็นงานที่ให้การดูแลด้านการบริหารจัดการ และให้บริการทางสังคมและหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนเกิดสุขภาวะทางสังคม

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. จัดระบบบริหารจัดการในงานบริการทางสังคมและหลักประกันสุขภาพ
2. จัดบริการทางสังคมและหลักประกันสุขภาพให้ได้มาตรฐานมีคุณภาพ
3. จัดระบบวิเคราะห์ข้อมูลงานสวัสดิการสังคม เพื่อเผยแพร่และพัฒนางาน
4. สร้างและพัฒนาเครือข่ายทางสังคม
5. ร่วมปฏิบัติงานหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของฝ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องหรืองานที่ได้รับมอบหมาย

การแบ่งงานภายใน

1. งานบริหาร มีหน้าที่
 - 1.1 ประสานการจัดทำแผน แผนปฏิบัติการ แผนงบประมาณ และแผนงานอื่นๆ ของฝ่ายสวัสดิการสังคม
 - 1.2 ให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานแก่ทุกงานของฝ่ายสวัสดิการสังคม และฝ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง
 - 1.3 ดำเนินการด้านธุรการ สารบรรณ การเงินและบัญชีของฝ่าย
 - 1.4 ดำเนินการด้านการเจ้าหน้าที่ พัสดุ ยานพาหนะของฝ่าย
 - 1.5 ดำเนินการด้านบริหารกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยยากจน
 - 1.6 งานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
2. งานบริการสังคม มีหน้าที่
 - 2.1 บริการสังคมในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ได้แก่
 - 2.1.1 บริการพิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีที่ถูกระทำรุนแรง
 - 2.1.2 บริการสังคมในเหตุการณ์ฉุกเฉิน / อุบัติเหตุ / อุบัติภัย
 - 2.2 เฝ้าระวังทางสังคม ได้แก่
 - 2.2.1 เฝ้าระวังทางสังคมในศูนย์สุขภาพชุมชน
 - 2.2.2 เฝ้าระวังทางสังคมในโรงพยาบาล

- 2.3 บริการผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ประกอบด้วย
 - 2.3.1 บริการสังคมในกลุ่มเด็ก (แรกเกิด - 14 ปี)
 - 2.3.2 บริการสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ
 - 2.3.3 บริการสังคมในกลุ่มผู้พิการ
 - 2.3.4 บริการสังคมในกลุ่มผู้ยากไร้
 - 2.3.5 บริการสังคมในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง
- 2.4 บริการผู้มีปัญหาทางสังคม
 - 2.4.1 บริการสังคมผู้มีปัญหาครอบครัว
 - 2.4.2 บริการสังคมผู้มีปัญหาเศรษฐกิจ
 - 2.4.3 บริการสังคมผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์
 - 2.4.4 บริการสังคมหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
 - 2.4.5 บริการสังคมผู้ถูกทอดทิ้ง
 - 2.4.6 บริการสังคมผู้ประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงาน
- 2.5 บริการกลุ่มเป้าหมายพิเศษที่เป็นนโยบายสำคัญหรือเป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่ เช่น
 - 2.5.1 บริการสังคมผู้ติดสารเสพติด
 - 2.5.2 บริการสังคมกลุ่มชนต่างชาติ/แรงงานต่างด้าว
3. งานบริการและพัฒนาระบบประกันสุขภาพ มีหน้าที่
 - 3.1 ดำเนินการให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพตามสิทธิที่พึงได้รับ (ขึ้นทะเบียนออกบัตร ประสานงานส่งต่อให้ได้รับสิทธิ / หลักประกันสุขภาพ มอบบัตรประกันสุขภาพ)
 - 3.2 พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้มีหลักประกันฯ ให้ได้รับบริการตามสิทธิ
 - 3.3 จัดระบบบริการแก่ผู้มีหลักประกันสุขภาพ ให้เข้าถึงบริการอย่างเสมอภาคเป็นธรรม
 - 3.4 จัดระบบและรับเรื่องราวร้องทุกข์ รวมทั้งแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ
 - 3.5 ดำเนินการตรวจสอบรับรองสิทธิและให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้มีหลักประกันสุขภาพ
 - 3.6 ให้ความรู้ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ งานหลักประกันสุขภาพ
 - 3.7 เป็นศูนย์ประสานงานด้านหลักประกันสุขภาพ
 - 3.8 งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย
4. งานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการสวัสดิการสังคม
 - 4.1 จัดระบบประเมินและพัฒนางานสวัสดิการสังคมสู่การรับรองคุณภาพ
 - 4.2 กำหนดและพัฒนามาตรฐานงานสวัสดิการสังคมให้เหมาะสมกับสถานการณ์
 - 4.3 วิเคราะห์ จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับงาน และกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงาน
 - 4.4 จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสวัสดิการสังคม
 - 4.4.1 การฝึกอบรมในงาน เช่น การปฐมพยาบาล
 - 4.4.2 แผนพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาล
 - 4.4.3 แผนอบรมทางวิชาการเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะทางวิชาชีพ ได้แก่ การประชุมวิชาการ การประชุมเพื่อรับนโยบายต่างๆ
 - 4.5 จัดอบรม / เป็นวิทยากร / นิเทศงานสวัสดิการสังคม
 - 4.6 จัดทำ ส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาวิจัยในฝ่าย รวมทั้งการประสานความร่วมมือทางวิชาการ กำหนดงานที่เกี่ยวข้อง
 - 4.7 งานอื่นๆ

5. ศูนย์ข้อมูลสวัสดิการสังคม

- 5.1 บริหารจัดการและพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ งานสวัสดิการสังคม
- 5.2 พัฒนาระบบฐานข้อมูลงานสวัสดิการสังคมให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน
- 5.3 ประมวลผลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อจัดทำรายงานประจำเดือน / ปี
- 5.4 เผยแพร่ / ประชาสัมพันธ์ข้อมูลงานสวัสดิการสังคม
- 5.5 เป็นศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารด้านงานสวัสดิการสังคม
- 5.6 อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

กล่าวโดยสรุป งานสวัสดิการสังคมเป็นการจัดบริการทางสังคมให้กับผู้ช่วย ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาสังคมร่วมกับปัญหาการเจ็บป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนรอบด้าน รวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยให้สามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

