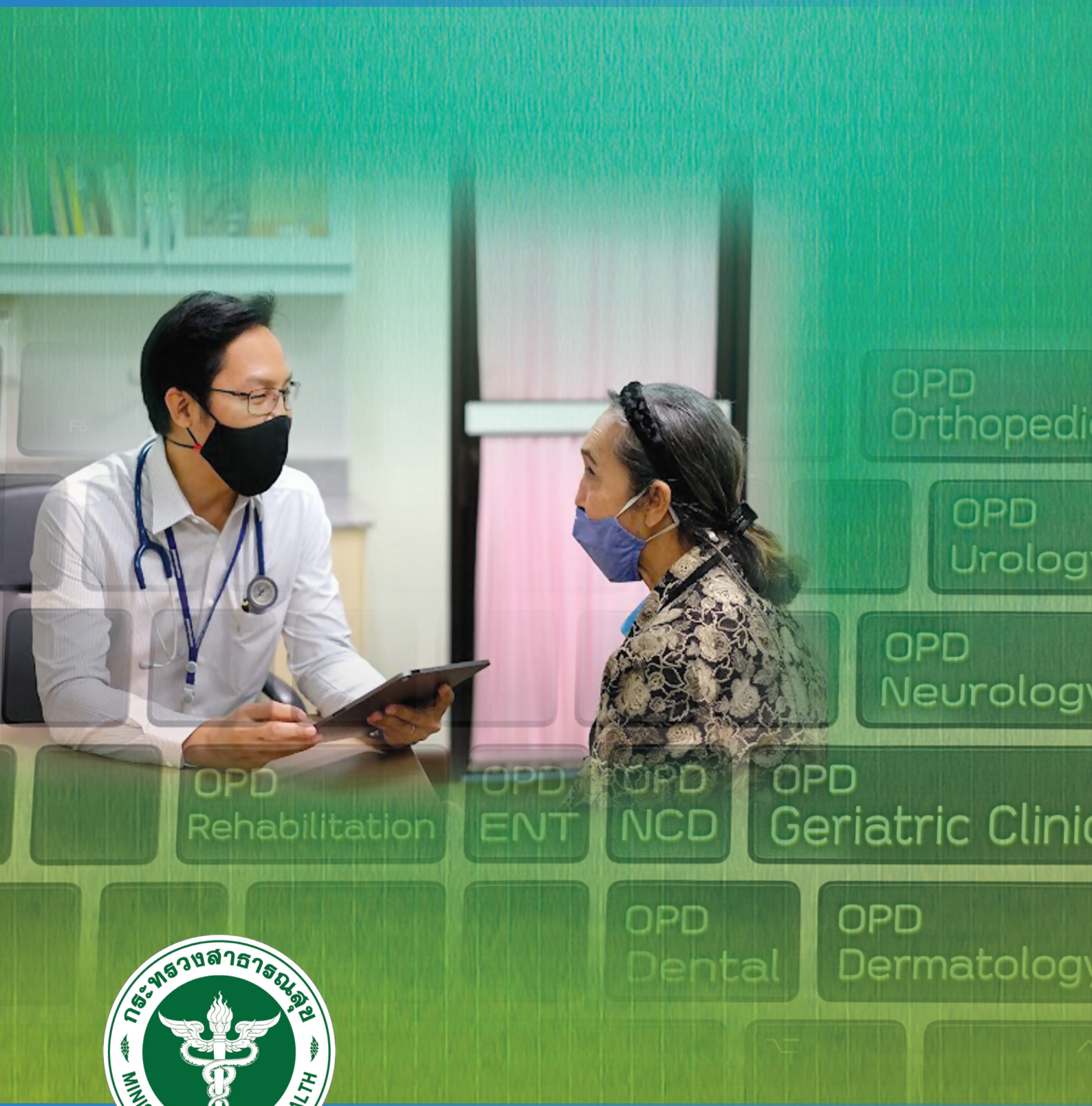
คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ และประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

ISBN 978-974-422-963-2

พิมพ์ครั้งที่ 1

จำนวน 8,600 เล่ม

จัดทำโดย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ที่ บริษัท ซีจีทูล จำกัด

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02 590 6211 โทรสาร 02 591 8277

คำปรารภ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 12,450,206 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 และอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จำนวน 8,236,547 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.4 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล : 2564) หมายถึงประเทศไทยใกล้ที่จะเป็นสังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ (Complete Aged Society) เมื่อประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น หากไม่ได้ดูแลสุขภาพตนเองที่ดีพอ จะนำมาสู่การเจ็บป่วยหรือการพบภาวะผิดปกติของร่างกาย โดยเฉพาะกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Approach) โดยเฉพาะช่องทางบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ จึงได้จัดทำ **“คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก”** โดยรวบรวมองค์ความรู้และแนวคิดด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขอขอบพระคุณผู้นิพนธ์และคณะทำงานทุกท่าน ทั้งจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันและโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสังกัดกรมการแพทย์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาทั้งแรงกายและแรงใจในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุ แม้ในยามเจ็บป่วยก็สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี



นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์
อธิบดีกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

คำนิยม

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 3 “ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ” มาตรการ 4 ระบบบริการและเครือข่ายเกื้อหนุนที่ว่า “การมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 ขึ้นไป” ซึ่งกรมการแพทย์ได้มีนโยบายที่รองรับแผนผู้สูงอายุ ฯ ดังกล่าว จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ว่า “พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Health Care)”

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบาทของสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ โดยมุ่งเน้นให้เกิดระบบการดูแล รักษา ฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบวงจร และเชื่อมโยงกับการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุและแผนกผู้ป่วยนอกที่ให้บริการผู้สูงอายุ จึงได้จัดทำ **“คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก”** เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแล รักษาผู้สูงอายุ โดยใช้ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุมาใช้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบครบถ้วนและเหมาะสม

การจัดทำคู่มือฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาของคณะกรรมการจัดทำรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในการนิพนธ์และให้ข้อคิดเห็น ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันและโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสังกัดกรมการแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพ

ซึ่งเนื้อหาในคู่มือฉบับนี้ถือว่าเป็นหัวใจของการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามอัตภาพต่อไป



นายแพทย์วีรวุฒิ อิ่มสำราญ
รองอธิบดีกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจในการสร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่า (Appropriate Medical Technology) เสริมสร้างการมีส่วนร่วม (Co-Creation) ทางวิชาการและบริการทางการแพทย์ในทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาการแพทย์ของประเทศสู่มาตรฐานสากล

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มุ่งหวังพัฒนางานวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และการพัฒนาระบบบริการในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการดำเนินงานพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ หรือการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการดูแลรักษาที่ดี เนื่องจากผู้สูงอายุมีอาการเฉพาะเจาะจงไม่ตรงไปตรงมา การดูแลรักษาจึงมีความซับซ้อน และแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น ๆ จึงสมควรได้รับการดูแลรักษาที่เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และได้รับการส่งต่อ เพื่อรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสม

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจึงได้จัดทำ **“คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก”** เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ และเป็นแนวทางในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในรูปแบบใหม่ที่บูรณาการกับแผนกผู้ป่วยนอกที่ให้บริการผู้สูงอายุตามความเหมาะสมต่อไป

นายแพทย์สกานต์ บุนนาค
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

รายชื่อผู้นิพนธ์

คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก	ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

มึนศีรษะ เวียนศีรษะ (Dizziness and vertigo)	นพ.สกานต์ บุนนาค สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
สุขภาวะทางตา (Eye health)	พญ.ดวงดาว ทัศณรงค์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
ฟันปลอม (Denture)	ทพญ.รัศมี เกศสุวรรณรักษ์ สถาบันทันตกรรม
รอยโรคและแผลในช่องปาก (Oral lesions and ulcers: Pre-cancerous lesions)	ทพญ.รัศมี เกศสุวรรณรักษ์ สถาบันทันตกรรม
กลืนลำบาก (Dysphagia)	พญ.นภัสถ์ ธนะมัย โรงพยาบาลราชวิถี
ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition)	ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย คณะแพทย์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
การสูญเสียการได้ยิน (Hearing impairment)	พญ.นภัสถ์ ธนะมัย โรงพยาบาลราชวิถี
การชะลอการเสื่อมของไต (Slowing progression of renal function)	นพ.สกานต์ บุนนาค สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence)	นางนิติกุล ทองน่วม สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)	นพ.สกานต์ บุนนาค สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
ปวดข้อเข่า (Knee arthralgia)	พญ.กิตติวรรณ สุเมธกุล โรงพยาบาลราชวิถี

ประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ภาวะหกล้ม (Falls)	ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
นอนไม่หลับ (Insomnia)	นางสาวปนิตา มุ่งกลาง สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease)	พ.ท.หญิง ผศ.พญ.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
อาการคัน ผิวแห้ง (Itching and dry skin)	พญ.อรยา กว้างสุขสถิตย์ สถาบันโรคผิวหนัง
กลากและแคนดิดาที่ผิวหนัง (Dermatophytosis or Ringworm, Candidiasis)	พญ.อรยา กว้างสุขสถิตย์ สถาบันโรคผิวหนัง
การคัดกรองโรคพาร์กินสัน (Screening for Parkinson's disease)	ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Follow up of stroke patients)	ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ประเด็นปัญหาสุขภาพเฉพาะทางที่พบในผู้สูงอายุ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) - ทางเลือกการรักษาที่เหมาะสมเมื่อเข้าสู่ end stage kidney disease	นพ.สกานต์ บุนนาค สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
โรคระบบประสาท (Neurology): - สมองเสื่อมและภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Dementia and mild cognitive impairment (MCI)) - โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease)	ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ปัญหาทางทันตกรรม (Dental Problems) - การเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับการทำหัตถการ - ฟันสึก	ทพญ.รัศมี เกศสุวรรณรักษ์ สถาบันทันตกรรม
ระบบทางเดินปัสสาวะ (Urology) การใช้ยาที่เหมาะสมและผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มโรคทางเดินปัสสาวะ	พญ.มัชฌิมา ฮวบกอง โรงพยาบาลราชวิถี
ออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Orthopedics, Physical Medicine and Rehabilitation) - ภาวะเปราะบาง (Frailty) - ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) - กระดูกพรุน (Osteoporosis)	พญ.ชมพูนุช พงษ์อัคคศิรา สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ผิวหนัง (Dermatology) - ประเด็นที่ต้องระวังในการรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคผิวหนัง	พญ.อรยา กว้างสุขสถิตย์ สถาบันโรคผิวหนัง

การใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุและผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

การใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุและผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.สกานต์ บุนนาค	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
นางนิติกุล ทองน่วม	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
นางสาวปนิตา มุ่งกลาง	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สารบัญ

หน้า

คำปรารภ (ก)

คำนิยม (ข)

คำนำ (ค)

บทที่ 1 คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ 1

- ลักษณะที่พึงประสงค์ของคลินิกผู้สูงอายุ 4
- บทบาทของสถานบริการสุขภาพในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ 10
- ปัญหาและอุปสรรคของการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทย 11

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 12

บทที่ 2 ประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 18

บทที่ 3 ประเด็นปัญหาสุขภาพเฉพาะทางที่พบในผู้สูงอายุ 57

บทที่ 4 การใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุและผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 76

ภาคผนวก 91

บทที่ 1
คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

บทนำ

ประเทศไทยได้มีการพัฒนานโยบายด้านผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2544) โดยกำหนดให้แต่ละกระทรวงได้มีการจัดทำแนวทางในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตามภารกิจของหน่วยงานประกอบกับ พ.ศ. 2546 ได้มีการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548 คือ 1) จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ 2) กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยปิดประกาศและประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการด้วย คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติในยุทธศาสตร์ที่ 3 ข้อ 4.7 ได้กำหนดมาตรการ “จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป” โดยกำหนดดัชนีชี้วัดว่า ภายใน พ.ศ. 2559 “ โรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป จะต้องมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 ได้กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดตามนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กำหนด “ร้อยละของโรงพยาบาล M2 ขึ้นไป ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ” ประกอบด้วยคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานและคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ

ซึ่งสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (9 ข้อ) ผลการดำเนินงานที่ผ่านมามีโรงพยาบาล 120 เตียงขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 ต่อมาสถาบันฯ ได้มีการพัฒนาเกณฑ์การประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพมาตรฐาน (16 ข้อ) ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม 2) ด้านบุคลากร และ 3) การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ (ภาคผนวกที่ 1)

จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่า การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและมีความพร้อมตามบริบทของสถานบริการ ดังนั้นการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุจึงเป็นความท้าทายในโรงพยาบาลที่มีขนาด 120 เตียงขึ้นไปหรือโรงพยาบาลที่มีความต้องการดำเนินการเรื่องผู้สูงอายุเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกมารับบริการเป็นจำนวนมากจึงเห็นความสำคัญในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเพื่อรองรับจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสม สถาบันฯ จึงได้พัฒนารูปแบบทางเลือกในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

ผลการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศ ASEAN โดยองค์การสหประชาชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2573 สัดส่วนของผู้สูงอายุไทยจะมากเป็นอันดับสอง คือร้อยละ 24.3 รองจากสิงคโปร์ ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ไทย ทำให้อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยชายไทยเท่ากับ 71.8 ปี และของหญิงไทยเท่ากับ 78.6 ปี ขณะที่อัตราเกิดลดลงตามลำดับ ผลคือ ทำให้ผู้สูงอายุไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปีพ.ศ. 2563 จะเป็นปีแรกในประวัติศาสตร์ไทยที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าจำนวนเด็ก ซึ่งจากเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ สังคมไทยได้เข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” (population ageing) มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543 แล้ว

ในการประชุมสมัชชาโลกผู้สูงอายุครั้งที่สอง ที่กรุงมาดริด ประเทศสเปน เดือนเมษายน ปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้พยายามรณรงค์ความคิดด้าน Active Aging เพื่อปรับทัศนคติของประชาคมต่อผู้สูงอายุให้เป็นด้านบวก โดยชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องเป็นภาระต่อสังคม กลับสามารถมีบทบาทที่ทำประโยชน์ต่อสังคมได้ การประชุมได้เสนอกรอบแนวคิดการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่าง “Active Aging” ต้องประกอบด้วยสามประเด็นที่สำคัญ ต่อไปนี้

1. การป้องกันโรคเรื้อรัง

แม้ผู้สูงอายุจะมีโรคภัยไข้เจ็บมากกว่าในวัยอื่น แต่ก็เป็นกลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้เป็นส่วนใหญ่ การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ผู้สูงอายุให้คงมีสุขภาพที่ดีให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ จึงเป็นสิ่งที่คุ้มค่าต่อการลงทุนมากกว่าการพยายามรักษาโรคต่างๆที่เกิดขึ้นแล้ว

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เอื้อต่อผู้ป่วยสูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ผู้สูงอายุไทยสูญเสียมากที่สุดคือ การไม่สามารถใช้บริการขนส่งสาธารณะที่รัฐจัดให้ ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้โดยสะดวกจึงมีความสำคัญอย่างมาก

3. การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

จากแนวคิดทั้งสามประเด็นข้างต้น รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์โดยเฉพาะประเด็นที่ 1 และ 2 นอกจากนั้น รูปแบบบริการสุขภาพนั้นยังต้องตอบสนองต่อลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ดังคำช่วยจำที่ว่า **R-A-M-P-S**

R – reduced body reserve

ผลจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยา ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น มีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะทั้งอาการและอาการแสดง

A – atypical presentation

ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะทั้งอาการและอาการแสดง ในสองลักษณะดังต่อไปนี้

1. อาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรค (typical presentation) ที่พบในผู้ป่วยทั่วไป อาจไม่พบในผู้ป่วยสูงอายุได้ เช่น อาการปัสสาวะบ่อย ดื่มน้ำบ่อยในผู้ป่วยทั่วไป มักบ่งถึงโรคเบาหวาน ขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อาจไม่แจ้งอาการดังกล่าวกับแพทย์ หรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะขาดสารอาหาร อาจไม่ได้มาพบแพทย์ด้วยอาการเบื่ออาหาร แต่มาโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคติดเชื้อต่างๆ เนื่องจากผลของภาวะขาดสารอาหารทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง นำไปสู่การติดเชื้อได้ง่ายในที่สุด

2. อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจนที่เรียก กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) โดยอาการเหล่านี้อาจเกิดจากพยาธิสภาพต่างๆ ได้มากมายหลายระบบ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค อาการเหล่านี้อาจเรียกว่า **" big I's"** ได้แก่

2.1 instability หมายถึง ภาวะหกล้ม

2.2 immobility หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเดิน

2.3 incontinence หมายถึง อาการปัสสาวะราดหรืออุจจาระราด

2.4 intellectual impairment หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ถ้าเป็นในระยะเฉียบพลันจะบ่งถึงภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) และถ้าเป็นเรื้อรัง จะบ่งถึงภาวะสมองเสื่อม (dementia)

2.5 iatrogenesis หมายถึง โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ โดยเฉพาะการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction)

2.6 inanition หมายถึง ภาวะขาดสารอาหาร

M – multiple pathology

ผู้ป่วยสูงอายุจะมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกันแล้ว พยาธิสภาพเหล่านั้นยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพเองและจากการดูแลรักษา โดยทั่วไป กลุ่มโรคที่พบได้บ่อยในคลินิกผู้สูงอายุจะมี 3 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่

1. กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ (musculoskeletal disorder) เช่น โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) โรคผลึกเกลือสะสมที่ข้อ (crystal-associated arthritis) โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) ภาวะกระดูกหัก เป็นต้น

2. กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (atherosclerosis) เช่น โรคความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (peripheral arterial disease) เป็นต้น

3. กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative disease) เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาจเกิดจากโรคชนิดต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) เป็นต้น ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) และกลุ่มโรคทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression)

เหตุนี้เอง ผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องการการดูแลรักษาแบบองค์รวม (holistic care) เสมอ การดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องพยายามรักษาสมดุลของทุกระบบอวัยวะ ให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามควรแก่อัตภาพ

P – polypharmacy

ผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย แม้ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) ในผู้สูงอายุจะเกิดจากหลายสาเหตุได้แก่ การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน (polypharmacy) การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) และทางเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) เนื่องจากความชรา และความผิดพลาดเนื่องจากมนุษย์ (human error) พบว่าการใช้ยาหลายขนานร่วมกันเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยสูงอายุ

S – social adversity

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมในผู้สูงอายุที่สำคัญ เช่น การเกษียณอายุจากการทำงาน รายได้ที่ลดลง การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น เนื่องจากการย้ายบ้านไปใกล้ที่ทำงานหรือการออกเรือนไปตั้งครอบครัวของตนเอง หรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุ ล้วนส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางสังคมที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าร้อยละ 12 จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตอยู่ได้ การดูแลรักษาจะไม่ประสบผลสำเร็จถ้าบุคลากรทางการแพทย์ละเลยประเด็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน

2. เศรษฐฐานะ แม้ปัจจุบันจะมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่าโดยรัฐ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ผู้ป่วยสูงอายุก็ยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในชีวิตประจำวันด้วย เช่น ปัจจัยสี่ในการดำเนินชีวิต ค่าอาหาร ค่าเดินทางเพื่อมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เป็นต้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความมั่นคงด้านรายได้ด้วย บุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องทราบมาตรการต่างๆ ที่ภาครัฐจัดให้ เช่น เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายเดือน การมีกองทุนผู้สูงอายุ ที่ดำเนินการโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ มีการให้ทุนประกอบอาชีพประเภทกู้ยืมรายบุคคล รายละไม่เกิน 30,000 บาท และรายกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มละไม่น้อยกว่า 5 คน กลุ่มละไม่เกิน 100,000 บาท เป็นต้น

3. สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ประเด็นสำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพต้องทราบ ได้แก่ลักษณะที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อนบ้าน รวมทั้งองค์กรท้องถิ่นเช่น ชมรมผู้สูงอายุ บ้านพักคนชรา เป็นต้น

ลักษณะที่พึงประสงค์ของคลินิกผู้สูงอายุ

จากองค์ประกอบทั้งสามด้านที่นำไปสู่ Active Aging และลักษณะทางเวชกรรมที่ผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ทำให้จำเป็นต้องมีหน่วยงานเฉพาะในสถานบริการสุขภาพทุกระดับที่สามารถดำเนินการเพื่อตอบสนองข้อกำหนดดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวอย่างรีบด่วน ให้ทันกับการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุไทยอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน โดยเน้นให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยองค์ประกอบการดูแลทั้ง 4 ด้านดังต่อไปนี้

1. การดูแลทางเวชกรรมที่ประสานระหว่างปัญหาทางสุขภาพกาย และปัญหาทางสุขภาพจิต ในเวลาเดียวกัน
2. การฟื้นฟูบำบัดตั้งแต่ในระยะแรกของโรค
3. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
4. การดูแลทางด้านสังคม

ตารางที่ 1 ได้แสดงเหตุผลของการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและลักษณะที่พึงประสงค์ของคลินิกผู้สูงอายุตามลักษณะที่จำเพาะของผู้ป่วยสูงอายุที่ต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นที่เรียก " R-A-M-P-S "

ลักษณะที่จำเพาะของผู้ป่วยสูงอายุที่ต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น R-A-M-P-S	ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ยังไม่เหมาะสมในปัจจุบัน	ข้อดีการใช้คลินิกผู้สูงอายุในการแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบัน	คุณสมบัติที่พึงประสงค์ของคลินิกผู้สูงอายุ
R – reduced body reserve พลังสำรองของสุขภาพลดลงเนื่องจากความชรา	1. บุคลากรทางสุขภาพยังขาดองค์ความรู้ในจำแนกพยาธิสภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา ซึ่งรักษาไม่ได้ ออกจากพยาธิสภาพที่เกิดจากโรคซึ่งให้การรักษาได้	1. มีบุคลากรที่เป็นเจ้าภาพที่รับผิดชอบชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง	1. มีแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการอบรมความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและมีทัศนคติที่ดีต่อการบริการผู้ป่วยสูงอายุ
	2. สถานะทางสุขภาพที่ชราตามกาลเวลา (dynamic changes) ทำให้พื้นฐานสุขภาพของแต่ละคนแตกต่างกัน ดังนั้น การขาดการตั้งเป้าหมายการรักษาโดยเน้นความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living_ADL) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละคนในแต่ละช่วงเวลา ทำให้บุคลากรทางสุขภาพพยายามให้การรักษาผู้ป่วยสูงอายุมากเกินพอดี เนื่องจากไม่ทราบพื้นฐานของ ADL ผลคือ ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพโดยรวมได้	2. ให้บริการเชิงรุกด้วยการติดตามประเมินทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (geriatric assessment) เป็นระยะ และรีบให้การแก้ไขตั้งแต่ที่ ADL เริ่มเสื่อมถอยลง ก่อนที่จะเกิดพยาธิสภาพถาวรจนนำไปสู่ความพิการ	2. มีการประเมินทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

ลักษณะที่จำเพาะของผู้ป่วยสูงอายุที่ต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น R-A-M-P-S	ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ยังไม่เหมาะสมในปัจจุบัน	ข้อดีการใช้คลินิกผู้สูงอายุในการแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบัน	คุณสมบัติที่พึงประสงค์ของคลินิกผู้สูงอายุ
A – atypical presentation อาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจงสำหรับโรคหนึ่งโรคใดโดยเฉพาะ	1. บุคลากรทางสุขภาพยังไม่คุ้นเคยกับกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) ทำให้เกิดการวินิจฉัยโรคที่ไม่ถูกต้อง โดยมักให้การวินิจฉัยโรคที่ไม่ถูกต้องว่า “โรคชรา หรือ senility” หรือให้การรักษาตามอาการ โดยไม่ได้แก้ไขที่ต้นเหตุของกลุ่มอาการสูงอายุ ซึ่งนอกจากจะไม่ได้ผลอย่างดีแล้ว ยังอาจทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากการรักษานั้นอีกด้วย 2. บุคลากรทางสุขภาพยังไม่คุ้นเคยกับอาการที่ไม่จำเพาะที่เกิดจากแต่ละโรค เช่น ภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยสูงอายุอาจไม่มีอาการหอบเหนื่อยชัดเจนเหมือนในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการวินิจฉัยล่าช้าหรือไม่ทันการ	1. บุคลากรในคลินิกผู้สูงอายุพยายามหาสาเหตุของอาการต่าง ๆ ที่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใด ๆ อย่างองค์รวม เพื่อการรักษาที่ต้นเหตุ นำไปสู่การป้องกันการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุซ้ำซ้อนและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ 2. บุคลากรในคลินิกผู้สูงอายุคุ้นเคยกับอาการที่ไม่จำเพาะต่าง ๆ และให้การรักษา	1. มีแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการอบรมความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสม่ำเสมอทุกปี

ลักษณะที่จำเพาะของผู้ป่วยสูงอายุที่ต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น R-A-M-P-S	ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ยังไม่เหมาะสมในปัจจุบัน	ข้อดีการใช้คลินิกผู้สูงอายุในการแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบัน	คุณสมบัติที่พึงประสงค์ของคลินิกผู้สูงอายุ
M – multiple pathology การมีพยาธิสภาพหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน	1. ผู้ป่วยสูงอายุและญาติต้องทนทุกข์กับการไปเข้าคิวรับบริการตามคลินิกเฉพาะโรคต่าง ๆ ในโรงพยาบาลที่มีความแออัดมากอยู่แล้ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษาจากหลายคลินิกที่อยู่ต่างโรงพยาบาลกัน	1. การใช้คลินิกผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั้งทางสุขภาพและทางสังคม และให้การดูแลปัญหาทางสุขภาพแบบองค์รวม ตามศักยภาพของแพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบในคลินิกผู้สูงอายุ	1. ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม ด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) มีการประชุมร่วมกัน/ส่งปรึกษากันภายในทีมอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ
	2. การใช้แนวทางการรักษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุมาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ผลการรักษาไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การปรับเป้าหมายการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุของ JNC version 8 ให้เหมาะสมกว่าที่ปรากฏใน version 7	2. มีการส่งปรึกษาและรับดูแลผู้ป่วยสูงอายุระหว่างคลินิกผู้สูงอายุกับคลินิกเฉพาะโรคต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ทำงานเป็นเครือข่าย โดยเน้นผู้ป่วยสูงอายุเป็นศูนย์กลางการดูแลรักษา	2. ให้การบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one-stop service)
	3. ไม่มีคลินิกเฉพาะโรคใดที่เห็นภาพรวมของสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมดแบบองค์รวม	3. การใช้คลินิกผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั้งทางสุขภาพและทางสังคม	3. เกิดระบบบริการแบบ lean ไม่ซ้ำซ้อน ลดการใช้บริการที่ไม่จำเป็นภายในโรงพยาบาล

ลักษณะที่จำเพาะของผู้ป่วยสูงอายุที่ต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น R-A-M-P-S	ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ยังไม่เหมาะสมในปัจจุบัน	ข้อดีการใช้คลินิกผู้สูงอายุในการแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบัน	คุณสมบัติที่พึงประสงค์ของคลินิกผู้สูงอายุ
P - polypharmacy การที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาหลายชนิดหลายขนานในเวลาเดียวกัน	1.ไม่มีคลินิกใดที่รับรู้ว่าในขณะนั้น ผู้ป่วยกำลังได้รับยาอะไรอยู่บ้าง เพราะแต่ละคลินิกจะสนใจเฉพาะโรคและยาที่ตนเองเชี่ยวชาญ เพิ่มโอกาสที่จะเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา drug-drug interaction เกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในที่สุด	1. มีการทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุในทุกครั้งที่มารับการรักษาติดตามต่อเนื่องในโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่	1. ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) โดยเฉพาะมีเภสัชกรในทีมด้วย
	2. เมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีอาการใหม่ที่อาจเกิดจากผลไม่พึงประสงค์จากยา มักได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใหม่เพิ่มขึ้น แท้ที่จริงเกิดจากผลไม่พึงประสงค์จากยาที่กำลังได้อยู่	2. มีการตระหนักถึงอาการสำคัญใหม่ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งที่มาโรงพยาบาล ว่า อาจเกิดจากยาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับอยู่	2. มีระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน
	3. เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมากไปกับการสั่งจ่ายยาซ้ำซ้อน หรือจ่ายยาใหม่เพื่อรักษาผลไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้ก่อนหน้านั้น	3. ดังในข้อ 2	3. หลีกเลี่ยงการใช้ยาใหม่ในผู้สูงอายุ

ลักษณะที่จำเพาะของผู้ป่วยสูงอายุที่ต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น R-A-M-P-S	ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ยังไม่เหมาะสมในปัจจุบัน	ข้อดีการใช้คลินิกผู้สูงอายุในการแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบัน	คุณสมบัติที่พึงประสงค์ของคลินิกผู้สูงอายุ
S – social adversity ปัจจัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอาจเกิดผลเสียต่อสุขภาพผู้สูงอายุ	1. บุคลากรทางสุขภาพที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรคอาจขาดความตระหนักถึงประเด็นทางสังคมที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ ตลอดจนขาดการเห็นความสำคัญของปัญหาทางสังคมที่อาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพในขณะนั้น เนื่องจากพยายามเน้นหาและแก้ไขสาเหตุจากพยาธิสภาพทางกายหรือจิต 2. ขาดองค์ความรู้ถึงสวัสดิการทางสังคม หน่วยงานทางสังคมของรัฐและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุได้	1. มีการประเมินประเด็นทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (geriatric assessment) อย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ 2. คลินิกผู้สูงอายุเป็นหน่วยงานกลางระหว่างหอผู้ป่วย คลินิกเฉพาะโรคในโรงพยาบาลกับหน่วยงานที่ให้บริการเยี่ยมบ้านและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	1.การดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) โดยเฉพาะ นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยงานนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข

บทบาทของสถานบริการสุขภาพในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

เนื่องจากศักยภาพของการให้บริการสุขภาพของแต่ละระดับของสถานบริการสุขภาพแตกต่างกัน ขึ้นกับโครงสร้างการจัดองค์กรที่มีวัตถุประสงค์ที่ต่างกัน ดังนั้นลักษณะการให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุในแต่ละชนิดของสถานบริการสุขภาพย่อมแตกต่างกัน ดังนี้

ตารางที่ 2 บทบาทของสถานบริการสุขภาพในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์
ผู้สูงอายุในชุมชน	1. การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน 2. การตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพในชุมชน 3. การเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุที่มีความพิการ/โรคเรื้อรังที่บ้าน	1. การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน 2. การตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพในชุมชน 3. การเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุที่มีความพิการ/โรคเรื้อรังที่บ้าน	1. การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน 2. การตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพในชุมชน 3. การเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุที่มีความพิการ/โรคเรื้อรังที่บ้าน
ผู้สูงอายุในสถานบริการ	1. การส่งเสริมสุขภาพ การให้บริการปรึกษาปัญหาโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 2. การตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพ 3. การรับ/ส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุกับโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	1. ชมรมผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลหรือชมรมที่ได้รับการสนับสนุนในชุมชน - การให้คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ - การคัดกรองปัญหาสุขภาพ 2. คลินิกผู้สูงอายุ - การส่งเสริมสุขภาพ การฉีดวัคซีน การให้บริการปรึกษาปัญหาโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การคัดกรองปัญหาสุขภาพเรื้อรังหรือกลุ่มอาการสูงอายุ - การให้บริการแบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อแก้ปัญหากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) ที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล - การรับ/ส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุระหว่างรพ.สต. และระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	1. ชมรมผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลหรือชมรมที่ได้รับการสนับสนุนในชุมชน - การให้คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ - การคัดกรองปัญหาสุขภาพ 2. คลินิกผู้สูงอายุ - การส่งเสริมสุขภาพ การฉีดวัคซีน การให้บริการปรึกษาปัญหาโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การคัดกรองปัญหาสุขภาพเรื้อรังหรือกลุ่มอาการสูงอายุ - การให้บริการแบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อแก้ปัญหากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) ที่ส่งมาปรึกษา - การรับ/ส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุระหว่างคลินิกผู้สูงอายุและคลินิกเฉพาะทางอื่น ๆ ภายในรพ./หอผู้ป่วย และการส่งต่อระหว่าง รพ.สต. / โรงพยาบาลชุมชน - งานวิชาการ/งานวิจัย/งานสอนด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ปัญหาและอุปสรรคของการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในประเทศไทย

1. ด้านทัศนคติ

เนื่องจากองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุยังเป็นเรื่องใหม่ เมื่อเปรียบเทียบกับความรู้ทางการแพทย์สาขาอื่น ๆ ที่ปัจจุบันเน้นเป็นคลินิกเฉพาะโรค มีการผลิตแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางแยกเป็นแต่ละระบบอวัยวะมากขึ้น และบุคลากรทางสุขภาพที่กำลังปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในปัจจุบันยังไม่เคยได้รับการศึกษาการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ขณะที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี จึงมักมีทัศนคติว่าผู้ป่วยสูงอายุเป็นเหมือนผู้ป่วยทั่วไปที่มีเพียงผมหงอกขาว โดยเฉพาะในผู้บริหารระดับสูงขององค์กรบางรายที่ไม่เปิดรับความรู้ใหม่

การแก้ปัญหาที่ผ่านมาจึงมักจัดให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง หรือคลินิกโรคเบาหวาน ที่ดีอยู่แล้ว แยกออกมาให้บริการต่างหากในคลินิกผู้สูงอายุ ที่ให้แพทย์เกษียณอายุแล้วมาให้การดูแล โดยระบบการทำงานยังเป็นแบบเดิมไม่เปลี่ยนแปลง บางแห่งไม่สนับสนุนให้บุคลากรในบังคับบัญชามารับการอบรมเพิ่มเติมอย่างจริงจัง เพราะจะต้องใช้งบประมาณของโรงพยาบาล หรือเสียคนทำงานประจำไปในขณะรับการอบรม ทัศนคติของผู้อำนวยการโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญมากที่สุดต่อการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

2. ด้านทรัพยากรบุคคล

ด้วยโครงสร้างการจัดสรรทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานทางสุขภาพของประเทศ ยังไม่มีตำแหน่งเฉพาะของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทำให้ต้องมีการดึงตัวบุคลากรทางสุขภาพที่มีงานประจำอยู่แล้ว มาปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ แต่ด้วยธรรมชาติของมนุษย์ย่อมไม่อยากเริ่มงานใหม่ที่ตนเองไม่คุ้นเคย และมีความพึงพอใจต่อสถานการณ์ทำงานที่ทำอยู่เดิมมานาน (comfort zone) จึงเป็นการยากที่จะให้บุคลากรทางสุขภาพที่มีงานประจำอยู่แล้วปลีกตัวมารับผิดชอบงานในคลินิกผู้สูงอายุซึ่งเป็นเรื่องใหม่ การแก้ปัญหาที่ผ่านมาจึงมักให้แพทย์ที่เกษียณอายุแล้วมาทำงานในคลินิกผู้สูงอายุ ทำนองที่ว่า “แพทย์สูงอายุรักษาผู้ป่วยสูงอายุ” หรือจัดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุเพียงเดือนละครั้ง ในบางแห่งบุคลากรได้รับการอบรมความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แต่เมื่อกลับไปทำงานที่โรงพยาบาล กลับถูกโยกย้ายหรือย้ายไปทำงานหน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง

3. ด้านการบริหารจัดการระดับนโยบายของประเทศ

โครงสร้างภายในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร ที่ยังแบ่งส่วนราชการแบบอิงปัญหาสุขภาพของประชาชนในอดีต ที่แยกเป็นหน่วยงานออกจากกันชัดเจน เช่น หน่วยงานรักษาโรค หน่วยงานส่งเสริมและป้องกันโรค หน่วยงานรักษาโรคทางกาย หน่วยงานรักษาโรคทางจิตใจ แต่ด้วยปัญหาทางสุขภาพของประชาชนไทยในปัจจุบันที่แตกต่างจากเดิมอย่างมาก มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งในอนาคตอันใกล้ประชากรสูงอายุจะมีมากกว่าประชากรเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุจะมีโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด มีหลายโรคในเวลาเดียวกัน ทั้งโรคทางกายและทางสุขภาพจิต ที่เป็นทั้งเหตุและผลซึ่งกันและกัน บุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องให้การรักษาและการส่งเสริมสุขภาพในเวลาเดียวกัน ดังนั้น ด้วยการแบ่งโครงสร้างของหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน ย่อมก่อให้เกิดการทำงานทับซ้อนกัน ขาดการทำงานเชิงบูรณาการเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการทำงานที่เอื้อต่อกัน แต่กลับแข่งขันแย่งผลงานและทรัพยากรกัน ย่อมเกิดผลเสียต่อระบบบริการทางสุขภาพของประเทศโดยรวม

เอกสารอ้างอิง

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ.2559

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

ประเด็น

1. การนำ การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายเดียวกันของบุคลากรในคลินิกให้สอดคล้อง ตอบสนองกับนโยบายขององค์กรส่วนกลาง และประเทศ และมีการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

2. การวางแผนและการบริหารแผน วิเคราะห์สถานการณ์ของคลินิกที่รับผิดชอบโดย SWOT analysis ทั้งด้านจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและความท้าทาย (strengths, weaknesses, opportunities และ threats) และจัดทำแผนปฏิบัติการและแผนบุคลากร

3. องค์ประกอบของคลินิก ในการดำเนินการของคลินิกผู้สูงอายุ ควรประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

3.1 *Comprehensive geriatric assessment* มีการประเมินทั้งด้าน physical, psychomental, function และ social/ caregiver/environment

3.2 *Health promotion and disease prevention* มีการดำเนินการด้าน screening, immunization, chemoprophylaxis, และ advice ในการดูแล

3.3 *Multidisciplinary care team* มีทีมสหสาขาวิชาชีพ

4. มาตรฐานของคลินิก

4.1 ***มาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม*** มีสถานที่ที่ชัดเจน สามารถรับส่งต่อผู้ป่วยกับแผนกต่าง ๆ ได้โดยสะดวก มีทรัพยากรทางกายภาพที่เหมาะสมเอื้ออำนวยกับผู้สูงอายุ (Elderly friendly environment) อาคาร ทางลาด ห้องตรวจ ความกว้างของประตู ราวจับ ห้องน้ำ ลิฟต์ ที่จอดรถ

4.2 ***มาตรฐานด้านบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรร่วมปฏิบัติงาน*** เน้นการมีผู้รับผิดชอบงานนี้โดยตรง และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยบุคลากรมีความรู้ความชำนาญทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และได้รับการฝึกฝนอบรมต่อเนื่อง

4.3 ***มาตรฐานกระบวนการดำเนินงานโดยคลินิกผู้สูงอายุ (process indicator)*** มีการกำหนดข้อบ่งชี้ เช่น จะดำเนินการคัดกรองการบกพร่องของปริชาน (cognitive impairment) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรืออัตราญาติของผู้ป่วย (หรือผู้ป่วย) ได้รับการอบรมความรู้

4.4 ***มาตรฐานกระบวนการประเมินผลและติดตาม (outcome indicator)*** มีการกำหนดกระบวนการประเมินผลและติดตาม โดยกำหนดเป้าหมาย ความถี่ของการประเมิน วิธีการประเมินและระยะเวลา โดยมีประเด็นต่างๆ ที่ประยุกต์เข้ากับบริบทของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้

- Safety เช่น อัตราการพลัดตกหกล้ม พลัดหลงทาง อัตราการคาดเคลื่อนต่อการสั่งใช้ยาหลังผ่านการคัดกรองจากเภสัชกร การที่ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินในคลินิก

- Quality ตัวอย่าง เช่น
  - อัตราการเกิดภาวะต่างๆ เช่น
  - อัตราการเกิดโรค
  - อัตราการเกิดการหกล้ม
  - อัตราการเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยา (drug-related problems: DRP)
  - อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
  - อัตราตาย
- ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลลดลง (caregiver burden) หลังได้รับคำปรึกษา อบรม
  - Delivery/time เช่น ระยะเวลารอการเข้าคลินิกและระยะเวลารอตรวจ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินมีการส่งต่อหน่วยแพทย์เวรฉุกเฉินภายใน 10 นาที เป็นต้น
  - Cost (direct/indirect) เช่น ระยะเวลาการให้บริการซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้เวลาของบุคคลากรและสถานที่ ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น
  - Satisfaction (ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน อัตราการร้องเรียน CSR, การบริจาค)
  - Innovation/impact มีผลงานนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ ที่มีผลต่อการนำไปใช้อย่าง แพร่หลาย
  - Network มีเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งขาขึ้นไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และขาลงไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือการดูแลต่อเนื่องใกล้บ้าน
  - นอกจากนั้นในบริบทของคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อาจมีประเด็นอื่นเพิ่มเติม เช่น งานวิจัย ผลงานทางวิชาการ ชื่อเสียงทางด้านวิชาการ การบริหารการศึกษา การได้รับการยอมรับจากนานาชาติ การแลกเปลี่ยนดูงาน เป็นต้น ใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือการดูแลต่อเนื่องใกล้บ้าน
- นอกจากนั้นในบริบทของคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อาจมีประเด็นอื่นเพิ่มเติม เช่น งานวิจัย ผลงานทางวิชาการ ชื่อเสียงทางด้านวิชาการ การบริหารการศึกษา การได้รับการยอมรับจากนานาชาติ การแลกเปลี่ยนดูงาน เป็นต้น

ตารางที่ 3 หัวข้อในการทำกิจกรรมการเตรียมบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

หัวข้อ	ตอบ
เหตุผลและความจำเป็น	
ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (เช่น ปริมาณผู้ป่วย ปัญหาที่พบรุนแรง)	
วิสัยทัศน์	
พันธกิจ	
เป้าหมาย	
วิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT analysis)	
- Strength	
- Weakness	
- Opportunity	
- Threat	
ความพร้อมและความเป็นไปได้ในด้านต่างๆ	
- ด้านบุคลากร/ เครือข่าย	
- ด้านสถานที่	
- ด้านกระบวนการ	

ตารางที่ 4 ตัวอย่างใบงานแผนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

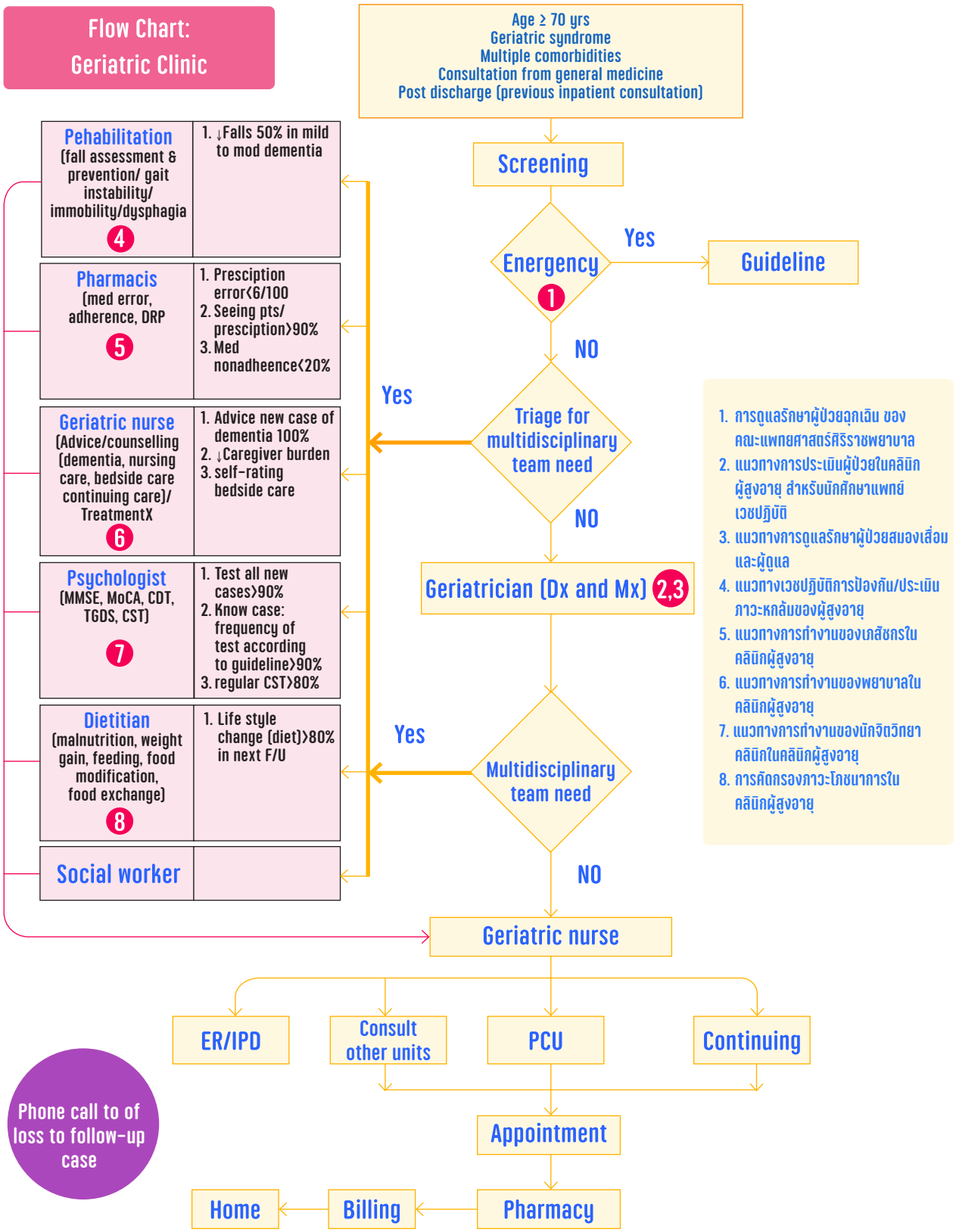
รูปแบบงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	❑ คลินิกผู้สูงอายุ	❑ คลินิก..... .....

ระดับสถานบริการ	ประเด็น (ทำเรื่องอะไร)	กลุ่มเป้าหมาย	เครื่องมือหรือวิธีที่ใช้	ความถี่ในการดำเนินกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบกิจกรรมนั้น	ตัวชี้วัดกระบวนการ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์
โรงพยาบาลชุมชน	คัดกรองการหกล้ม	ผู้สูงอายุที่อายุมากว่า 60 ปีขึ้นไปที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม	ซักประวัติการหกล้มและ Time up and go test หากได้ผลบวกจะมีการสอนการป้องกันการทรงตัวและการป้องกันการหกล้มด้วยวิธี...	ปีละ 1 ครั้ง	นักกายภาพบำบัด	ได้มีการคัดกรองทุกรายผู้ที่ได้ผลบวกจากการคัดกรอง ได้เข้ารับการสอนทุกราย	หกล้มซ้ำลดลง (เทียบก่อนและหลัง)

แผนภูมิที่ 1 ตัวอย่างกระบวนการการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก



แผนภูมิที่ 2 ตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช



บทความอ้างอิงจาก

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การจัดตั้ง องค์ประกอบที่สำคัญและการพัฒนาคุณภาพคลินิกผู้สูงอายุ (Geriatric clinic: development, key components and quality improvement). ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. พฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2560. หน้า 31-50.

บทที่ 2
ประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
(Common Health Problems in Older Adults)

1. มึนศีรษะ เวียนศีรษะ (Dizziness and vertigo)
2. สุขภาวะทางตา (Eye health)
3. ฟันปลอม (Denture)
4. รอยโรคและแผลในช่องปาก (Oral lesions and ulcers: Pre-cancerous lesions)
5. กลืนลำบาก (Dysphagia)
6. ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition)
7. การสูญเสียการได้ยิน (Hearing impairment)
8. การชะลอการเสื่อมของไต (Slowing progression of renal function)
9. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence)
10. การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)
11. ปวดข้อเข่า (Knee arthralgia)
12. ภาวะหกล้ม (Falls)
13. นอนไม่หลับ (Insomnia)
14. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease)
15. อาการคัน ผิวแห้ง (Itching and dry skin)
16. กลากและแคนดิดาที่ผิวหนัง (Dermatophytosis or Ringworm, Candidiasis)
17. การคัดกรองโรคพาร์กินสัน (Screening for Parkinson’s disease)
18. การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Follow up of stroke patients)

มึนศีรษะ เวียนศีรษะ
(Dizziness and vertigo)

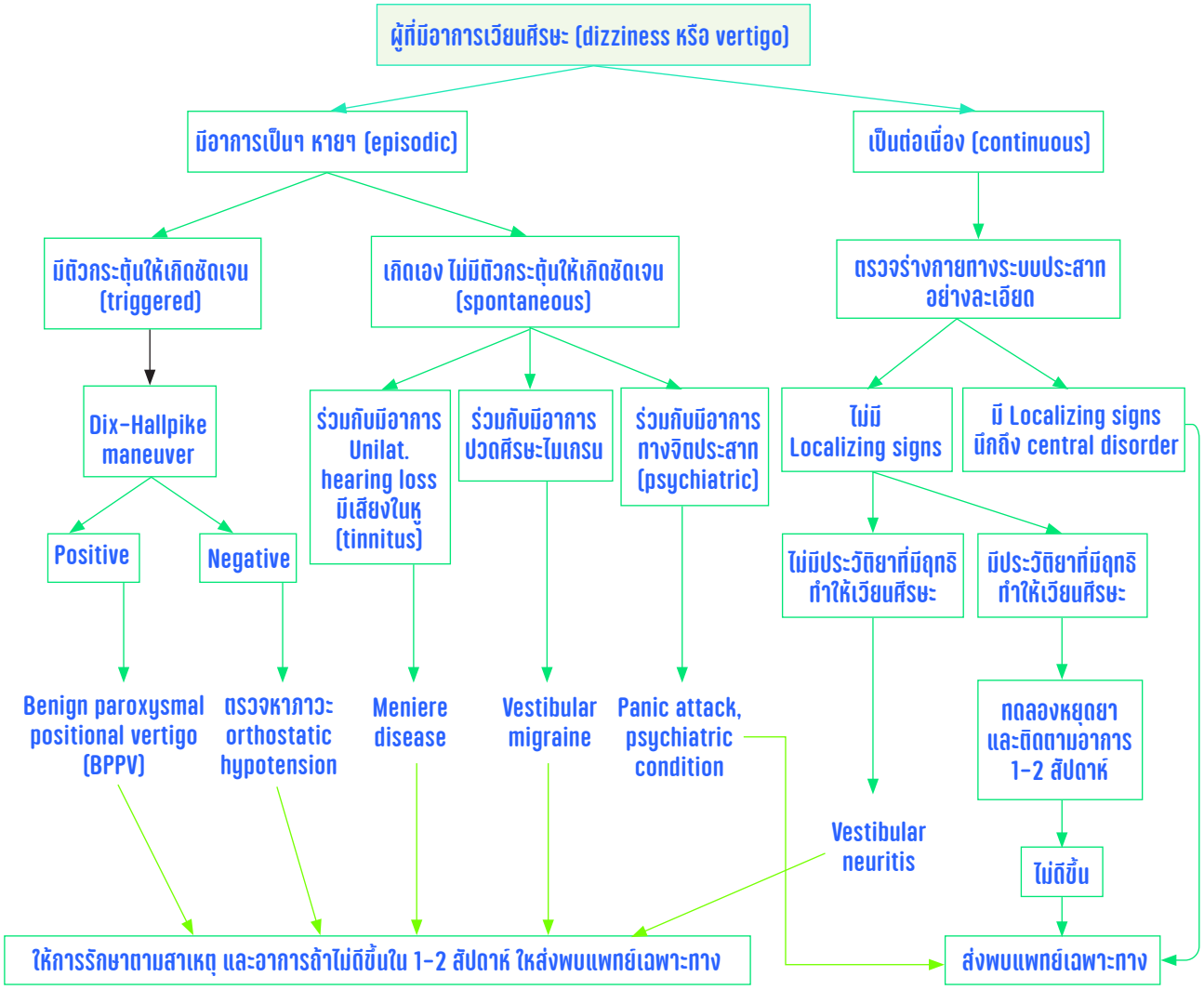
เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

1. อาการมึนเวียนศีรษะ อาจจะทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติชีวิตประจำวันด้วยตนเอง นำไปสู่ภาวะติดเตียง เกิดภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า ปลีกตัวออกจากสังคม
2. อาจเป็นสัญญาณเตือนของโรคที่อันตราย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง

เป้าหมายการดูแล

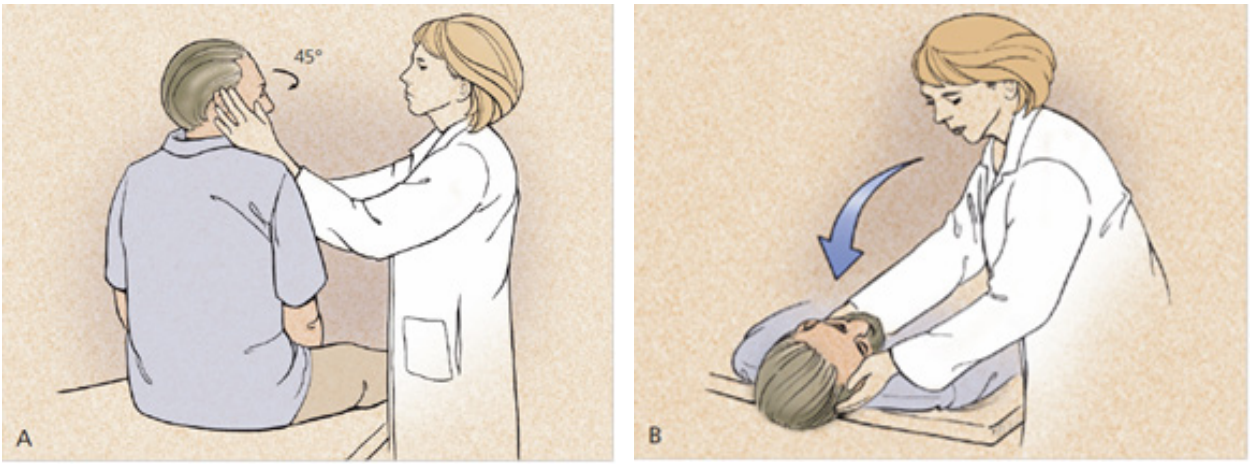
สามารถให้การวินิจฉัยแยกโรค และให้การดูแลรักษาเบื้องต้นได้ หากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 1-2 สัปดาห์ หรือแย่ลงจึงส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง ยกเว้นในกรณีที่สงสัยว่าสาเหตุเกิดจากสมองหรือระบบประสาทส่วนกลาง (central disorder) ให้ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางทันที

แผนภูมิที่ 3 แนวทางการประเมิน (ดัดแปลงจาก Am Fam Physician. 2017;95(3):154-162.)



สาเหตุอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ขาดการพักผ่อน ขาดออกซิเจนหรือ น้ำตาลในเลือดต่ำ หรือ ใช้ยาบางชนิด เป็นต้น ยาที่เป็นสาเหตุของอาการเวียนศีรษะ โปรดดูในบทการใช้ยาฯ

วิธีการตรวจ Dix-Hallpike maneuver (ภาพจาก Am Fam Physician. 2017;95(3):154-162.)



1. ให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงตรวจ ลืมตา โดยกะให้เมื่อเอนหลังลงนอนราบแล้วช่วงศีรษะจะเลยขอบบนของเตียง
2. จับหน้าผู้ป่วยหันข้าง 45 องศา
3. ประคองศีรษะผู้ป่วยและจับผู้ป่วยเอนหลังลงอย่างรวดเร็วในขณะที่ยังหันข้าง 45 องศา ให้ศีรษะแหงนไปด้านหลังต่ำกว่าเตียงประมาณ 20 องศา
4. สังเกตตาผู้ป่วยอย่างน้อย 30 วินาที ว่ามีอาการ vertigo หรือมี nystagmus หรือไม่
5. หลังจากนั้นหากไม่มีอาการ vertigo ให้ลุกขึ้นนั่งในขณะที่ยังหันข้าง 45 องศา
6. สังเกตตาผู้ป่วยอย่างน้อย 30 วินาที ว่ามีอาการ vertigo หรือมี nystagmus หรือไม่
7. ทำซ้ำแบบเดียวกัน โดยหันอีกด้านหนึ่ง หากไม่มีอาการ vertigo

** ตลอดการตรวจ ผู้ป่วยต้องลืมตาตลอดเวลา **

** หากผู้ป่วยมีอาการ vertigo หรือ มี nystagmus ถือว่าผลตรวจ positive **

ตารางที่ 5 แสดงการแยก Peripheral และ Central Disorder (จากหนังสือโสตประสาทวิทยา โดย เสาวรส ภทรภักดิ์, สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

อาการ	Peripheral vestibular disorder	Central vestibular disorder
1. อาการแสดงทางระบบประสาท (localizing signs)	ไม่พบ	พบบ่อย
2. อาการคลื่นไส้อาเจียน	รุนแรง	ปานกลาง
3. เสียการทรงตัว	มีอาการเดินเซไม่มาก	มีอาการเดินเซมาก
4. สูญเสียการได้ยิน	พบบ่อย	พบน้อย
5. มองเห็นภาพไม่ชัดขณะเคลื่อนไหว (Oscillopsia)	น้อยถึงปานกลาง	มาก
6. การปรับตัวของร่างกาย	เร็ว	ช้า

** การวินิจฉัยแยกโรคจะไม่ใช้ข้อใดข้อหนึ่ง แต่ต้องพิจารณาในภาพรวมทุกข้อ ยกเว้นอาการแสดงทางระบบประสาท (localizing signs) หากมีให้นึกถึง central disorder*

ความสำคัญของการแยก central disorder ออกจาก peripheral vertigo disorder เนื่องจาก central disorder มักเกิดจากความผิดปกติของสมองหรือระบบประสาทส่วนกลางซึ่งอาจมีพยาธิสภาพที่อาจทำให้พิการหรือเสียชีวิตตามมาได้ ส่วน peripheral vertigo disorder มักเกิดจากความผิดปกติของหูชั้นในซึ่งพยาธิสภาพมักจะไม่อันตราย

แนวทางการดูแล

1. บรรเทาอาการเวียนศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน ด้วยการใช้ยาลดอาการเวียนหัว ซึ่งอาจเป็นยารับประทานหรือยาฉีด
2. รักษาตามสาเหตุ เช่นหากคิดถึง
   - Meniere disease ลองให้จำกัดเกลือและให้ยาขับปัสสาวะ
   - Orthostatic hypotension ให้ทบทวนว่าได้รับยาลดความดันโลหิตมากเกินไปหรือไม่ หรือ แก้ไขภาวะขาดสารน้ำ
   - Vestibular migraine ให้รักษาด้วยยา anti-migraine
   - ภาวะทางจิตเวชส่งปรึกษาจิตแพทย์
3. พิจารณาส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง หากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 1-2 สัปดาห์ หรือส่งต่อทันทีหากนึกถึง central cause
4. หลีกเลี่ยงการให้ยากดระบบประสาทส่วนกลางติดต่อกันเป็นระยะเวลานานมากกว่า 1-2 สัปดาห์ เช่น dimenhydrinate, cinnarizine, flunarizine เนื่องจากจะมีผลต่อการปรับตัวของประสาทส่วนกลาง (Central compensation) และ cinnarizine, flunarizine อาจทำให้เกิดอาการพาร์กินสัน (parkinsonism) ได้ โดยหากต้องใช้ยาเกิน 1-2 สัปดาห์ให้พิจารณาใช้ยาในกลุ่ม betahistine แทนได้
5. คำแนะนำผู้ป่วยวิธีปฏิบัติตัวเบื้องต้นเมื่ออยู่บ้าน เมื่อมีอาการเวียนหัวแล้วรีบหาที่นั่งหรือที่นอนพักที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ถ้ามียาแก้เวียนหัว สามารถรับประทานยาบรรเทาอาการได้

สุขภาวะทางตา
(Eye health)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

1. การมองเห็นที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหรือพลัดตกหกล้มได้
2. ลักษณะการมองเห็นที่เป็นปัญหาและพบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น สายตายาว ต้อกระจก ต้อหิน และจอประสาทตาเสื่อมในผู้สงอายุ
3. ภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น เบาหวานขึ้นจอประสาทตา

เป้าหมายการดูแล

เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นชัด ไม่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

แนวทางการประเมิน

1. ผู้ที่มีความเสี่ยงในการมองเห็น ได้แก่
   - เดินชนบ่อย หกล้มบ่อย
   - มองไม่ชัด
   - ปวดตา
   - ตาแดง
   - เห็นภาพซ้อน มีอาการเวียนศีรษะ
   - หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ ทางตา
2. วิธีการคัดกรองสุขภาพตาเบื้องต้น (ภาคผนวกที่ 3)
   - ประเมินการมองเห็นต่อความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะไกล)
   - ประเมินการมองเห็นต่อความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะใกล้)
   - ประเมินต้อกระจก
   - ประเมินต้อหิน กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ญาติสายตรงที่เป็นต้อหิน เคยมีประวัติต้อหินแล้วหนึ่งข้าง พบมีประวัติอุบัติเหตุรุนแรงที่ตา สายตาสั้นมากกว่า 300 ควรมีการคัดกรองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ตามบริบทและศักยภาพของพื้นที่)
   - ประเมินความเสี่ยงโรคจอประสาทตาเสื่อมเนื่องจากอายุ (ภาคผนวกที่ 4)
3. คัดกรองสายตาและประเมินการมองเห็น (visual acuity) ปีละ 1 ครั้ง โดยต้องเน้นย้ำผู้ป่วยควรมาประเมินซ้ำทุกปี
4. ในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจตาเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้งแม้ว่าไม่มีอาการผิดปกติ

5. การตรวจตาในผู้สูงอายุ
   - การตรวจสายตา : ประเมินด้วย Snellen Chart และ pin hole ถ้าดีขึ้นด้วย pin hole น่าจะมีสาเหตุจากสายตาผิดปกติให้ส่งวัดสายตา
   - การตรวจต้อกระจก : ประเมินด้วยไฟฉาย
   - การตรวจต้อหิน : ประเมินด้วยการวัดความดันตา (ขึ้นอยู่กับศักยภาพของพื้นที่)
   - การตรวจจอประสาทตา : ประเมินด้วย Fundus Camera

แนวทางการดูแล

1. ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีสายตาผิดปกติ ควรแนะนำให้ใช้แว่นสายตาเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม
2. ส่งพบจักษุแพทย์ตามแนวทางเวชปฏิบัติ

ฟันปลอม
(Denture)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

การสูญเสียฟันทำให้สูญเสียความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารลดลง ส่งผลต่อการเลือกชนิดอาหารที่รับประทาน และส่งผลต่อการทำงานของระบบย่อยอาหาร ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ อันเป็นปัจจัยในการเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา และการรับประทานอาหารไม่ได้ตามต้องการอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

เป้าหมายการดูแล

เพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหา รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

แนวทางการประเมิน

ควรนำหลักการประเมินผู้สูงอายุแบบครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment) มาใช้ ร่วมกับแบบประเมินสภาพช่องปาก (Oral Health Assessment Tool : OHAT) (ภาคผนวกที่ 5) พร้อมกับดู Body Mass Index (BMI)

แนวทางการดูแล

1. ฟันปลอมควรอยู่ในสภาพดี ไม่หลวมหรือมีขอบคม เนื่องจากจะไประคายเคืองเนื้อเยื่ออื่น ๆ ในช่องปาก
2. ก่อนนอน ควรทำความสะอาดฟันปลอมทุกวันโดยการแปรงด้วยแปรงสีฟันขนนิ่ม เพื่อกำจัดสิ่งสกปรกและคราบจุลินทรีย์ออกจากฟันปลอม แช่ฟันปลอมในน้ำสะอาด หรือในน้ำยาเฉพาะที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ที่เกาะอยู่ที่ผิวฟันปลอม
3. ควรถอดฟันปลอมอย่างน้อยวันละ 4-8 ชั่วโมง ไม่ควรใส่ฟันปลอมนอน เพราะจะทำให้เหงือกและเนื้อเยื่อใต้ฟันปลอมถูกกดทับตลอดเวลา ทำให้เกิดการอักเสบ หรือติดเชื้อราได้
4. การตรวจฟันปลอมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และเปลี่ยนฟันปลอมทุก ๆ 4 ปี
5. กรณีเหงือกอักเสบจากฟันปลอม คือ พบรอยแดงบริเวณใต้ฐานฟันปลอมและหรือแดงตามรูปร่างฐานฟันปลอม มองเห็นแตกต่างชัดเจนกับเหงือกบริเวณอื่น แนะนำส่งพบทันตแพทย์

รอยโรคและแผลในช่องปาก
(Oral lesions and ulcers: Pre-cancerous lesions)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเยื่อเมือกช่องปากในผู้สูงอายุอาจเป็นลักษณะปกติที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ หรืออาจเป็นความผิดปกติ เช่น เกิดจากมะเร็ง ทำให้แยกยากด้วยตัวผู้สูงอายุเองหรือญาติ และผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งในช่องปากสูงกว่าวัยอื่น

เป้าหมายการดูแล

เพื่อค้นหามะเร็งตั้งแต่ระยะแรก

แนวทางการประเมิน

ควรพบทันตแพทย์ทุก ๆ 6 เดือน หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4.1 แผลในปาก

แนวทางการดูแล

รักษาความสะอาดในช่องปากให้มากขึ้น ด้วยการแปรงฟันทุกครั้งหลังอาหาร พิจารณาใช้น้ำยาหรือน้ำเกลือบ้วนปาก หาสาเหตุและแก้ไข แผลควรจะหายภายใน 7-10 วัน หากไม่หายควรส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมหรือทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (biopsy)

4.2 การติดเชื้อ

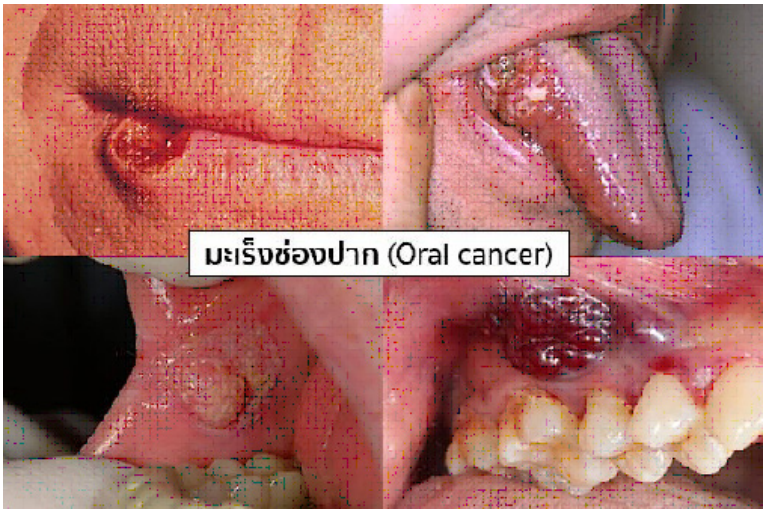
แนวทางการดูแล

รักษาความสะอาดในช่องปากให้มากขึ้น ใช้ยาฆ่าเชื้อตามที่แพทย์แนะนำ พิจารณากำจัดหรือแก้ไขตามสาเหตุหรือปัจจัยชักนำเช่นการใช้ steroid พ่นหลอดลมแล้วไม่บ้วนปากตาม ในบางกรณีอาจให้ยาต้านเชื้อราร่วมด้วย

4.3 รอยโรคที่ช่องปาก จุดฝ้าขาวและก้อนเนื้อผิดปกติที่ลิ้น ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะตรวจพบโดยบังเอิญ ส่วนใหญ่จะเป็น benign lesions แต่บางครั้งอาจเปลี่ยนเป็น malignancy ได้

แนวทางการดูแล

ควรติดตามเฝ้าระวังเป็นระยะ หากมีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะมีรอยแดงหรือมีแผลร่วมด้วย จะเป็นลักษณะบ่งชี้ถึงโอกาสเปลี่ยนเป็น malignancy



กลืนลำบาก
(Dysphagia)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

อาการกลืนลำบาก อาจเป็นอาการแสดงของโรค เช่น โรคทางระบบประสาท มะเร็งศีรษะและคอ หรือเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา นำไปสู่ภาวะขาดอาหารขาดน้ำ และมีความเสี่ยงต่อการสำลักจนเกิดการติดเชื้อในปอดได้

เป้าหมายการดูแล

วินิจฉัยแยกโรคที่เป็นสาเหตุของการกลืนลำบากได้ถูกต้อง

แนวทางการประเมิน

1. ซักประวัติอาการกลืนลำบาก อาการที่ชัดเจน เช่น สำลัก หรือไอระหว่างกลืน อาการที่ไม่ชัดเจน เช่น เสียงแหบ หรือ ชีพจรเร็วเหงื่อแตกเวลากลืนอาหาร
   - กลืนลำบากบริเวณช่วงไหน บริเวณปากหรือลำคอ
   - กลืนลำบากกับของแข็ง หรือของเหลว มากกว่ากัน
   - เป็นทุกครั้งหรือบางครั้ง
   - อาการเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ หรือไม่
   - อาการร่วมอื่น ๆ เช่น กลืนเจ็บ เสียงแหบ สำลัก
2. ตรวจร่างกาย (ช่องปาก และ Neurological sign)
   - Cranial nerve ที่ 5, 7, 9, 10, 11,12
   - แนะนำให้ตรวจ Neurological sign ของร่างกายด้วย
3. แบบประเมิน EAT-10 (ภาคผนวกที่ 6)
4. ช่องปากปกติ และกลืนของแข็งลำบากเด่น น่าจะเป็น Mechanical obstruction
5. ช่องปากปกติ และกลืนของเหลวลำบากเด่น น่าจะเป็น Functional obstruction

แนวทางการดูแล

1. ตรวจดูช่องปาก หาสิ่งผิดปกติ และ ประเมินหาสาเหตุของการกลืนลำบาก
2. ถ้าสงสัย Mechanical obstruction ส่งปรึกษาโสต ศอ นาสิกแพทย์ อายุรแพทย์โรคทางเดินอาหาร หรือศัลยแพทย์
3. ถ้าสงสัย Functional obstruction ส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคระบบประสาท หรือแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
4. อาการกลืนที่พบในผู้สูงอายุ ให้เวลาในการรับประทานอาหารนานขึ้น ปรับบลักษณะอาหารที่ให้รับประทานและใช้วิธีการปรับพฤติกรรม

ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ภาวะขาดสารอาหาร จัดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย และมักซ่อนเร้นอยู่หรืออาจเป็นพื้นฐานของปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพที่ตามมา เช่น ภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ภาวะโลหิตจาง ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ รวมถึงโรคกระดูกพรุน ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะพลัดตกหกล้มได้

เป้าหมายการดูแล

ให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารครบถ้วน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางการประเมิน

1. สอบถามน้ำหนักตัว, BMI และ ความอยากอาหาร
2. หากมีความผิดปกติจากข้อ 1. แบบประเมิน Mimi-Nutritional Assessment short form (MNA-SF) หลังจากนั้นจึงประเมิน full form เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะขาดสารอาหาร (ภาคผนวกที่ 7)

แนวทางการดูแล

1. ส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารทั้งสัดส่วนของอาหารแต่ละชนิดและปริมาณอย่างครบถ้วนถูกต้อง (ภาคผนวกที่ 8) หากพบภาวะขาดสารอาหารพิจารณาส่งพบแพทย์เฉพาะทาง
2. การตรวจคัดกรองเพื่อการวินิจฉัยภาวะขาดสารอาหารตั้งแต่ในระยะแรกของโรค โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและปัจจัยทางสังคม
3. แก้ไขสาเหตุการขาดสารอาหาร
4. พิจารณาให้อาหารเสริมทางการแพทย์ (oral nutritional supplement) ตามความเหมาะสม
5. อาจทดลองให้ v itamin B 1-6-12 หรือ B complex เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา cyproheptadine เพราะจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน (delirium)

การสูญเสียการได้ยิน
(Hearing impairment)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการได้ยินลดลง ทำให้มีปัญหาในการสื่อสารกับผู้อื่น ส่งผลต่อการเข้าสังคม
2. อาจเกิดอุบัติเหตุจากการที่ไม่ได้ยินได้
3. อาจเป็นปัจจัยเสริมของภาวะสมองเสื่อม

เป้าหมายการดูแล

สามารถวินิจฉัยแยกโรค และรักษาตามสาเหตุ

แนวทางการประเมิน

1. ซักประวัติการได้ยิน
2. ประเมินการได้ยินโดยการถูนิ้ว (Finger rub) ตรวจในห้องเงียบ โดยผู้ตรวจและผู้ฟังยืนหันหน้าเข้าหากัน ผู้ตรวจถูนิ้วโป้ง ชี้ กลาง ทดสอบทีละข้าง โดยห่างจากหูเป็นระยะทาง 3 นิ้ว หากผู้ฟังได้ยินเสียง ให้ยกมือข้างที่ได้ยินขึ้น
3. ถ้ามีข้อ 1 หรือ 2 ผิดปกติ พิจารณาส่งตรวจหู (Otoscopy) เพื่อแยกสาเหตุว่าเป็นจากหูชั้นนอก แก้วหู

แนวทางการดูแล

1. หากตรวจพบขี้หูอุดตัน (impact cerumen) ถ้ามีเครื่องมือคีบหรือเครื่องดูด (suction) อาจลองคีบหรือดูดออก แต่ถ้าไม่มีเครื่องมือ ใช้ยาละลายขี้หู (ใช้ได้เฉพาะในกรณีที่แน่ใจว่าไม่มีการทะลุของแก้วหู) ถ้ายังไม่ออก ส่งพบแพทย์เฉพาะทาง
2. ถ้ามีอาการปวดหู น้ำไหลจากหู ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่หูชั้นนอกหรือชั้นกลาง แยกโดยการส่อง Otoscope และให้การรักษาเบื้องต้นได้
3. ถ้ามีการสูญเสียการได้ยินสองข้างเท่า ๆ กัน เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ตรวจหูปกติ อาจเป็นจากหูชั้นในหรือประสาทหูเสื่อม
4. ส่งพบโสต ศอ นาสิกแพทย์เมื่อให้การรักษาเบื้องต้นแล้วไม่ดีขึ้น (2-4 สัปดาห์) ตรวจพบแก้วหูทะลุ หรือตรวจหูปกติแต่มีปัญหาการได้ยินลดลง
5. ผู้สูงอายุมักจะมีประสาทหูเสื่อมในย่านความถี่สูงมากกว่าความถี่ต่ำ ทำให้รับเสียงสูงได้ไม่ชัด ผู้พูดด้วยควรใช้เสียงที่ดังขึ้นและเสียงต่ำลง

การชะลอการเสื่อมของไต
(slowing progression of renal function)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

หลังจากอายุ 30 ปี ไตจะเสื่อมลงประมาณร้อยละ 1 ต่อปี ตามธรรมชาติ การเสื่อมของไตมักไม่แสดงอาการจนการทำงานของไตลดลงมากแล้ว ทำให้เกิดภาวะ electrolyte imbalance ได้บ่อยขึ้นโดยเฉพาะภาวะระดับโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) ถ้ารุนแรงจะมีอาการซึมสับสน ภาวะขาดเกลือและน้ำ (volume depletion) อาจทำให้หน้ามืดและเกิดการหกล้มกระดูกหักตามมา ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นหรือเจือจาง (concentrating & diluting ability) ลดลงทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้นทำให้ไม่อยากออกจากบ้าน เป็นต้น

เป้าหมายการดูแล

เพื่อป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต โดยมีเป้าหมาย

1. ชะลอให้ eGFR ลดลงน้อยกว่า 5 mL/min/1.73m2/ปี
2. ในกรณีมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ < 140/90 mmHg แต่หากผู้ป่วยมี ACR (albumin creatinine ratio) > 30 mg/g หรือ PCR (protein creatinine ratio) > 150 mg/g ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้ < 130/80 mmHg
3. ในกรณีมีเบาหวานร่วมด้วย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น ๆ
4. Proteinuria ควรลดระดับโปรตีนในปัสสาวะให้ต่ำที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่เกิดผลข้างเคียงจากยาที่รักษา

แนวทางการประเมิน

1. การคัดกรองโรคไต ด้วย
   - การตรวจ serum creatinine ร่วมกับวัดระดับ eGFR
   - การตรวจตรวจหา urine protein หรือ urine albumin
   - การตรวจหาเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะด้วยแถบสีจุ่ม ถ้าได้ผลบวกให้ทำการตรวจ microscopic examination โดยละเอียด (เฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงของมะเร็งและนิ่วในทางเดินปัสสาวะ)
2. การติดตามระดับการทำงานของไต ด้วยค่า eGFR และ urine protein หรือ urine albumin

แนวทางการดูแล

1. การคัดกรอง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีทุกรายควรได้รับการคัดกรองโรคไต
2. การรักษาเพื่อชะลอความเสื่อม และ การลดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ
   - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับยา กลุ่ม ACEIs หรือ ARBs และควรปรับเพิ่มขนาดยาจนปริมาณโปรตีนในปัสสาวะน้อยที่สุดโดยไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา และไม่ควรใช้ยากลุ่ม ACEIs ร่วมกับ ARBs
   - ควบคุมเบาหวาน
   - ควบคุมความดันโลหิตสูง

- งดสูบบุหรี่และสุรา
- ผู้ที่มี eGFR< 30mL/min/1.73m2 ควรได้รับอาหารที่มีโปรตีนต่ำ (โปรตีน 0.8 กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัวที่ควรเป็น และเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (high biological value protein)
- หลีกเลี่ยงยาหม้อ ยาลูกกลอน หรือสมุนไพรที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามมาตรฐาน หรือการใช้ยา NSAIDs ต่อเนื่องเป็นเวลานาน
- ผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีภาวะน้ำเกินหรือขาดควรดื่มน้ำวันละประมาณ 2 ลิตร

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary Incontinence)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

1. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุที่สำคัญที่อาจจะไม่ได้รับการใส่ใจ เพราะคิดว่าเป็นเรื่องปกติของการมีอายุมากขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้อาการดีขึ้นหรือรักษาให้หายขาดได้
2. การรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ ที่ถูกต้องและเหมาะสม นอกจากจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นแล้วยังช่วยป้องกันกลุ่มอาการอื่น ๆ ที่จะตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า การแยกตัวจากสังคม การหกล้มจากการตื่นมาปัสสาวะตอนกลางคืน หรือผิวหนังอักเสบจากปัสสาวะเปียกชุ่มอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น

เป้าหมายการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (urinary incontinence) ได้รับการตรวจคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย รักษาและจัดการการดูแลได้อย่างเหมาะสมทั้งการฝึกปฏิบัติ และปรับพฤติกรรมการใช้ยา หรือการส่งต่อข้อมูลเฉพาะทาง

แนวทางการประเมิน

1. การซักประวัติในหัวข้อต่อไปนี้
   1.1. ระยะเวลาที่มีอาการ เพื่อแยกการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบชั่วคราว (acute หรือ transient urinary incontinence) ซึ่งมักเกิดในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน และ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบเรื้อรัง (chronic incontinence หรือ persistent urinary incontinence)
   1.2. ผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ต่อการใช้ชีวิตประจำวัน
   1.3. ประวัติที่เกี่ยวข้อง เช่น ทบทวนยา (ดูในบทการใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุและผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา) โรคร่วม (Co-morbidity) ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน และสิ่งแวดล้อม
   1.4. แบบแผนการถ่ายปัสสาวะ (bladder diary) การถ่ายอุจจาระ และการดื่มน้ำ
2. ตรวจร่างกาย ตามประวัติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรู้คิด การเคลื่อนไหว ระบบประสาท คลำช่องท้อง ตรวจทางทวารหนัก และตรวจภายใน
3. ค้นหาสาเหตุที่แก้ไขได้ โดยเฉพาะกรณีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบชั่วคราวประเมินตาม DIAPPERS (ภาคผนวกที่ 9)
4. กรณีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบเรื้อรัง ประเมินเพื่อหาสาเหตุ โดยแยกประเภทดังตัวอย่างใน ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 อาการ และสาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบเร็อรังแต่ละชนิด

	Stress	Urge	Mixed (stress และ urge)	Overflow	Functional
ประวัติ	ปัสสาวะเล็ด เมื่อความดันในช่องท้องสูงขึ้น เช่น ไอ จาม ปัสสาวะเล็ดไม่มาก	ปัสสาวะเล็ดราดออกมา ไม่สามารถไปห้องน้ำได้ทัน ปริมาณปัสสาวะที่เล็ดราดมากกว่าปัสสาวะเล็ด	มีทั้งปัสสาวะเล็ดและปัสสาวะเล็ดราด ปริมาณปัสสาวะไม่แน่นอน	ปัสสาวะมักเล็ดออกมาเอง ปริมาณน้อย โดยไม่รู้ตัว และไม่ปวดปัสสาวะ	ไม่สามารถไปเข้าห้องน้ำ ได้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการไปปัสสาวะ
สาเหตุ	การหย่อนตัวของท่อปัสสาวะ คอกระเพาะปัสสาวะ หรือความเสื่อมท่อปัสสาวะ	ระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคเบาหวาน มีการระคายเคืองบริเวณกระเพาะปัสสาวะ เช่น นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ	สาเหตุเป็นได้ทั้ง Stress และ Urge	- การอุดกั้นทางเดิน ปัสสาวะส่วนล่าง เช่น ต่อมลูกหมากโต - กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลง เช่น พยาธิสภาพบริเวณไขสันหลัง	มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญา เช่น ภาวะสมองเสื่อม ข้อจำกัดในการเคลื่อน ไหว เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น ห้องน้ำอยู่ไกล

แนวทางการดูแล

1. รักษาสาเหตุที่แก้ไขได้ โดยเฉพาะกรณีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบชั่วคราว
2. กรณีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบเร็อรัง ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น งดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ลดอาหารเค็ม ไม่ดื่มน้ำมากเกินไป ลดความอ้วนในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน และป้องกันท้องผูก
3. กรณีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบเร็อรังแนวทางการดูแล ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แนวทางการดูแลการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบเร็ือรัง

	Stress	Urge	Overflow	Functional
แนวทาง	- การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Pelvic floor muscle training; Kegal exercise) - การใส่อุปกรณ์พยุงช่องคลอด - การใช้ยาไม่ค่อยได้ผล - การผ่าตัด	- ในผู้ที่ปริชานปกติ ควรฝึกกระเพาะปัสสาวะ (bladder training) คือการเพิ่มระยะเวลา ระหว่างการปัสสาวะโดยการเพิ่มเวลาครั้งละ 15-30 นาทีต่อสัปดาห์ จนระยะเวลาระหว่างการปัสสาวะ 2-3 ชั่วโมง - Kegal exercise - ในผู้ที่ปริชานผิดปกติ เช่น ภาวะสมองเสื่อม กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความต้องการที่จะปัสสาวะ - การใช้ยากลุ่ม anticholinergic (ดูบทการใช้ยาฯ)	- รักษาสาเหตุ เช่น ต่อมลูกหมากโต - กรณีภาวะกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนแรง (detrusorunderactivity) อาจต้องใช้วิธีสวนปัสสาวะเป็นครั้งๆ (intermittent catheterization) - การใช้ยา - การผ่าตัด	- ประเมินปัญหาและดูแลเรื่องการเคลื่อนไหว - ปรับปรุงสภาพแวดล้อม เช่น ให้นอนใกล้ห้องน้ำ - หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอ้อมชนิดกางเกงหรือใช้เท่าที่จำเป็นเพื่อสุขอนามัย - ฝึกการถ่ายปัสสาวะเป็นเวลา เช่น ทุก 3-4 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้น้ำปัสสาวะล้น ออกมาจากกระเพาะปัสสาวะ - หากไม่ดีขึ้น 2- 4 สัปดาห์ พึงได้รับการส่งต่อ และได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจากได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางแล้ว

การส่งปรึกษา

ควรส่งปรึกษาในกรณีที่ไม่แน่ใจในการวินิจฉัย หรือให้การรักษาแล้วไม่ดีขึ้น เช่น

1. กรณี Overflow incontinence การตรวจพบว่ายังสามารถคลำกระเพาะปัสสาวะได้จากทางหน้าท้อง (full bladder) อยู่ แม้หลังปัสสาวะเสร็จ
2. ปัสสาวะเหลือค้างหลังปัสสาวะมากกว่า 100 มิลลิลิตร ทราบได้โดยการสวนปัสสาวะหรือใช้อัลตราซาวน์ตามความเหมาะสม
3. กรณี Stress urinary incontinence ที่พบร่วมกับอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานออกมาภายนอก (pelvic organ prolapsed)
4. มีภาวะแทรกซ้อน หรือความผิดปกติอื่น เช่น ปัสสาวะมีเลือด (hematuria) ไตบวมน้ำ (hydronephrosis) จากอัลตร้าซาวน์ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเรื้อรัง ต่อมลูกหมากโตหรือ มีก้อนในต่อมลูกหมาก ตรวจระบบประสาทมีความผิดปกติ
5. การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (ภาคผนวกที่ 10) อย่างสม่ำเสมอ 2 สัปดาห์แล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection: UTI)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ผู้สูงอายุมีโอกาสติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้สูงและจัดเป็นโรคติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้สูงอายุ

เป้าหมายการดูแล

1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาในกรณี uncomplicated UTI
2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้นในกรณีเร่งด่วน เช่น acute pyelonephritis
3. ได้รับการส่งต่อกรณี complicated UTI และได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจากได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางแล้ว

แนวทางการประเมิน

การวินิจฉัย

- Significant bacteriuria หมายถึง การพบปริมาณเชื้อแบคทีเรีย $\geq 10^5$ cfu/ml หรือพบเชื้อตั้งแต่ 10^2-10^4 cfu/ml ร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดง (แต่อาจพบปริมาณเชื้อน้อยกว่าเกณฑ์นี้ในกรณีที่ดื่มน้ำมาก หรือได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนรับการตรวจ)
- Pyuria หมายถึงการพบเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ มากกว่า 5 cell/HPF

ถ้าผู้ป่วยมี significant bacteriuria ควรจะมีเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะมากกว่า 10 cell/HPF หรือมีแบคทีเรีย 1-2 ตัว ต่อ high power field ในปัสสาวะที่ยังไม่ได้ปั่น หรือมากกว่า 20 ตัว ในปัสสาวะที่ปั่นแล้วซึ่งจะเทียบเท่ากับผลเพาะเชื้อได้มากกว่า 105 cfu/mL

เชื้อก่อโรค

ในผู้ป่วย uncomplicated UTI มักเกิดจากเชื้อ E.coli ส่วนผู้ป่วย complicated UTI มักเกิดจากเชื้อหลายชนิด เช่น Enterococci, Pseudomonas, Enterobacter spp, Staphylococcus โดยเฉพาะ Proteus ร่วมกับ E. coli โดยทั่วไปไม่ต้องส่งปัสสาวะเพาะเชื้อยกเว้นกรณี ต่อไปนี้

1. ผู้ป่วย complicated UTI
2. เคยติดเชื้อ UTI ในช่วงสามสัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งอาจเกิดจาก relapseได้
3. มีอาการมานานกว่า 7 วัน
4. ต้องนอนโรงพยาบาลหรือได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะมาเมื่อไม่นานนี้ (สงสัย nosocomial infection)
5. ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต
6. ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต
7. ผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัยส่งเสริม

ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การอุดกั้นทางเดินปัสสาวะและปัสสาวะไม่หมดเหลือค้าง ในผู้ชายเช่น ต่อมลูกหมากโต ในผู้หญิงได้แก่ปากมดลูกหย่อน สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ neurogenic bladder โรคเบาหวานในผู้ที่ระดับน้ำตาลสูงหรือมี neurogenic bladder จาก diabetic neuropathy ผู้หญิงหลังหมดประจำเดือนจะมีระดับฮอร์โมน estrogen ลดลง ทำให้ lactobacilli ในช่องคลอดลดลงและมี E.coli เพิ่มขึ้น การกลั้นปัสสาวะ การสูบบุหรี่ การใช้สายสวนปัสสาวะ นิ่วในทางเดินปัสสาวะ และ tumor

การส่งตรวจทางรังสี

เพื่อตรวจหาความผิดปกติทางกายวิภาคต่าง ๆ โดยอาจพิจารณาการส่งตรวจตามตารางด้านล่าง

ตารางที่ 8 การตรวจหาความผิดปกติทางกายวิภาคต่าง ๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะ

การตรวจ	นิ่ว	Tumor	การอุดกั้น	ลักษณะเยื่อบุ	การไหลย้อน
Plain KUB	+ (opac stone)	-	-	-	-
Ultrasound	+ (opac & non-opac stone)	+	+	-	-
CT scan (ให้รายละเอียดมากกว่า ultrasound)	+	+	+	-	-
Intravenous pyelogram (IVP)	+ (opac & non-opac stone)	-	+	-	-
Voiding cystourethrography (VCU)	-	-	-	-	+
Urethrocystoscopy & ureterorenoscopy	+	+	+	+	-

แนวทางการดูแล

ก่อนให้การรักษาต้องแยกว่าผู้ป่วยเป็นกลุ่ม complicated UTI หรือไม่ โดยหากเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่วนบน เช่น กรวยไตอักเสบ (acute pyelonephritis) สังเกตได้จาก มักมีไข้ ปวดเอว ซึม หรือ เบื่ออาหาร)
2. มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ (ติดเชื้อเดิมภายใน 2 สัปดาห์หลังหยุดยาปฏิชีวนะ หรือติดเชื้อซ้ำมากกว่า 4 ครั้งต่อปี)
3. ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะมาก่อนแล้วไม่ได้ผล
4. ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ
5. มีการติดเชื้อจากโรงพยาบาล
6. ผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะมาเมื่อไม่นาน
7. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกายวิภาคของทางเดินปัสสาวะ เช่นการอุดกั้น หรือ ไหลย้อน
8. การติดเชื้อร่วมกับการเสื่อมลงของหน้าที่ของไต
9. ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง
10. ผู้ป่วยสูงอายุ
11. ผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ป่วย complicated UTI ไม่ควรให้ยาปฏิชีวนะระยะสั้น (<7 วัน) ควรให้ยารักษานาน 2-6 สัปดาห์ ร่วมกับการแก้ไขปัจจัยส่งเสริมต่างๆ

การให้ยาปฏิชีวนะ

ตารางที่ 9 แสดงการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

ชื่อยา	ขนาดยา	ระยะห่างการให้ยา	ระยะเวลาให้ยา
Uncomplicated UTI			
Trimethoprim-sulfametho xazole	160/800 mg	ทุก 12 ชม.	3-7 วัน
Ofloxacin	200 mg	ทุก 12 ชม.	
Ciprofloxacin	250 mg	ทุก 12 ชม.	
Levofloxacin	250 mg	ทุก 12 ชม.	
Amoxicillin-clavulanate	500/125 mg	ทุก 12 ชม.	
acute uncomplicated pyelonephritis และ complicated UTI			
Ceftriaxone	1,000-2,000 mg	ทุก 24 ชม.	2-6 สัปดาห์ ควรเริ่มด้วยยาฉีดเมื่อไข้ลดลงแล้ว 24 ชม. สามารถเปลี่ยนเป็นยารับประทานตามผลเพาะเชื้อและผล sensitivity ต่อยา
Cefepime	1,000-2,000 mg	ทุก 12 ชม.	
Ofloxacin	200-400 mg	ทุก 12 ชม.	
Ciprofloxacin extended release	200-400 mg	ทุก 12 ชม.	
Levofloxacin	250-500 mg	ทุก 24 ชม.	
Gentamicin (±ampicillin)	3-5 mg/kg 1 mg/kg	ทุก 24 ชม. ทุก 8 ชม.	
Ampicillin	1,000 mg	ทุก 6 ชม.	
Ampicillin-sulbactam	1,500 mg	ทุก 6 ชม.	

ดัดแปลงมาจาก : Feehally J,Floege J.Comprehensive Clinical Nephrology 3rd ed,2007,p607) Asymptomatic bacteriuria หมายถึงกรณีที่ตรวจพบเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ (significant bacteriuria) แต่ไม่มีอาการ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยปกติแล้วไม่จำเป็นต้องรักษา (มีข้อบ่งชี้การรักษาในเฉพาะสัตรีมีครรภ์หรือในเด็กเล็ก) ยกเว้นจะต้องทำหัตถการในทางเดินปัสสาวะ ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานหรือภูมิคุ้มกันบกพร่องอาจติดตามอย่างใกล้ชิด

ควรส่งพบแพทย์เฉพาะทางเมื่อ

- มีการติดเชื้อซ้ำมากกว่า 4 ครั้งต่อปี
- ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะตรงกับเชื้อก่อโรคแล้วไม่ได้ผล
- รักษาแล้วอาการแย่ลง เช่นมีอาการ sepsis เช่น ซึม ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
- รักษามา 14 วันแล้วยังไม่หาย รวมทั้งไม่มีอาการอื่นแล้วแต่มีเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะตลอด (persistent pyuria) ซึ่งอาจมีสาเหตุอื่น เช่น interstitial nephritis จากยา, tuberculosis หรือ malignancy เป็นต้น
- ตรวจพบความผิดปกติทางกายวิภาคของทางเดินปัสสาวะ เช่นการอุดกั้น หรือ ไหลย้อน
- หน้าที่ของไตแย่ลง โดยให้สารน้ำแล้วไม่ดีขึ้น

ปวดข้อเข่า
(Knee arthralgia)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

1. อาการปวดเข่าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุ หากปล่อยไว้จนมีอาการรุนแรงจะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะติดบ้าน ติดเตียงมากขึ้น
2. อาการปวดเข่าทำให้ผู้สูงอายุเดินได้ไม่มั่นคง เพิ่มความเสี่ยงหกล้มกระดูกหัก

เป้าหมายการดูแล

เพื่อให้สามารถให้การวินิจฉัยแยกโรค และ ให้การดูแลรักษาเบื้องต้นได้ หากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 1-2 สัปดาห์ หรือแย่ลงจึงส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง

แนวทางการประเมิน

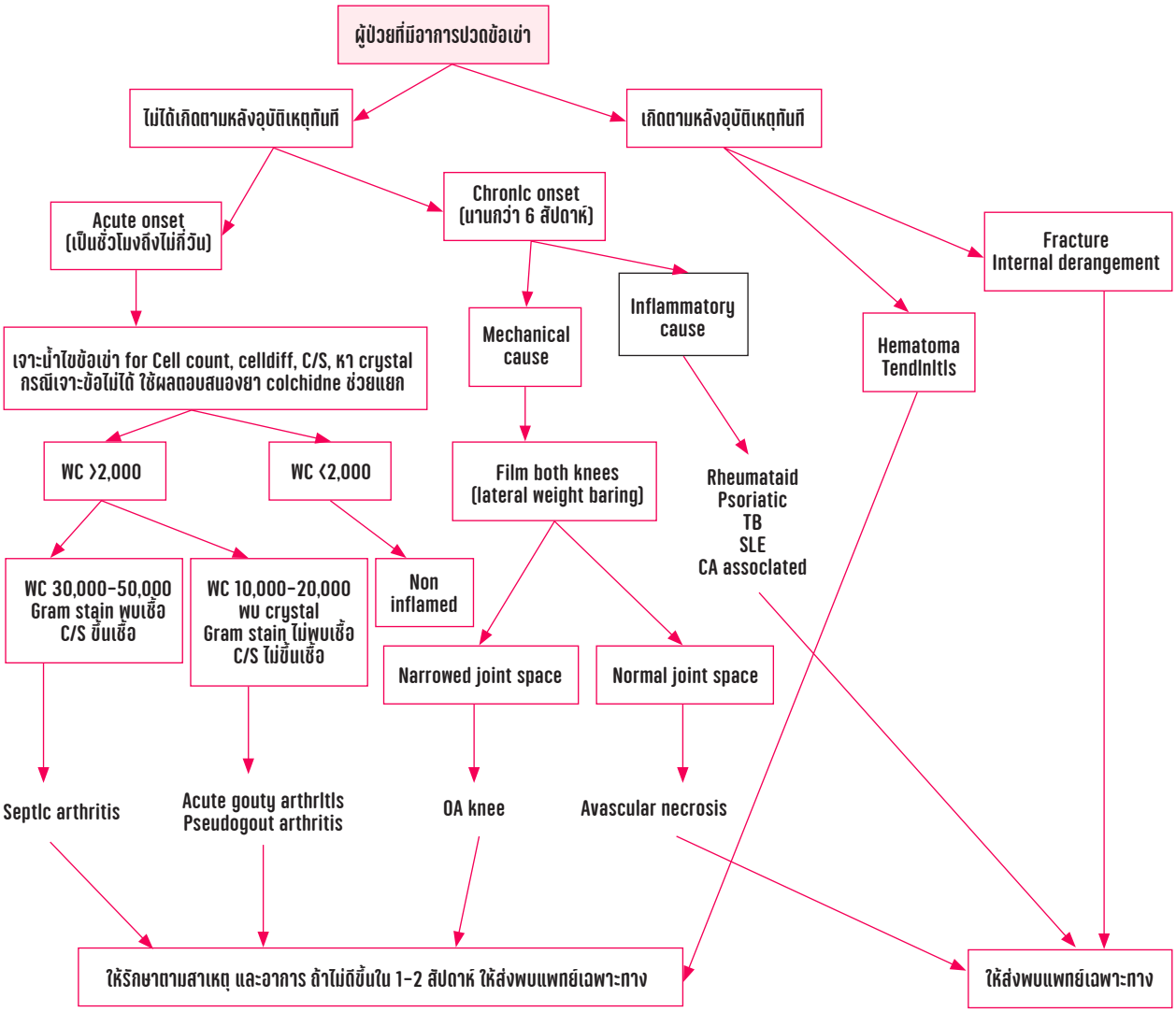
1. แยกสาเหตุว่าเกิดจากโครงสร้างภายในข้อเข่า (intra-articular structure) หรือโครงสร้างที่อยู่ภายนอกรอบเข่า (peri-articular structure) เช่น tendinitis, bursitis, myositis เป็นต้น โดยการตรวจพิสัยการเคลื่อนที่ (range of motion; ROM) ของเข่าข้างที่มีปัญหาเทียบกับอีกข้างที่ปกติดี โดยให้ผู้ป่วยทำ active ROM ก่อนว่าทำได้แค่ไหน หลังจากนั้นผู้ตรวจจึงลองขยับเพิ่มให้จนสุด หรือจนผู้ป่วยเริ่มเจ็บ (passive ROM) แปลผลตามตารางด้านล่าง

ตารางที่ 10 แสดงการแยกสาเหตุของอาการปวดเข่าว่าเกิดจากโครงสร้างภายในข้อเข่า (intra-articular structure) หรือโครงสร้างที่อยู่ภายนอกรอบเข่า (peri-articular structure)

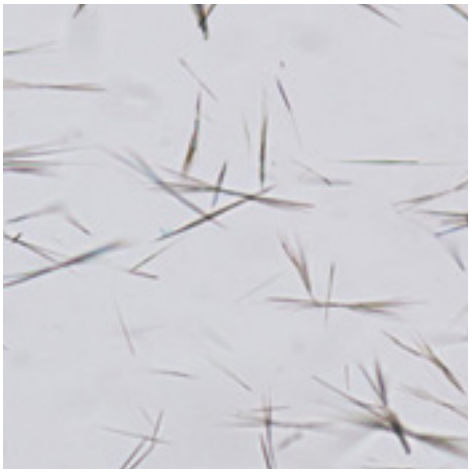
อาการ/อาการแสดง	Intra-articular	Peri-articular
การตรวจ active ROM แล้วตามด้วย passive ROM แล้วเปรียบเทียบกัน	active ROM = passive ROM	active ROM < passive ROM
อาการเจ็บขณะขยับเข่า	ทุกทิศทาง	บางทิศทาง

2. แยกสาเหตุที่เกิดจาก intra-articular structure ตาม diagram ด้านล่าง

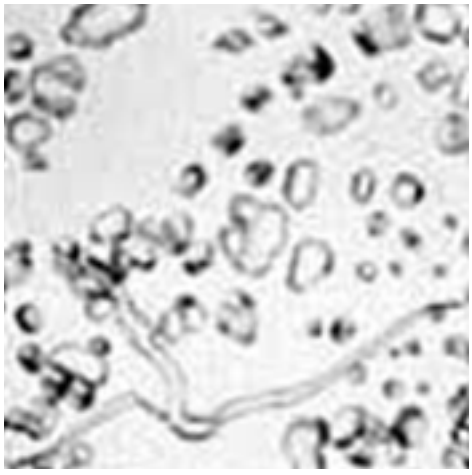
แผนภูมิที่ 4 การแยกสาเหตุที่เกิดจาก intra-articular structure



*** หากสงสัย septic arthritis ต้องส่งแพทย์เฉพาะทางให้เร็วที่สุด ควรภายใน 3 วันหลังผลการเพาะเชื้อน้ำไขข้อ (synovial fluid culture) ออก ไม่ว่าผลบวกหรือลบ 1-2 สัปดาห์ใช้ได้แค่สงสัยโรคกลุ่มที่ไม่ค่อยมีอาการอักเสบ ไม่มีไข้ ไม่มี constitutional symptoms



ผลึก monosodium urate (Gout)



ผลึก CPPD (pseudogout)

ในกรณี ปวดเข่าที่เป็น acute onset (อาจเป็น septic arthritis หรือ crystal-induced arthritis) และไม่สามารถเจาะน้ำไขข้อเข่าตรวจได้ ให้ทดลองการรักษาเบื้องต้นด้วย colchicine 1 เม็ด 2-3 ครั้งต่อวัน หลังให้ยาภายใน 12-24 ชม. แรก ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วถ้าเป็นกลุ่ม crystal-induced arthritis แต่ถ้าเป็น septic arthritis อาการจะไม่ดีขึ้น

ตารางที่ 11 แสดงการแยกสาเหตุของอาการปวดข้อ

อาการ/อาการแสดง	Inflammatory cause	Mechanical cause
ระยะเวลาคงอยู่ (duration) ของอาการ morning stiffness	>30 นาที	<15 นาที
อาการปวดหลังหยุดพัก	ไม่ดีขึ้น หรือ แย่ลง	ดีขึ้นชัดเจน
constitutional symptoms ต่างๆ เช่น ไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด	มี	ไม่มี
บวม แดง ร้อน มีน้ำไขข้อ	พบได้บ่อย	พบไม่บ่อย

ตารางที่ 12 แสดงรายการโรคที่ควรนึกถึงตามอาการและอาการแสดงร่วม

อาการ/อาการแสดงร่วม	โรคที่ควรนึกถึง
ผื่นสะเก็ดเงิน, pitting nail, รังแค	psoriatic arthritis
มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหงื่อออกตอนกลางคืน	TB, หรือกลุ่ม carcinomatous polyarthritis, hypertrophic osteoarthropathy ซึ่งอาการข้ออักเสบมีความสัมพันธ์กับโรคมะเร็งบางชนิด
ผื่น ผมร่วง แผลในปาก ตาแห้ง น้ำลายแห้ง	systemic autoimmune diseases

แนวทางการดูแล

1. หากผู้ป่วยสงสัย septic arthritis ต้องทำการเจาะตรวจน้ำไขข้อก่อนที่จะเริ่มการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเสมอ เนื่องจากมีผลให้การขึ้นของเชื้อจากการเพาะเชื้อต่ำลง การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะควรพิจารณาเป็น board spectrum antibiotic ที่ครอบคลุม gram positive เป็นหลัก หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคไต ควรต้องให้ครอบคลุมถึง gram negative ด้วย ร่วมกับเจาะระบายน้ำไขข้อทุกวัน
2. กรณี crystal induced arthritis หากผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการให้ยา colchicine ควรเริ่มยาภายในเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังจากเริ่มมีอาการ โดยให้ colchicine (0.6) 1 เม็ด รับประทานทันที หลังจากนั้นประมาณ 4-6 ชั่วโมง ให้ซ้ำอีก 1 เม็ด หลังจากนั้นหากไม่มีถ่ายอุจจาระบ่อยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อวัน ให้ต่อ 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง หากผู้ป่วยแพ้ colchicine ไม่มีปัญหาโรคตับ ไต โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร หรือแพ้ยากลุ่ม NSAIDs สามารถให้การรักษาด้วย ยา Naproxen (250) 1x2 pc ให้นานประมาณ 5-7 วัน หากผู้ป่วยแพ้ conventional NSAIDs อาจพิจารณาให้ Etoricoxib (60) 1x1 pc แทนได้ ในกรณีดังนี้ ที่ควรส่งพบผู้เชี่ยวชาญ

2.1 รักษาข้างต้นแล้วอาการไม่ดีขึ้นใน 1 สัปดาห์

2.2 มี constitutional symptoms ร่วมด้วย

2.3 มีความเป็นไปได้สูงว่าข้ออักเสบเกิดจากข้ออักเสบติดเชื้อ

2.4 ให้การรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นภายใน 3-5 วัน หรืออาการแย่ลง

3. กรณีสงสัยว่าน่าจะเป็น OA knee ควรทำการพิสูจน์ด้วยการถ่ายภาพรังสีเข่าทั้งสองข้างในท่ายืนลงน้ำหนัก (หากทำได้) การรักษาเบื้องต้น พักการใช้งาน ให้ยาแก้ปวด Acetaminophen (500) 1 เม็ด เวลามีอาการปวด หรือยา Tramadol หากรับประทานยา Acetaminophen แล้วอาการไม่ดีขึ้น ไม่ควรใช้ NSAIDs หากตรวจไม่พบการอักเสบร่วมด้วย นอกจากนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสำคัญอย่างมาก เช่น หากน้ำหนักมาก ควรต้องลดน้ำหนักลง ไม่ควรนั่งยอง ๆ กับพื้น ควรออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อ quadriceps เพื่อเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อจะช่วยลดอาการปวดเข่าได้ ปัจจุบันหากผู้ป่วยมีภาวะข้อเข่าเสื่อมรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก อาจพิจารณาให้ยา glucosamine sulfate ชนิดรับประทาน หรือฉีด hyaluronic acid เข้าข้อ
4. การให้ NSAIDs ในผู้สูงอายุ ต้องระมัดระวังอย่างมาก ไม่ควรให้นานเกิน 3-5 วัน ควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่องเนื่องจากจะมีผลให้การทำงานของไตยิ่งเสื่อมลง นอกจากนั้นยังต้องระมัดระวังผลข้างเคียงในแง่ทำให้ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจขาดเลือด และภาวะหัวใจล้มเหลว หากต้องการผลในแง่แก้ปวดอาจพิจารณาให้ยาในกลุ่ม tramadol ทดแทนซึ่งมีผลข้างเคียงต่อตับ ไต หัวใจ น้อยกว่า ***แต่ต้องระวังการใช้ในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งผลข้างเคียงของยาอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ พลัดตกหกล้มและเกิดอาการซึมสับสนได้***

ภาวะหกล้ม
(Falls)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุจัดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย ซึ่งอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหกล้มจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น นำไปสู่ความเจ็บป่วย ภาวะกระดูกหัก ความพิการ การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และอาจเป็นสาเหตุให้กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง จนถึงการเสียชีวิต จึงเป็นเรื่องสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ จะต้องหาสาเหตุ ให้การรักษา และป้องกันการเกิดซ้ำ

เป้าหมายการดูแล

เพื่อป้องกันการหกล้ม การหกล้มซ้ำ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา เช่น การไม่เคลื่อนไหว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

แนวทางการประเมิน

ประเมินเบื้องต้นโดยการซักประวัติ เหล่านี้ ได้แก่

1. ผู้ที่มีประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา
2. ผู้ที่มีปัญหาการเดินและทรงตัว เช่น เดินสะดุดบนพื้นราบ เดินช้าลง
3. ผู้ที่กลัวการหกล้ม

หากมีความเสี่ยง ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงด้วย Time Up and Go Test (TUGT) (ภาคผนวกที่ 11) โดยผู้ที่ใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที หรือมีท่าทางการเดินที่บกพร่อง จะมีความเสี่ยงในการล้ม และควรได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มเพิ่มเติม ทั้งด้านปัจจัยภายในร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุ ยาที่ใช้ และสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยง

แนวทางการดูแล

1. ประเมินและแก้ไขปัญหาเรื่องการมองเห็น เช่น การผ่าตัดรักษาต้อกระจกหากมีข้อบ่งชี้ การใส่แว่นเพื่อแก้ไขปัญหาสายตา ผู้สูงอายุไม่ควรใช้แว่นที่มีเลนส์ในการมองใกล้และไกลในอันเดียวกัน (bifocal lens)
2. ทบทวนการใช้ยา โดยงดหรือลดการใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม รวมทั้งลดจำนวนยาที่ใช้ให้เหลือเท่าที่จำเป็น (ดูในบทการใช้ยาฯ)
   2.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาลดความดันโลหิตควรได้รับการประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง (orthostatic hypotension)
   2.2 หลีกเลี่ยงยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่น ยานอนหลับ ยาต้านการซึมเศร้า
3. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของขาและสะโพก การฝึกทรงตัว และการเดิน
4. การแก้ไขปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
5. การตรวจรักษาปัญหาที่เท้าและให้การรักษาที่เหมาะสม ผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับรองเท้าที่เหมาะสม ไม่ใช้รองเท้ายางที่พื้นสึก เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะหกล้ม
6. ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์ช่วยเดินตามความเหมาะสม และประเมินการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในกรณีที่ใช้อยู่แล้ว
7. ผู้สูงอายุที่ตรวจพบว่าขาดวิตามินดี ควรได้รับวิตามินดีเสริม
8. ควรประเมินภาวะกระดูกพรุน และส่งเสริมป้องกันการเกิดกระดูกหัก
9. ประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและปรับเปลี่ยนให้เกิดความปลอดภัย
10. เมื่อไม่ปรากฏสาเหตุของภาวะหกล้มที่ชัดเจน ควรส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการประเมินโดยอายุรแพทย์

นอนไม่หลับ
(Insomnia)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ภาวะนอนไม่หลับจัดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบบ่อย ซึ่งรวมถึงการเริ่มหลับยาก หลับไม่สนิทตื่นบ่อย การหลับยากหลังจากตื่นนอน หรือการตื่นเช้าเกินไปแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ ภาวะนอนไม่หลับนั้นส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน เช่น ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย มีอารมณ์หงุดหงิด หรือง่วงมากในระหว่างวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุได้

เป้าหมายการดูแล

เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเป็นปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางการประเมิน

การประเมินผู้สูงอายุที่มีปัญหานอนไม่หลับในเบื้องต้นต้องทำการประเมินให้ได้ก่อนว่าเป็นปัญหาอื่นที่ซ่อนเร้นอยู่ที่ไม่ใช่ภาวะนอนไม่หลับหรือไม่ ภาวะที่สำคัญมากที่ต้องแยกโรคคือภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล

การซักประวัติในขั้นแรก ควรถามระยะเวลาที่มีปัญหานอนไม่หลับว่าเป็นมานานเพียงใด ในผู้ที่มีปัญหาภาวะนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในระยะสั้น อาการมักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยกระตุ้นบางอย่างที่ชัดเจน เช่น มีการย้ายบ้านใหม่ มีเครียดหรือกังวล การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สภาพแวดล้อมที่ไม่สงบ ซึ่งหากภาวะความเครียดเหล่านี้ไม่ได้มีการจัดการที่เหมาะสม อาจกลายเป็นปัญหาระยาวได้

หากเป็นการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง (นานกว่า 1 เดือน) อาจเกิดจากมีโรคเรื้อรังทางกายร่วมอยู่ด้วยได้แก่ โรคข้ออักเสบ โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคทางระบบประสาทโดยภาวะความเจ็บปวดหรือความไม่สบายตัวจากโรคดังกล่าว อาจมีผลรบกวนการนอน หรือทำให้ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ เช่น โรคต่อมลูกหมากโต ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับโรคทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล นอกจากนั้นยังมียาบางชนิดซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับได้ หรือยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงตอนกลางวันก็อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุนอนตอนกลางวันมากแล้วนอนไม่หลับในตอนกลางคืน เป็นต้น

ลักษณะคำถามที่ควรถามผู้ที่มีปัญหาการนอน

1. ระยะเวลาที่ไปเข้านอน เวลาที่ใช้ตั้งแต่เข้านอนจนหลับจริง (sleep latency) เวลาที่ตื่น จำนวนครั้งและระยะเวลาที่ตื่น และเวลาที่ลุกออกจากเตียง เพื่อหาระยะเวลาที่หลับได้ทั้งหมด
2. คุณภาพการนอน เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับคุณภาพการนอนของตัวเอง ความพึงพอใจ
3. พฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ได้แก่ การทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่ใช่การนอนบนเตียง (การดูโทรทัศน์ โทรศัพท์ อ่านหนังสือ) สิ่งแวดล้อมในห้องนอน (อุณหภูมิห้อง แสงสว่าง เสียง) คู่นอนและสัตว์เลี้ยง ตลอดจนสาเหตุที่ผู้ป่วยคิดว่าทำให้ตื่นนอน

4. อาการอื่น ๆ ที่จะบ่งชี้ถึงโรคความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน (sleep disorders) เช่น โรค obstructive sleep apnea ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการกรน มีการหยุดหายใจระหว่างนอน restless legs syndrome ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการที่ต้องขยับขาอยู่บ่อยๆ parasomnias ซึ่งผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่แปลก ๆ ในช่วงที่นอน circadian rhythm disorders ที่ผู้ป่วยจะมีเวลาในการนอนที่ผิดไปจากเวลานอนทั่วไป เช่น นอนตั้งแต่เย็นแล้วไปตื่นตอนดึก เป็นต้น
5. กิจกรรมที่ทำในระหว่างวันซึ่งส่งผลให้นอนไม่หลับ และผลกระทบที่เกิดจากปัญหาในการนอน เช่น การงีบหลับในเวลากลางวัน การออกกำลังกาย กิจกรรมต่าง ๆ ระหว่างวัน ภาวะเครียดและวิตกกังวล การใช้คาเฟอีน แอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เป็นต้น

แนวทางการดูแล

1. หาและแก้ไขสาเหตุ
2. การสอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสุขบัญญัติการนอนหลับ (sleep hygiene) ได้แก่
   - อย่าพยายามฝืนหลับ เมื่อนอนไม่หลับอย่านอนพลิกตัวอยู่บนเตียงนอน ให้ลุกออกมาหากิจกรรมอื่นที่ค่อนข้างผ่อนคลายทำจนกว่าจะง่วงแล้วจึงกลับไปนอนที่เตียงใหม่
   - หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เช่น การดื่มกาแฟ สูบบุหรี่
   - ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม
   - จัดรูปแบบการนอนให้สม่ำเสมอในตลอดสัปดาห์ หลีกเลี่ยงการนอนตื่นสาย ๆ ในวันหยุด และตื่นเช้า ๆ ในวันทำงาน
   - หลีกเลี่ยงการนอนกลางวัน
   - ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายห่างจากเวลานอนอย่างน้อย 6 ชั่วโมง
   - สร้างบรรยากาศห้องนอนให้เหมาะสมกับการนอนในเวลานอนคือ มืด เงียบ อากาศถ่ายเทได้ดี อุณหภูมิเหมาะสม
   - มีการเตรียมตัวเพื่อให้การนอนเป็นไปอย่างมีคุณภาพ เช่น ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย ประมาณ 20-30 นาที ก่อนจะนอน เช่น ฟังดนตรีเบา ๆ นั่งสมาธิ เล่นโยคะ
   - อาบน้ำอุ่น ๆ
   - รับประทานของว่างเบา ๆ ที่อาจช่วยให้หลับดีขึ้น เช่น ดื่มนมอุ่นๆ อาหารที่มี tryptophan เช่น กล้วย หลีกเลี่ยงอาหารโปรตีนสูง
   - ก่อนนอนควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อหนัก และหลีกเลี่ยงการคิดเรื่องหนัก ๆ ปัญหาที่พบมาระหว่างวัน เป็นต้น

3. การรักษาด้วยยา
    - ไม่ควรสั่งยาช่วยการนอนหลับโดยไม่ทราบสาเหตุ หากจำเป็นต้องใช้ยาช่วยการนอนหลับควรใช้ในระยะสั้น 2-3 สัปดาห์หรือรับประทานยาเป็นบางคืนเมื่อต้องการ ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาเป็นประจำ เพื่อเป็นการรักษาอาการนอนไม่หลับเบื้องต้นร่วมกับการรักษาสาเหตุ และการรักษาด้วยวิธีไม่ใช้ยา และ แพทย์ควรนัดติดตามอาการและการใช้ยาสม่ำเสมอเพื่อประเมินอาการ และความจำเป็นในการใช้ยา
    - หลีกเลี่ยงการให้ยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทในช่วงก่อนนอนหรือหลังอาหารเย็น การให้ยาที่ทำให้ง่วงนอน เช่น antihistamine ก็ควรจะเลือกให้ในตอนกลางคืน
    - ไม่ควรใช้ยากลุ่ม anti-histamine และยา tricyclic ที่มีฤทธิ์ anticholinergic มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงสูง เช่น อาการซึมสับสน
    - ยาในกลุ่ม benzodiazepine กลุ่มออกฤทธิ์สั้นยังเป็นที่แนะนำให้ใช้ได้ในขนาดต่ำๆ โดยระบุว่า ขนาดยาที่ไม่เกินขนาดแนะนำต่อวันยังถือว่ามีความปลอดภัยพอสมควรในผู้สูงอายุ ซึ่งยาดังกล่าวได้แก่ lorazepam ขนาดไม่เกิน 3 มิลลิกรัม alprazolam ไม่เกิน 2 มิลลิกรัม temazepam ไม่เกิน 15 มิลลิกรัม หลีกเลี่ยงการใช้ยา benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์ยาว เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลข้างเคียงต่าง ๆ เช่น ทำให้มีอาการง่วงซึมในตอนเช้า ทำให้มีปัญหาการหลงลืมหลังได้ยา ทำให้การทรงตัวไม่ดี เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มและกระดูกหัก เป็นต้น

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(Non-communicable disease)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมหลายโรค และ เป็นกลุ่มวัยที่จะเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น ที่ทำให้เป้าหมายการดูแลแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่นแม้เป็นโรคเดียวกัน

เป้าหมายการดูแล

สามารถควบคุม ชะลอ การดำเนินโรค เกิดภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรคและจากการรักษาให้น้อยที่สุด

แนวทางการประเมิน

1. ความดันโลหิตสูง

การวัดความดันโลหิต มีควรข้อคำนึงดังนี้

- ในการประเมินครั้งแรกควรวัดความดันโลหิตแขนทั้ง 2 ข้าง ถ้าแตกต่างกันเกิน 20/10 มม.ปรอท ควรส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ถ้าระดับความดันโลหิตตัวบนแตกต่างกัน 10-20 มม.ปรอท ให้วัดความดันข้างที่สูงกว่า
- มีความแปรปรวนอย่างมากอาจถึงร้อยละ 50 ในแต่ละช่วงวันของเวลา อาจพบ White-coat hypertention ในขณะมาตรวจที่สถานพยาบาล ควรแนะนำให้วัดความดันโลหิตที่บ้านเพื่อพิจารณาร่วมด้วย
- การวัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน แนะนำให้วัดช่วงเวลาเช้า และช่วงเย็น โดยควรวัด 2 ครั้งในแต่ละช่วงเวลา แต่ละครั้งห่างกัน 1 นาที ติดต่อกัน 3-7 วัน ไม่ควรวัดความดันภายใน 2 ชม.หลังรับประทานอาหาร
- ในกรณีมีอาการเวียนศีรษะ โดยเฉพาะเวลาเปลี่ยนอิริยาบท เช่นจากนอนเป็นนั่ง หรือ จากนั่งเป็นยืน ควรตรวจภาวะ orthostatic hypotension

วิธีการวัด Orthostatic hypotension

สำหรับการตรวจผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยที่มีอาการวิงเวียนหรือหน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืนควรวัดความดันโลหิตในท่ายืนด้วยโดยวัดความดันโลหิตในท่านอนก่อนหลังจากนั้นให้ผู้ป่วยลุกยืนแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำอีก 2 ครั้งภายในเวลา 1 และ 3 นาทีหลังลุกขึ้นยืนหาก SBP ในท่ายืนต่ำกว่าในท่านอน ≥ 20 มม.ปรอทหรือผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนให้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ orthostatic hypotension

- ในกรณีความดันโลหิตสูง เมื่อเพิ่มยามีอาการมึนหรือเวียนศีรษะ แต่ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ควรตรวจภาวะ pseudo hypertension โดยวิธี Osler maneuver คือเมื่อบีบ cuff สูงกว่าระดับความดันตัวบน ยังคลำหลอดเลือดแดงได้ เช่น หลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือ บ่งบอกถึงภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ความดันที่วัดได้มักจะสูงกว่าความดันจริงในหลอดเลือด

เป้าหมายระดับความดันโลหิต

ตารางที่ 13 เป้าหมายระดับความดันโลหิต (อ้างอิงจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ปี 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย)

กลุ่มอายุ	เป็นเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง	มีโรคเบาหวาน	มีโรคไตเรื้อรัง	มีโรคหลอดเลือดหัวใจ	เคยมี stroke/TIA
65-79 ปี	130-139/70-79	130-139/70-79	130-139/70-79	130-139/70-79	130-139/70-79
≥ 80 ปี	130-139/70-79	130-139/70-79	130-139/70-79	130-139/70-79	130-139/70-79

กรณีวัดความดันโลหิตที่บ้าน : 135-85 mmHg แต่ถ้าอายุ > 80 ปี : 140/85 mmHg

ตารางที่ 14 เป้าหมายระดับความดันโลหิต (อ้างอิงจาก The Joint National Committee 8 Hypertension Guideline 2019)

≥ 60 ปี	ไม่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง	< 150/90 mmHg
	มีโรคเบาหวาน	< 140/90 mmHg
	มีโรคไตเรื้อรังและ/หรือโรคเบาหวาน	< 140/90 mmHg

สำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แนะนำให้เป้าหมายของการรักษาระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้านต่ำกว่า 135/85 มม.ปรอทเช่นเดียวกัน ยกเว้นผู้ที่อายุมาก (เช่น เกิน 80 ปี) อาจผ่อนผันให้ตั้งเป้าหมายให้ต่ำกว่า 140/85 มม.ปรอท

2.เบาหวาน

ควรคำนึงถึงมาตรฐานการตรวจ ได้แก่นำเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลที่ใช้อยู่ มาตรวจเพื่อดูความถูกต้อง เช่น เทียบกับระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจสอบแถบวัดระดับน้ำตาล เช่น วันหมดอายุ ไม่ควรโดนแสงแดด และความชื้น

แนวทางการดูแล

การตั้งเป้าหมายการรักษาให้ผู้สูงอายุควรพิจารณารอบด้าน เช่น อายุคาดเฉลี่ย (life expectancy) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (function) และปัจจัยด้านสังคม เช่น การมีผู้ดูแลติดตามอาการอย่างใกล้ชิดหรือไม่ แล้วจึงพิจารณาเป้าหมายการรักษาเป็นรายบุคคลไป โดยพิจารณาผลข้างเคียงจากการใช้ยาร่วมด้วย ระวังการรักษาที่เข้มงวดมากเกินไป เช่น ในแนวเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน สมาคมแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุอเมริกา ที่แนะนำให้ระมัดระวังการควบคุมระดับน้ำตาลที่ HbA1C < 6.5% , FPG < 120 mg/dL เพราะจะมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลต่ำได้สูง และหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าผู้สูงอายุไขมันที่ต่ำเกินไปจะเพิ่มอัตราเสียชีวิตในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 15 เป้าหมายระดับน้ำตาล (อ้างอิงจากแนวเวชปฏิบัติ DM ปี 2560)

	ระดับน้ำตาล		
	A1C	Fasting or pre-prandial glucose	Bedtime glucose
ผู้ที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคร่วม	A1C<7.5% (58 mmol/mol)	90-130 mg/dL (5.0-7.2 mmol/L)	90-150 mg/dL (5.0-8.3 mmol/L)
ผู้ที่มีโรคร่วม ช่วยเหลือตัวเองได้	<8.0% (64 mmol/mol)	90-150 mg/dL (5.0-8.3 mmol/L)	100-180 mg/dL (5.6-10.0 mmol/L)
ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ - มีภาวะเปราะบาง - มีภาวะสมองเสื่อม	<8.5% (69 mmol/mol)	100-180 mg/dL (5.6-10.0 mmol/L)	110-200 mg/dL (6.1-11.1 mmol/L)
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและไม่เกิดอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูง		

3. ไขมันในเลือด

ตารางที่ 16 เป้าหมายการควบคุมระดับไขมันในเลือด (อ้างอิงจากเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดปี 2559 สมาคมหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย)

Primary Prevention : non-DM & non-CKD	
- 21 ปี ขึ้นไป ไม่เป็นเบาหวาน หรือ โรคไตเรื้อรัง - LDL-C > 190 mg/dl	LDL-C < 130 mg/dl หรือ LDL-C ลดลงจากค่าเริ่มแรกก่อนได้รับยาอย่างน้อย ร้อยละ 50
- Familial hypercholesterolemia	LDL-C <100 มก/ดล.หรือ LDL-C ลดลงจากค่าเริ่มแรกก่อนได้รับยาอย่างน้อย ร้อยละ 50
- ไม่เป็นเบาหวานหรือ โรคไตเรื้อรัง - LDL-C < 190 mg/dl + 10-yr Thai ASCVD risk > 10 %	LDL-C < 130 มก/ดล. หรือ LDL-C ลดลงจากค่าเริ่มแรกก่อนได้รับยาอย่างน้อย ร้อยละ 30
Primary Prevention : DM	LDL-C < 100 mg/dl or LDL-C reduction 30 % ยกเว้นผู้ที่มี LDL-C >190 mg/dl ให้ ลด LDL-C >50%
Primary Prevention :DM Non-HDL-C	- Target non-HDL-C < 130 mg/dl in primary prevention - Target non-HDL-C < 100 mg/dl in secondary Prevention
Primary Prevention : CKD - Age > 50 yr+ e GFR < 60 ml/min/1.73 sq m (CKD 3-5) - Not on dialysis	LDL-C <100 มก/ดล.หรือ LDL-C ลดลงจากค่าเริ่มแรกก่อนได้รับยาอย่างน้อย ร้อยละ 30
Secondary Prevention :ACS	LDL-C <70 mg/dl หรือ LDL-C ลดลงจากค่าเริ่มแรกก่อนได้รับยาอย่างน้อย ร้อยละ 50
Secondary Prevention :Stable CAD / ASCVD	LDL-C < 70 มก./ดล. หรือLDL-C ลดลงจากค่าเริ่มแรกอย่างน้อย ร้อยละ 50 ในกรณีดังนี้ : DM, CKD, ACS while on statin, LDL-C>190 มก./ดล. ถ้าไม่มีปัจจัยดังกล่าวให้ target LDL-C <100 มก./ดล.

อาการคัน ผิวแห้ง
(Itching and dry skin)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ผิวหนังของผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมสภาพของผิว ซึ่งส่งผลต่อโครงสร้างและการทำงานของผิวหนัง ชั้นผิวหนังที่บางลง ร่วมกับการสูญเสียเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง การผลิตไขมัน (sebum) ที่ผิวหนังไม่เพียงพอ ทำให้ผิวหนังไม่สามารถกักเก็บน้ำและไขมันไว้ได้ตามปกติ ส่งผลให้ผิวในผู้สูงอายุมีความแห้งคัน ระคายเคือง เป็นจ้ำช้ำง่าย และเกิดผลข้างเคียงจากการทายาสเตียรอยด์ได้ง่ายขึ้น

แนวทางการประเมิน

ภาวะผิวแห้งเพียงเล็กน้อย อาจสังเกตพบขุยบาง ๆ บนผิวหนังโดยไม่มีอาการอื่น แต่ถ้าเริ่มเป็นมากขึ้นจะเริ่มมีอาการคัน ระคายเคือง โดยมักมีอาการที่หน้าแข้ง ต้นขา แขนและลำตัว เมื่อถู แกะ เกา หรือใช้ผลิตภัณฑ์ที่กระตุ้น การระคายเคืองจะทำให้เกิดผิวอักเสบขึ้น (xerotic eczema, asteatotic eczema) จะสังเกตเห็นผื่นแดง มีสะเก็ดแห้งแตกลอก มีรอยเกา มีน้ำเหลือง หรือนูนหนาขึ้นตามระยะของผื่น

แนวทางการดูแล

1. หาสาเหตุ หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผิวแห้ง และแนะนำการดูแลผิวที่ถูกวิธี ได้แก่
   - การอาบน้ำไม่อาบน้ำอุ่นจัด ไม่อาบน้ำบ่อย ๆ ไม่แช่น้ำเป็นเวลานาน ๆ
   - เลือกผลิตภัณฑ์อาบน้ำที่อ่อนโยน ปราศจากน้ำหอม ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของยาฆ่าเชื้อเนื่องจากอาจทำให้ผิวระคายเคืองคันง่าย กรณีผิวแห้งมากแนะนำผลิตภัณฑ์ที่เป็นเวชสำอางที่ใช้ทำความสะอาดผิวและคงความชุ่มชื้นผิวและไม่ขัดถูผิว งดแกะเกา
2. ทาครีมบำรุงผิวให้ผิวชุ่มชื้นเสมอ แนะนำให้ทาหลังอาบน้ำภายใน 2-5 นาที จะทำให้ครีมซึมเข้าสู่ผิวได้ดีที่สุด และทาบ่อย ๆ ได้ระหว่างวัน กรณีผิวแห้งมาก อาจใช้น้ำมันพาราฟิน หรือน้ำมันมะพร้าว หรือออยทาผิวทาลงเป็นชั้นแรกก่อน ตามด้วยครีมบำรุงผิว ควรเลือกใช้ ครีมเบส (cream base), ยูเรียครีม (10% urea cream), petrolatum หรือ vaseline หรือผลิตภัณฑ์เวชสำอางสำหรับผู้มีผิวแห้ง
3. กรณีมีภาวะผิวอักเสบ (eczema) ร่วมด้วย การรักษาด้วยยาทาสเตียรอยด์ โดยเลือกใช้ mild potency topical steroid ก่อน เช่น 0.1% triamcinolone cream บริเวณลำตัว 0.02% triamcinolone cream บริเวณผิวหน้าหรือซอกพับ การทายาแนะนำทาเฉพาะบริเวณผื่น 2 ครั้งหลังอาบน้ำ โดยทาควบคู่กับครีมบำรุงเสมอ เพื่อช่วยลดการระคายเคืองจากยา และทำให้การดูดซึมยาดีขึ้น
4. ถ้ามีอาการคันมาก ยา antihistamine ช่วยลดอาการคันได้ **โดยหลีกเลี่ยงยา first generation antihistamine ที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง เช่น** chlorpheniramine (CPM), hydroxyzine **(รายละเอียดเพิ่มเติมในบทการใช้ยาฯ)**
5. หากรักษาผิวแห้ง อาการคัน ไม่ดีขึ้น ให้ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางเพื่อประเมินและหาสาเหตุอื่น

กลากและแคนดิดาที่ผิวหนัง (Dermatophytosis or Ringworm, Candidiasis)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

การติดเชื้อราที่ผิวหนัง เป็นปัญหาที่พบบ่อยในทุกกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุจะเป็นผื่นเชื้อราทั้งโรคกลาก (Tinea) และเชื้อราแคนดิดา (Candida) ได้ง่ายในบริเวณที่มีความอับชื้นของผิวหนัง เช่น ซอกพับ ขาหนีบ รักแร้ ใต้ราวนม ผื่นกลากอาจลุกลามมาที่ผิวหนังส่วนอื่นได้จากการใส่เสื้อผ้าอับชื้น จากการแกะเกา หรือการทายาสเตียรอยด์ นอกจากนี้ผื่นเชื้อราที่บริเวณหนึ่ง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดผิวอักเสบ คัน ในบริเวณอื่น ๆ เป็นปฏิกิริยาตามมา (id reaction, autosensitization) ทำให้วินิจฉัยผิดได้บ่อย

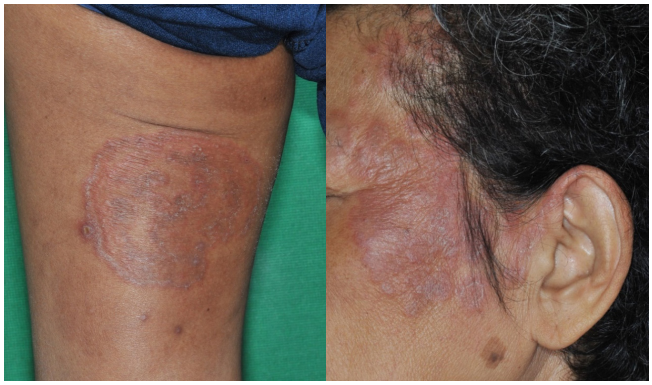
แนวทางการประเมินเพื่อแยกโรค (ภาพประกอบ)

ตารางที่ 17 แสดงแนวทางการแยกโรคผู้ป่วยที่เป็นผื่นผิวอักเสบกับผื่นกลากและเชื้อราแคนดิดา

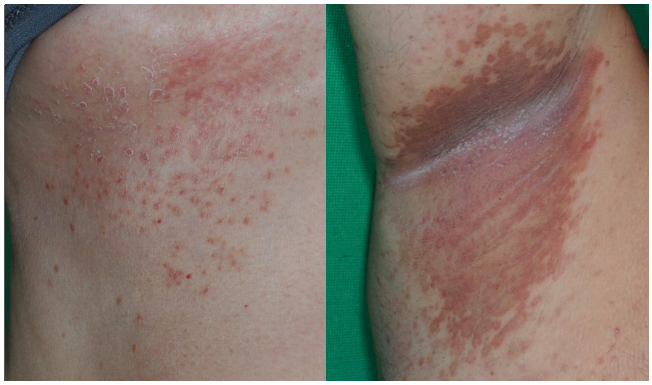
อาการ/อาการแสดง	ผิวอักเสบ (Eczema)	กลาก (Tinea)	แคนดิดา (Candidiasis)
ลักษณะผื่น	ผื่นแดงเป็น macule, patch, papule มีอาการคัน มีผื่นพอง มีน้ำเหลืองไหล สะเก็ด หรือผื่นนูนหนาตามระยะผื่น	ผื่นแดง macule, patch, papule เป็นวงจะเห็นขอบเขตชัด ขุยบนผื่น มีอาการคัน ขอบขยายออกเรื่อย ๆ อาจเป็นหลายวงซ้อนกัน	ผื่นแดงเป็น macule, patch, papule มักเป็นที่ง่าม ซอกพับ มีอาการคันอาจมีอาการแสบผิว
ตำแหน่ง	ได้ทุกที่ อาจเป็นเฉพาะที่ หรือกระจายทั่วตัว	- ขาหนีบ แขน ขา ลำตัว ที่อับชื้น - ผื่นที่หน้า มักติดจากสัตว์เลี้ยง หรือจากการแกะเกาผื่นเชื้อราในบริเวณอื่น - เล็บมือเท้า ฝ่าเท้า	ง่ามขา ใต้ราวนม รักแร้ ขาหนีบ ร่องก้น
ขอบผื่น	ขอบประสานกับเนื้อดี (ill-defined border) พยาธิสภาพเกิดทั่วผื่น	ขอบเขตชัดยกสูง ตรงกลางราบ หรือเป็นเนื้อดี (well-defined, elevated with central clearing)	ขอบเขตชัด (well-defined) ไม่ควรมี central clearing
รูปร่าง	ค่อนข้างกลมรี	ค่อนข้างกลมรี หรือมีลักษณะของวงเหล่านี้มารวมกัน (polycyclic)	ค่อนข้างกลมรี เมื่อเริ่มมี satellite lesion ขอบจะเป็นส่วนโค้งเรียบ

แนวทางการดูแล

1. แนะนำผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าที่โปร่งสบาย ซักตากแดด ไม่ใส่เสื้อผ้าที่ยังไม่ได้ซัก กลากอาจติดจากสัตว์เลี้ยง โดยเฉพาะแมว กระต่าย จึงควรถามประวัติการสัมผัสสัตว์เลี้ยงที่เป็นโรคด้วยเพื่อรักษาที่สาเหตุ
2. การทำความสะอาดร่างกาย ใช้สบู่อ่อน ๆ ตามปกติ โดยเน้นการเช็ดให้แห้งไม่อับชื้น
3. ให้การรักษาด้วยยาทาเป็นหลัก เลือกใช้ยาในกลุ่ม imidazole เช่น clotrimazole, ketoconazole หรือกลุ่ม allylamine กลากที่ฝ่ามือฝ่าเท้า อาจเลือกกลุ่มที่มีฤทธิ์ลอกผิว เช่น Whitfield's ointment และอาจให้ยารับประทานต้านเชื้อราร่วมด้วย ควรทายาเกินจากขอบผื่นอย่างน้อย 2 เซนติเมตร เพื่อควบคุมเชื้อราที่ขอบผื่นซึ่งมองไม่เห็นด้วยตาเปล่าระยะเวลาทาขึ้นกับตำแหน่งที่เป็นคือ กลากที่ผิวหนังทั่วไป ให้ทา 2-4 สัปดาห์ กลากที่ฝ่ามือฝ่าเท้าอย่างน้อย 6-8 สัปดาห์
4. ยารับประทานรักษาเชื้อราในกลุ่ม itraconazole, terbinafine จะใช้ในกรณีกลากที่เล็บ ศีรษะ ฝ่ามือฝ่าเท้า หรือผื่นเชื้อราที่ไม่ตอบสนองต่อยาทา การใช้ยา itraconazole ต้องระวังอันตรกิริยาระหว่างยา (CYP 3A4/3A5) และหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุที่มี congestive heart failure (CHF)



ภาพประกอบ กลากที่ขา (Tinea corporis) และหน้า (Tinea faciale) ในผู้ป่วยรายเดียวกัน สังเกตผื่นแดงรูปร่างกลม เห็นขอบเขตผื่นชัดเจน ขอบผื่นยกตัวขึ้น และจะเห็นขุยที่ขอบผื่น (active border) และบนผื่น



ภาพประกอบ แคนดิดา (candidiasis) ผื่นแดงในบริเวณรักแร้ และใต้ราวนมเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยของโรคแคนดิดา เห็นลักษณะสำคัญคือผื่นแดงที่ซอกพับ และผื่นแดงขนาดเล็ก ๆ (satellite lesion) กระจายออกจากขอบผื่นขุยจะน้อยเมื่อเทียบกับโรคกลาก

การคัดกรองโรคพาร์กินสัน (Screening for Parkinson's disease)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย และอยู่ในชุมชน หรือที่บ้าน มีการศึกษาพบว่าแพทย์ทั่วไปตรวจอาการของโรคนี้ได้ถูกต้องเพียงไม่ถึงร้อยละ 60 แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะได้ไปตรวจกับแพทย์เฉพาะทางทำได้ค่อนข้างยากในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนั้นประชาชนมักไม่ตระหนักถึงอาการของโรคนี้ เพราะคิดว่าเกิดจากอายุที่มากขึ้น ทำให้เกิดผลเสียจากตัวโรคตามมา เช่น หกล้ม กลืนอาหารลำบาก เป็นต้น

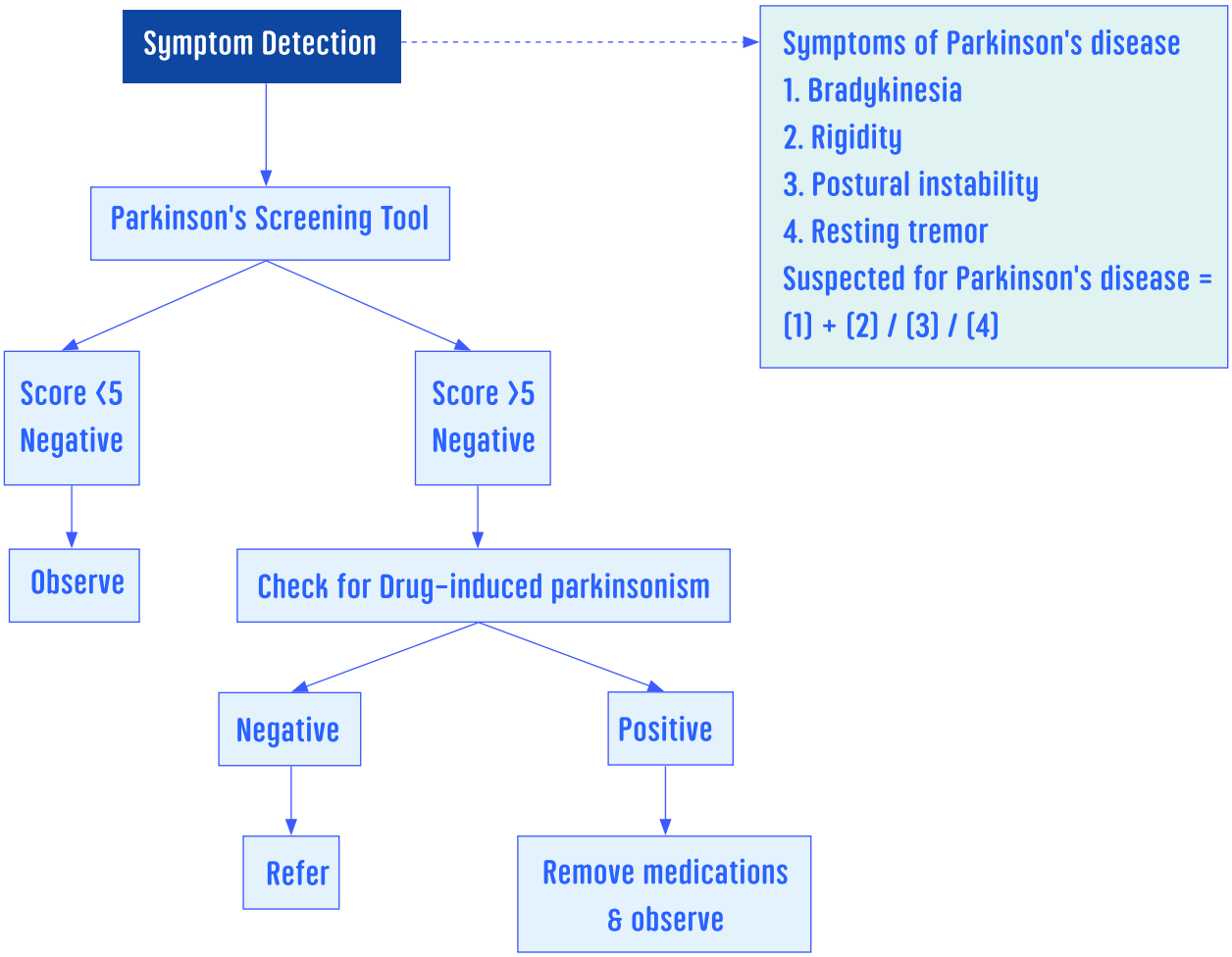
เป้าหมายการดูแล

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้รับการคัดกรอง ติดตามและส่งต่อเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางอย่างเหมาะสม โดยการคัดกรองสามารถทำได้ด้วยตนเอง หรือโดยสมาชิกในครอบครัว อสม. หรือบุคลากรทางการแพทย์

แนวทางการประเมิน

หากผู้ป่วยมีอาการที่สงสัยว่าอาจเป็นโรคพาร์กินสัน คือ มือหรือขาสั่น เคลื่อนไหวช้า เดินทรงตัวไม่ดี ให้ทำการคัดกรองด้วยแบบตรวจคัดกรองโรคพาร์กินสันไทย ฉบับภาษาไทย

แผนภูมิที่ 5 แสดงการคัดกรองโรคพาร์กินสัน



ตารางที่ 18 แบบตรวจคัดกรองโรคพาร์กินสันไทย ฉบับภาษาไทย (อ้างอิงจาก Muangpaisan W, et al Neuroepidemiology 2017; 49:74-81)

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. มือหรือขาของท่านเคยมีอาการสั่น		
2. ท่านรู้สึกลุกจากเก้าอี้ลำบาก		
3. ท่านเดินก้าวเท้าสั้นๆ และเดินซอยเท้าถี่		
4. แขนของท่านแกว่งน้อยลงเวลาเดิน		
5. หลังของท่านคู้งอเวลาเดิน		
6. ท่านหมุนตัวกลับเวลาเดินได้ลำบาก		
7. เคยมีคนบอกว่าเสียงของท่านเบาลงกว่าเมื่อก่อน		
8. ท่านพลิกตัวได้ลำบากเวลานอน		
9. ท่านเขียนหนังสือช้าลงหรือเขียนหนังสือตัวเล็กลงกว่าเก่า		
10. ท่านทำอะไรได้ช้าลงกว่าเมื่อไม่นานมานี้ เช่น การหวีผม แต่งตัว อาบน้ำ		
11. ท่านรู้สึกว่าการกลัดกระดุมหรือเปิดฝาขวดน้ำทำได้ลำบากกว่าเก่า		
รวม		

แนวทางการดูแล

- **หากได้คะแนนตั้งแต่ 5 ข้อขึ้นไป** มีโอกาสเป็นโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนคัดกรอง (likelihood ratio) 16.33 เท่า
  - ให้ค้นหาว่ามียาที่อาจทำให้เกิดอาการพาร์กินสัน เช่น ยา cinnarizine, flunarizine หรือ ยาต้านโรคจิต เช่น haloperidol, risperidone หรือไม่
  - หากมีและสามารถลดหรือหยุดยาได้ ให้ติดตามอาการ
  - หากไม่มียาดังกล่าวหรือติดตามอาการหลังหยุดยาที่อาจเป็นสาเหตุแล้วยังมีอาการอยู่ ให้ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางประสาทวิทยา
- **หากได้คะแนนต่ำกว่า 5** จะมีโอกาสลดลงกว่าก่อนคัดกรอง 0.02 เท่า ให้เฝ้าติดตามอาการผู้ป่วย
  - หากผู้ป่วยมีแต่อาการสั่นเพียงอย่างเดียว และคะแนนแบบคัดกรองได้ต่ำกว่า 5 ร่วมกับมีลักษณะดังต่อไปนี้ อาจพิจารณาการรักษาแบบ essential tremor เช่น ให้ beta-blocker (ระวัง bradycardia และ hypotension) และติดตามอาการเป็นระยะ
  - อาการสั่นเด่นแบบ postural tremor >> resting tremor
  - เป็น bilateral onset (อาจเป็น asymmetry ได้)
  - มีอาการสั่นที่แขน ขา เสียง ศีรษะ
  - มีประวัติครอบครัวสั่นแบบเดียวกัน (พบร้อยละ 30-50)
  - มีอาการเป็นมานานและคงที่ หรือดำเนินโรคช้า ๆ
  - ไม่มีอาการอื่นของ parkinsonism เช่น bradycardia, rigidity

การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดทุพพลภาพของร่างกายในหลายด้าน มีผลกระทบต่อความปลอดภัยการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิต และมีโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

เป้าหมายการดูแล

ผู้ป่วยได้รับการดูแลในด้านต่าง ๆ ที่เกิดจากการบกพร่องของการทำงานของระบบประสาท และการดำเนินชีวิต รวมถึงป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

แนวทางการประเมิน

ตารางที่ 19 แนวทางการประเมินติดตามผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่พ้นระยะฉุกเฉินแล้ว

ประเด็นปัญหา	มีปัญหา		รายละเอียดการประเมิน
	มี	ไม่มี	
1. การป้องกันการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเช่น การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือด การตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง			
2. การประกอบกิจวัตรประจำวัน			
3. Motor control			
4. Sensation			
5. การเดิน การเคลื่อนไหว และการทรงตัว			
6. การมองเห็น เช่น visual field defect			
7. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ			
8. ปริชาน (cognition)			
9. อารมณ์			
10. การสื่อสาร การใช้ภาษาและความเข้าใจภาษา			
11. อาการปวด			
12. อาการชัก			
13. สุขภาพช่องปาก การกลืนและภาวะโภชนาการ			
14. การใช้อุปกรณ์ช่วยในการดำเนินชีวิต เช่น walker, Foley catheter, NG tube			
15. สภาพแวดล้อมในบ้านที่มีความเสี่ยง			
16. ผู้ดูแล			
17. อื่นๆ			

แนวทางการดูแล

หากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในด้านใด ควรดำเนินการแก้ไขตามประเด็นปัญหานั้น ๆ

บทที่ 3
ประเด็นปัญหาสุขภาพเฉพาะทางที่พบในผู้สูงอายุ (Special Geriatric Problems in Older Adults)

1. โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD)

- ทางเลือกการรักษาที่เหมาะสมเมื่อเข้าสู่ end stage kidney disease

2. โรคระบบประสาท (Neurology):

- สมองเสื่อมและภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Dementia and mild cognitive impairment (MCI))
- โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease)

3. ปัญหาทางทันตกรรม (Dental Problems)

- การเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับการทำหัตถการ
- ฟันสึก

4. ระบบทางเดินปัสสาวะ (Urology)

- การใช้ยาที่เหมาะสมและผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มโรคทางเดินปัสสาวะ

5. ออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Orthopedics , Physical Medicine and Rehabilitation)

- ภาวะเปราะบาง (Frailty)
- ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia)
- กระดูกพรุน (Osteoporosis)

6. ผิวหนัง (Dermatology)

- ประเด็นที่ต้องระวังในการรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคผิวหนัง

โรคไตเรื้อรัง
(Chronic Kidney Disease: CKD)

ทางเลือกการรักษาที่เหมาะสมเมื่อเข้าสู่ end stage kidney disease
เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

เมื่อการดำเนินโรคไตเสื่อมมาถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีทางเลือกในการรักษาอยู่ 4 อย่างคือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis: PD) การปลูกถ่ายไตใหม่ (kidney transplant: KT) ที่เราเรียกรวมกันว่าการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) และการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (comprehensive conservative management: CCM หรือที่เรามักใช้คำว่า palliative care) แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวหลายอย่างซึ่งอาจเป็นข้อห้ามต่อการบำบัดทดแทนไต และมีข้อมูลจากการศึกษาวิจัยพบว่าบุคคลต่อไปนี้น่าจะได้รับผลเสียมากกว่าประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต (ทั้งในแง่การยืดชีวิต และการเพิ่มคุณภาพชีวิต) ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี หรือ เป็นผู้ที่มีการทำลายของสมองรุนแรงอย่างถาวรจนไม่สามารถทำกิจวัตรใด ๆ (vegetative stage) หรือ ผู้ที่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคไตเรื้อรังและได้รับการพิจารณาแล้วว่าโรคนั้น ๆ อยู่ในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถทำการรักษาให้ดีขึ้นได้ หรือผู้ที่แพทย์คาดว่าจะมีชีวิตได้ไม่เกิน 1 ปี

เป้าหมายการดูแล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการบำบัดแทดแทนไตที่ไม่จำเป็น ในกรณีที่พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยน่าจะได้รับผลเสียมากกว่าประโยชน์จากการบำบัดแทดแทนไต

แนวทางการประเมิน

ผู้ที่ไม่เหมาะสมกับการบำบัดทดแทนไต (HD, PD หรือ KT) ได้แก่

1. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี (แต่ต้องพิจารณาความแข็งแรงของร่างกาย และ คุณภาพชีวิต ที่คาดว่าจะเป็นหากได้รับการบำบัดทดแทนไตร่วมด้วย)
2. ผู้ที่มีการทำลายของสมองรุนแรงอย่างถาวรจนไม่สามารถทำกิจวัตรใด ๆ (vegetative stage)
3. ผู้ที่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคไตเรื้อรังและได้รับการพิจารณาแล้วว่าโรคนั้น ๆ อยู่ในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถทำการรักษาให้ดีขึ้นได้ หรือผู้ที่แพทย์คาดว่าจะมีชีวิตได้ไม่เกิน 1 ปี
4. ผู้ที่อยู่ในสภาวะไม่เหมาะสม (contraindication) สำหรับการทำทั้ง HD, PD และ KT

แนวทางการดูแล

ดูแลตามมาตรฐาน HD, PD, KT หรือ CCM

โรคระบบประสาท
(Neurology)

1. สมองเสื่อม (dementia) และภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

สมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และมักไม่ได้รับการวินิจฉัย นอกจากผลที่เกิดจากการลดลงของความจำ การคิดอ่านตัดสินใจและความสามารถของสมองในด้านต่าง ๆ แล้ว ผู้ที่มีสมองเสื่อมยังมักมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันถดถอย ต้องพึ่งพิง นำมาซึ่งโอกาสการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอง และส่งผลกระทบกับสมาชิกในครอบครัว

เป้าหมายการดูแล

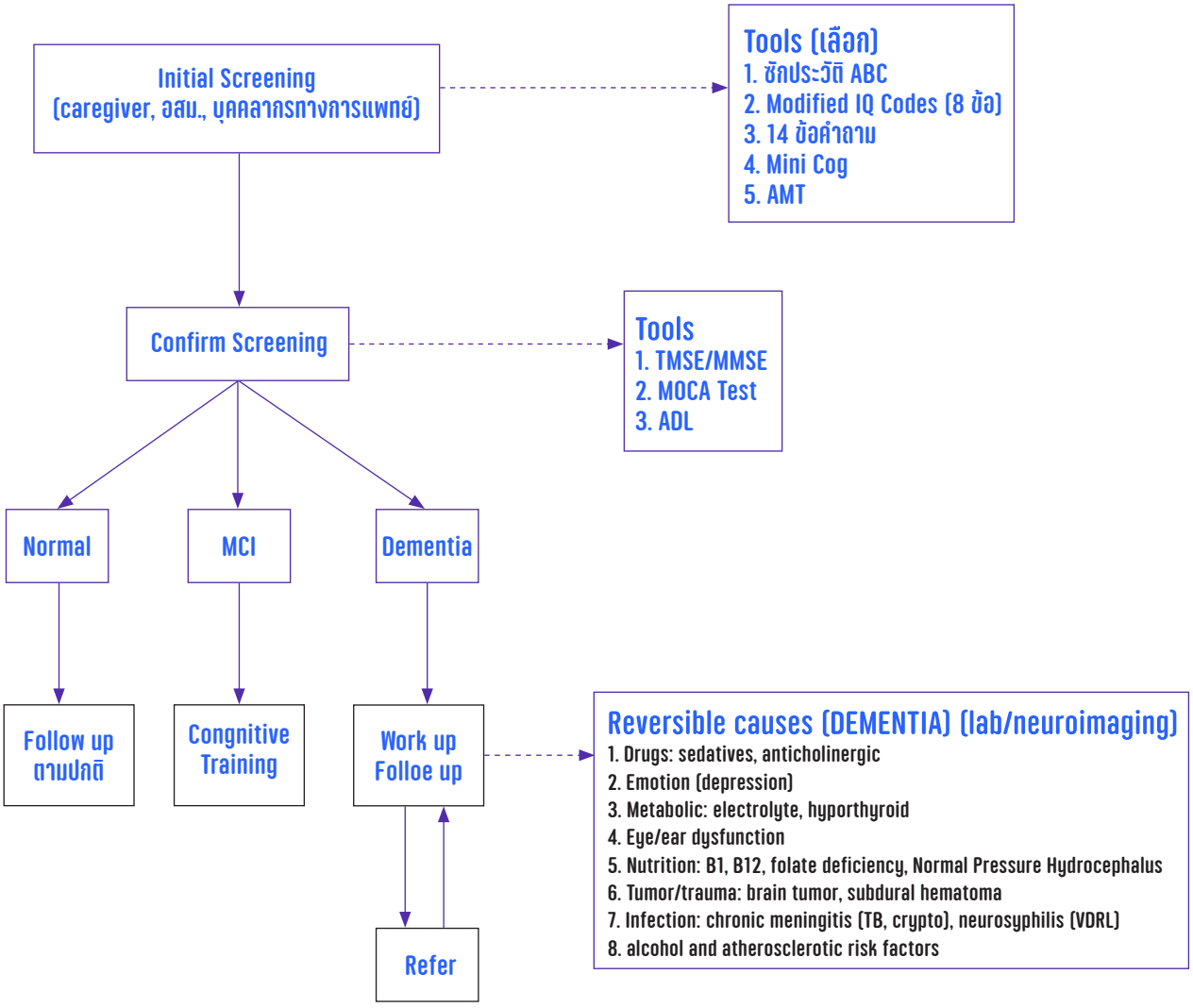
ผู้ที่มีอาการของภาวะสมองเสื่อม (dementia) หรือภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI) ได้รับการตรวจคัดกรองพบและได้รับการจัดการดูแลอย่างเหมาะสมทั้งด้านการคัดกรองโรค การป้องกันการถดถอย การส่งต่อ การตรวจค้นเพิ่มเติม การให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

แนวทางการประเมิน (ตามแผนภูมิที่ 6 และ 7)

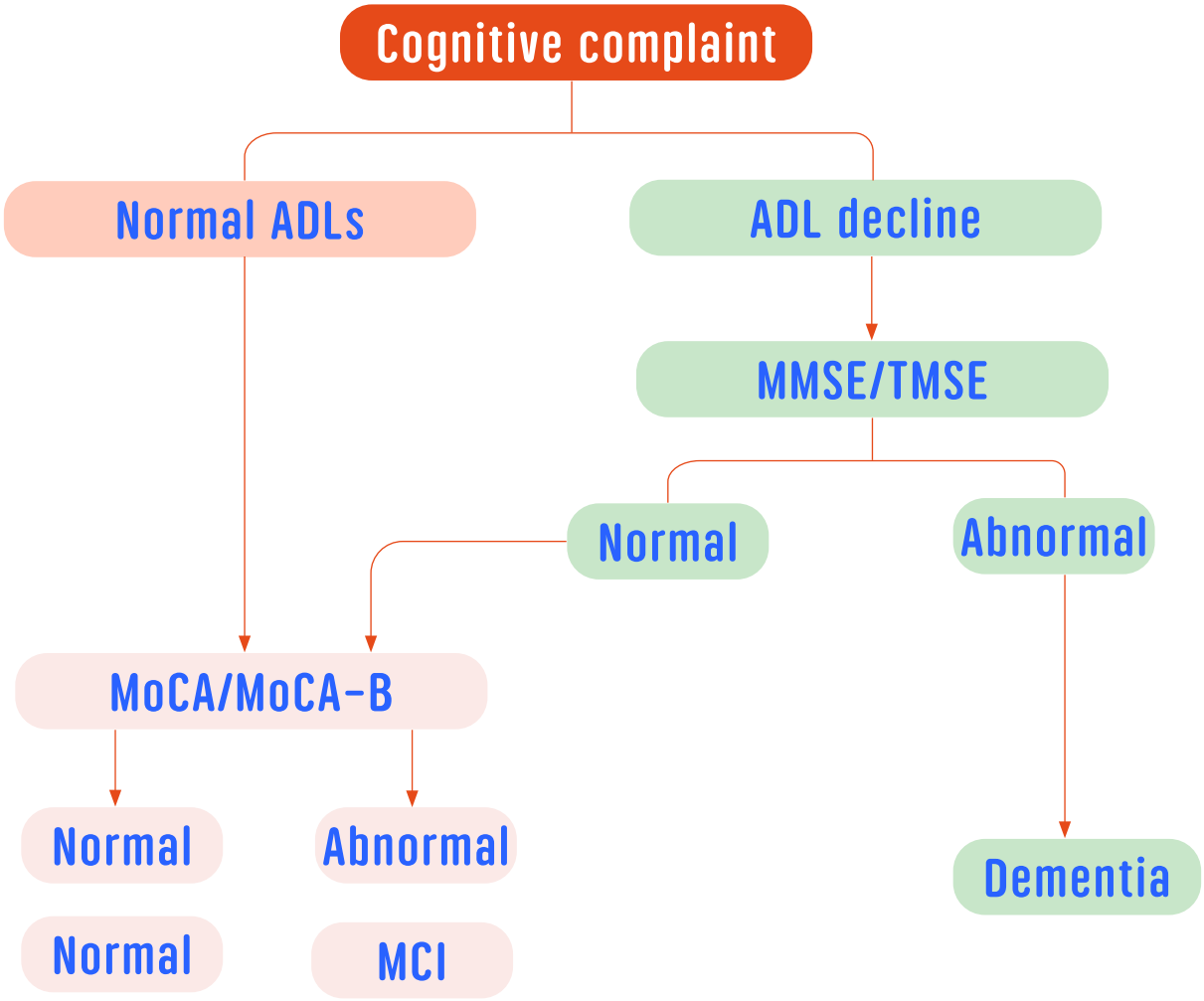
1. การประเมินเพื่อการคัดกรองและการวินิจฉัย
   - **ก. ซักประวัติ ABC** (ADLs, BPSD, Cognition) จากผู้ใกล้ชิดของผู้สูงอายุ เพื่อค้นหา
     1. การบกพร่องของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ทั้ง basic และ instrumental activities of daily living (ADLs) ที่เกิดจากการคิดและทำไม่เป็น (ไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วยของร่างกาย)
     2. อาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Behavioral and psychological symptoms in dementia: BPSD)
     3. การถดถอยของปริชาน (Cognitive decline) ไปจากพื้นฐานเดิม ทั้งด้านความจำระยะสั้น ทิศทาง การใช้ภาษา สมาธิจดจ่อ การคิดคำนวณ บริหาร ตัดสินใจ ปริชานเชิงสังคม (social cognition)
   - **ข. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย** ประเมินด้วยแบบทดสอบ 14 ข้อคำถามหรือ short version modified IQCODE (8 ข้อ)
   - **ค. อสม.** ประเมินด้วยแบบทดสอบ 14 ข้อคำถามหรือ short version modified IQCODE (8 ข้อ) หรือแบบทดสอบ Abbreviated Mental Test (AMT) หรือ Mini-cog ตามบริบทของพื้นที่
   - **ง. รพ.สต.** ประเมิน MMSE และ/หรือ MoCA และผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั้ง basic และ instrumental activities of daily living (ADLs) ตามความเหมาะสม
   - **จ. รพ.ชุมชน และ/หรือ รพ.ทั่วไป รพ.ศูนย์** ตรวจยืนยันการวินิจฉัย และหาสาเหตุที่อาจแก้ไขได้ (ตัวย่อ DEMENTIA ตามแผนภูมิ)

2. การประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์
3. ประเมินการดูแลกิจวัตรประจำวัน ความปลอดภัย (เช่น การใช้ยา ไฟฟ้า เตาแก๊ส อาวุธ ของมีคม ขับรถ หกล้ม พลัดหลง การรับประทานสิ่งที่รับประทานไม่ได้)
4. ประเมินโรคประจำตัว ยาที่ใช้ สุขภาพกายและโภชนาการ
5. ประเมินสิ่งแวดล้อมและแหล่งสนับสนุน
6. ประเมินผู้ดูแลทั้งด้านความรู้ ทักษะ เจตนคติ caregiver burden และแหล่งสนับสนุนทั้งภายในครอบครัวและสังคม
7. ประเมินประเด็นด้านกฎหมาย เช่น ความพิการ และ decision making capacity เป็นต้น

แผนภูมิที่ 6 แสดงการคัดกรองและการประเมินการบกพร่องของปริชานและสมองเสื่อม



แผนภูมิที่ 7 แนวทางการประเมินและการวินิจฉัยการบกพร่องของปริชานและสมองเสื่อมในเบื้องต้น (ส่งต่อเพื่อยืนยันการวินิจฉัย) (อ้างอิงจากวีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การป้องกัน การปะเมินและการดูแลภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2556.)



แนวทางการดูแล

1. รักษาสาเหตุที่ตรวจพบ เช่น ถ้าเกิดจาก hydrocephalus อาจต้องผ่าตัด shunt ระบายน้ำในโพรงน้ำในสมอง ถ้าเกิดจาก hypothyroid ก็รับประทานยาทดแทน เป็นต้น
2. รักษาเรื่องการถดถอยของปริชาน:
   - โดยการใช้ยา
   - ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors สามารถชะลออาการของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน หรือเซลล์สมองเสื่อมบางชนิดได้
   - ยา memantine ซึ่งเป็นยากลุ่ม NMDA receptor antagonist ชะลออาการของโรคลงในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่มีอาการปานกลางถึงระดับรุนแรง
   - โดยการไม่ใช้ยา เช่น ฝึกสมอง (cognitive training) ในกรณีผู้ที่มีการบกพร่องของปริชานและสมองเสื่อม การบำบัดด้วยกิจกรรมสันทนาการ (recreational therapy), reminiscence therapy, validation therapy เป็นต้น
3. ดูแลปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและอารมณ์จากโรค ทั้งโดยวิธีไม่ใช้ยา และการใช้ยา
4. การดูแลสุขภาพทั่วไป และโรคประจำตัวต่าง ๆ ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้ป่วย เนื่องจากสุขภาพกายมีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง และปัญหาสุขภาพกายอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้
5. ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามศักยภาพของผู้ป่วยภายใต้ความปลอดภัย
6. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่อาจมีผลรบกวนการทำงานของสมอง เช่น antihistamine หรือยาอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ง่วง และ anticholinergic side effects
7. เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดอาการซึม สับสนเฉียบพลัน โดยเฉพาะเมื่อมีอาการเจ็บป่วย
8. การดูแลความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม เช่น ความถูกต้องของการใช้ยา การใช้สารเคมี และของมีคม การจัดสภาพบ้าน การป้องกันการหกล้ม การหายสาบสูญเป็นต้น
9. ให้คำปรึกษาแนะนำในประเด็นการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตในด้านต่าง ๆ ตลอดจนการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
10. การให้คำแนะนำประเด็นด้านกฎหมาย เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหาในการรู้คิด ความจำ การตัดสินใจตลอดจนปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งอาจส่งผลต่อการบริหารจัดการกับหน้าที่การงาน ทรัพย์สิน หนี้สิน ตลอดจนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นควรประเมินศักยภาพของการรู้คิดของผู้ป่วยและให้คำแนะนำปัญหาที่เกี่ยวกับด้านกฎหมายในผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือปรึกษานิติเวช ทนายหรือนักกฎหมาย ให้คำแนะนำการตั้งผู้พิทักษ์ การจัดการทรัพย์สินของผู้ป่วย และการทำพินัยกรรม เป็นต้น
11. การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคนี้มักมีความเครียดและทุกข์ใจมาก จึงควรมีระบบการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ให้ผู้ดูแล การโทรศัพท์ช่วยเหลือระหว่างทีมบุคลากรแพทย์และพยาบาลกับผู้ดูแล การแจ้งให้ทราบถึงแหล่งสนับสนุน หรือระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน การจัดอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วย การให้ผู้ดูแลมีช่วงพักเพื่อคลายเครียด เป็นต้น นอกจากนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและจิต เนื่องจากมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย และผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลเอง ผู้ดูแลควรได้พบปะพูดคุยกับผู้อื่นบ้าง รู้วิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง และได้ตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

2. โรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอายุมากกว่า 75 ปี หรือมีภาวะเปราะบาง มักมีโรคร่วมหลายชนิดที่ส่งผลกระทบต่อการดูแลรักษา เช่น

- ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ (ขับถ่ายผิดปกติ ท้องผูก orthostatic hypotension)
- ปัญหาด้านการกลืน ทำให้ทุพโภชนาการและเกิดการสำลักน้ำและอาหาร
- การทรงตัวไม่ดี ทำให้มีโอกาสหกล้มได้ง่าย และอาจเกิดกระดูกหักตามมาโดยเฉพาะหากกระดูกพรุนอยู่เดิม
- อารมณ์มีแนวโน้มจะเกิดซึมเศร้าได้ง่ายและอาจเกิดอาการทางจิตเวช เช่น เห็นภาพหลอน หงุดหงิด ก้าวร้าว เป็นต้น
- ปริชาน (cognition) มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติ เกิดอาการซึม สับสน (delirium) ได้ง่ายและในระยะยาวของโรคพาร์กินสัน อาจเกิดสมองเสื่อมตามมา
- ได้ยาหลายชนิด ทำให้โอกาสเกิดอันตรกิริยา (drug interaction) ไม่ว่าระหว่าง ยากับโรค หรือ ยากับยาได้ง่าย
- เกิดผลข้างเคียงทางจิตประสาทได้ง่ายจากยา
- อาจมีโรคมากกว่า 1 ชนิดร่วมกัน เช่น เป็นโรคพาร์กินสันด้วย แต่สมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์

ดังนั้น ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการรักษา และการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่า การเลือกใช้ยา การปรับยา และการติดตามการดูแล จึงต้องมีข้อพึงระวังมากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า

เป้าหมายการดูแล

ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยภาพรวมโดยคำนึงถึงสุขภาพโดยรวม ยาต่าง ๆ โรคร่วมและ non-motor symptoms ด้วย ไม่มุ่งเน้นเฉพาะ motor symptoms (tremor, rigidity, bradykinesia, postural instability หรือ motor complication) เพียงอย่างเดียว

แนวทางการประเมิน

1. Motor symptoms ได้แก่ tremor, rigidity, bradykinesia, postural instability, gait
2. Non-motor symptoms:
    a. Neuropsychiatric symptoms
        i. Cognitive impairment และสมองเสื่อม
        ii. Delirium
        iii. Depression
        iv. Impulse control disorders
        v. Psychosis และ hallucinations

b. Autonomic function
    i. Orthostatic hypotension
    ii. Constipation
    iii. Urinary incontinence
    iv. Sialorrhea
    v. Excessive sweating
c. Sleep problems
    i. REM sleep behavioral disorders
    ii. Vivid dream and hallucinations
    iii. Restless leg syndrome
    iv. Insomnia
    v. Excessive daytime sleepiness
    vi. Sleep attack

3. Motor complications เช่น wearing off, peak dose dyskinesia, freezing
4. ยาชนิดต่าง ๆ ที่ใช้ ความถูกต้องของการรับประทานยา และผลข้างเคียงจากยา
5. สุขภาพโดยทั่วไป และโรคประจำตัวอื่น ๆ
6. ภาวะโภชนาการและการกลืน
7. การประกอบกิจวัตรประจำวัน
8. ผู้ดูแล และสภาพแวดล้อม (ความเสี่ยงของการหกล้ม)

แนวทางการดูแล

พิจารณาให้การรักษาโดยคำนึงถึงภาพรวมของผู้ป่วยเป็นหลัก เช่น

- เลี่ยงการใช้ anticholinergic agents ในการรักษาอาการสั่นในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีโอกาสเกิดอาการซึม สับสน ปัสสาวะไม่ออก เป็นต้น
- ระวังการใช้ยาที่มีผลข้างเคียงทางจิตประสาทในผู้สูงอายุ เช่น dopamine agonist
- ระวังการเกิด orthostatic hypotension และการหกล้ม
- ระวังการใช้ยาที่อาจมีอันตรกิริยากับโรคประจำตัวของผู้ป่วยหรือกับยาอื่น ๆ

ปัญหาทางทันตกรรม
(Dental Problems)

1. การเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับการทำหัตถการ

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ผู้สูงอายุมีลักษณะสำคัญที่แตกต่างไปจากคนอายุน้อยเนื่องจากมีการทำงานประสานกันของอวัยวะต่าง ๆ ลดประสิทธิภาพลงอันเนื่องมาจากการเสื่อมสภาพตามวัยและผลกระทบจากสภาพแวดล้อมและการติดเชื้อต่าง ๆ อีกทั้งมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่วัยหนุ่มสาว ทำให้พบโรคเรื้อรังมากขึ้น และสมรรถภาพของร่างกายถดถอยตามอายุ ผู้สูงอายุจำนวนมากมักมีโรคหรือปัญหาหลายอย่างในเวลาเดียวกัน การดำเนินของโรครวดเร็วเพราะสมรรถภาพสำรองต่ำ อีกทั้งส่วนใหญ่มักได้รับยาหลายชนิดจึงเกิดผลเสียจากยาได้บ่อยและรุนแรง ทันตแพทย์ควรมีความรู้ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ สามารถประเมินสภาพร่างกาย จิตใจและความสามารถในการให้ความร่วมมือเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาทางทันตกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแต่ละราย

เป้าหมายการดูแล

ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาทางทันกรรมได้อย่างปลอดภัย และลดอัตราการเกิดโรคและความรุนแรงของการดำเนินโรคในช่องปาก เช่น โรคปริทันต์ โรคฟันผุ ภาวะติดเชื้อง่ายและแผลหายยาก ทำให้มีปัญหาเรื่องการติดเชื้อราการเกิดฝีหนอง

แนวทางการประเมิน

1.1 โรคความดันโลหิตสูง

ในผู้สูงอายุ ค่าปกติของความดันโลหิตไม่ควรเกิน 140/90 mmHg

- การวัดความดันโลหิตมีข้อปฏิบัติเป็นแนวทางการวางแผนการรักษาผู้ป่วยมีดังนี้
  - ถ้าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ให้การรักษาทางทันตกรรมหรือถอนฟันได้ตามปกติ ควรตรวจความดันเลือดทุก 6 เดือน
  - ถ้ามากกว่า 140-160/90-9 mmHg ต่อเนื่องกัน 3 ครั้งของการนัดรักษา ต้องส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจจากแพทย์ก่อน
  - ถ้าวัดได้ประมาณ 160- 200/95-115 mmHg ให้วัดซ้ำอีกหลังจากครั้งแรกประมาณ 5 นาที ถ้ายังสูงอยู่ในระดับนี้ให้ส่งปรึกษาแพทย์หรือถอนฟันเท่าที่จำเป็นหรือฉุกเฉิน
  - ถ้าวัดได้มากกว่า 200/115 mmHg ให้วัดซ้ำอีกหลังจากครั้งแรกประมาณ 5 นาที ถ้ายังคงสูงอยู่ ส่งปรึกษาแพทย์ทันที ชะลอการรักษาทางทันตกรรมไว้ก่อน

1.2 โรคเบาหวาน

ตารางที่ 20 เกณฑ์ระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีการตรวจต่าง ๆ

วิธี FPG (mg/dl)	วิธี OGTT (mg/dl)	วิธี RPG (mg/dl)
- ค่าปกติ : <100 - IFG หรือ IGT : 100-125 - DM : 126	- ค่าปกติ : <140 - IFG หรือ IGT : 140-199 - DM : 200	- ค่าปกติ : <140 - DM : 200 ร่วมกับมีอาการ

1.3 โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

1.3.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติ angina pectoris หรือ MI

- ส่งปรึกษาแพทย์ก่อนเพื่อตรวจร่างกายเพิ่มเติม
- กรณี MI ที่มีอาการใน 6 เดือนที่ผ่านมา ห้ามให้การรักษาทางทันตกรรมทุกประเภท

1.3.2 ผู้ป่วยที่ใช้ Cardiac pacemaker หรือเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ

- ควรหลีกเลี่ยงที่จะใช้อุปกรณ์ใด ๆ ที่จะมีการส่ง electro-mechanical signal ไปรบกวนการทำงาน

1.3.3 การได้รับยาป้องกันการแข็งตัว

ตารางที่ 21 แนวทางการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีผลต่อการหยุดของเลือดออก

Anti-platelet aggregation drugs	
Aspirin (ASA) Dipyridamole Clopidogrel	ในปัจจุบันไม่ต้องหยุดยาแล้ว สามารถทำหัตถการได้เลย 1. การถอนฟัน 1-2 ซี่ หรือการผ่าตัดเล็กสามารถทำได้เลย แต่หลังทำฟันควรเย็บแผลหรือใส่ยาห้ามเลือดให้กับผู้ป่วย แนะนำกัดผ้าให้แน่น แนะนำนั่งดูอาการประมาณ 1 ชั่วโมงหรือจนกว่าเลือดจะหยุด 2. ปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดยาก่อน ในกรณีที่ต้องถอนฟันหลาย ๆ ซี่ หรือทำหัตถการที่ต้องมีเลือดออกก็จะให้ปรึกษาแพทย์
Anticoagulant drugs	
Warfarin	1.กรณีที่ได้รับการทำหัตถการในช่องปากและฟันชนิดไม่รุกล้ำ ไม่จำเป็นต้องหยุดยา 2. ในกรณีที่ค่า INR ของผู้ป่วยยังไม่คงที่ ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจค่า INR ก่อนนัดทำหัตถการ 24 ชั่วโมง 3. ในกรณีที่ค่า INR ของผู้ป่วยค่อนข้างคงที่ การตรวจค่า INR สามารถทำได้ล่วงหน้าอย่างน้อย 72 ชั่วโมง 4. กรณีที่ได้รับการทำหัตถการในช่องปากและฟันที่เป็น Minor dental procedure American College of Chest Physicians (ACCP) 2012 แนะนำแนวทางปฏิบัติ 2 แนวทาง คือ - ให้ใช้ยา Warfarin ต่อไป โดยให้ร่วมกับ Oral hemostatic agent เช่น 5% tranexamic acid mouthwash (เตรียมโดย นำ tranexamic capsule 250 mg จำนวน 2 เม็ด ละลายในน้ำ 10 มิลลิลิตร หรือ tranexamic acid injection 250 mg/5 ml จำนวน 2 amp) อมกลั้วปากนาน 2 นาที แล้วบ้วนทิ้ง วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 2 วันหลังทำหัตถการ และในขณะทำหัตถการ ให้ใช้มาตรการห้าม เลือดเฉพาะที่ เช่น ใช้ Oxidized cellulose หรือ Collagen sponge หรือ Resorbable gelatin sponge แล้วเย็บแผลกัดก๊อซ 15-30 นาที พิจารณาหยุดใช้ยา Warfarin ก่อนทำหัตถการ 2-3 วัน 5. กรณีที่ได้รับการทำหัตถการในช่องปากที่เป็น Moderate and major dental procedure ควรหยุดใช้ Warfarin เป็นเวลา 5 วันก่อนทำหัตถการ และประเมินความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน

Anticoagulant drugs	
Heparin, Low molecular weight heparins (LMWHs)	1. ควรส่งปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดยา 2. ต้องหยุด heparin หรือให้ protamine sulfate แก้มาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง เริ่มกลับมาใช้ heparin ทันทีที่เลือดหยุดดีแล้วและมีการสร้างลิ่มเลือดปกคลุมปากแผลแข็งแรงดี โดยปกติจะให้ heparin หลังจากถอนฟัน 6-12 ชั่วโมง
ยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่มใหม่ (Novel oral anticoagulants : NOACs) ได้แก่ Dabigatran (Pradaxa®) Rivaroxaban (Xarelto®) Apixaban (Eliquis®) และ Edoxaban (Lixiana®)	- Dabigatran และ Apixaban งด dose เย็นวันก่อนทำฟัน - Rivaroxaban และ Edoxaban ไม่ต้องพิจารณาหยุดยา - หลังทำหัตถการ 6 ชั่วโมงหากไม่มีภาวะเลือดออกรุนแรงให้กลับมากินยา NOAC ได้ตามปกติ - หัตถการทางทันตกรรมถือเป็น low hemorrhagic risk procedure เช่น เดียวกับ Cataract และ Glaucoma Surgery การส่องกล้องที่ไม่ได้ทำการตัดชิ้นเนื้อ Abscess Incision หรือ Small Dermatologic Excision แนะนำให้ทำหัตถการหลังกินยา NOAC ครั้งสุดท้าย 18-24 ชั่วโมง

แนวทางการดูแล

1. กรณีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลน้อยกว่า 70 mg/dl หรือมากกว่า 200 mg/dl ควรเลื่อนการรักษาไปก่อน หรือส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล

2. การใช้ยาบีบหลอดเลือดควรใช้ปริมาณหรือความเข้มข้นน้อยที่สุด เช่น epinephrine 1 : 100,000 ไม่เกิน 0.04 มก หรือไม่เกิน 2 หลอด

2. ฟันสึก

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ฟันสึก เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ การสึกของฟันจะรุนแรงมากขึ้นในพวกที่มีพฤติกรรมบางอย่าง เช่น นอนกัดฟัน ในรายที่เป็นมากจะทำให้ vertical dimension ลดลงอย่างมาก ทำให้รูปร่างของช่องปากเปลี่ยนแปลงไป การให้การรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์การอุดฟัน การครอบฟัน หรือการกรอฟันให้เรียบไม่ให้ขอบฟันที่คมไปบาดเนื้อเยื่อต่าง ๆ

เป้าหมายการดูแล

เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

แนวทางการประเมิน

ประเมินสุขภาพช่องปาก ทุก ๆ 6 เดือน หรือปีละ 2 ครั้ง

แนวทางการดูแล

1. แนะนำการรับประทานอาหารที่นิ่มลง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เหนียวหรือแข็ง
2. หากพบอาการเสียวฟันมากขึ้นจากฟันสึก หรือสังเกตเห็นว่าสึกมาก ควรส่งพบทันตแพทย์

ระบบทางเดินปัสสาวะ (Urology)

การใช้ยาที่เหมาะสมและผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มโรคทางเดินปัสสาวะ เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชราและพยาธิสภาพหลายชนิดในเวลาเดียวกัน (multiple pathology) ทำให้มีโอกาสได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับโรค (drug-disease interaction) หรือปฏิกิริยาระหว่างยาด้วยกัน (drug-drug interaction) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเป็นผู้ที่มีโรคภัยไข้เจ็บหลายชนิดที่มีความซับซ้อนเกิดขึ้นพร้อมกัน ยิ่งเป็นการเพิ่มโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้สมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงในผู้สูงอายุ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ง่าย

เป้าหมายการดูแล

1. เพื่อป้องกันผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยสูงอายุ
2. ปรับเปลี่ยนไปใช้ยาอื่นหากเป็นไปได้

แนวทางการประเมิน

ควรประเมินภาวะเหล่านี้เพื่อหลีกเลี่ยงผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- Cognitive impairment
- Constipation
- Incontinence
- Hypo/Hypertension

แนวทางการดูแล

ควรใช้ความระมัดระวังในการใช้ยาต่อไปนี้หรือปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม

- Anticholinergics
    1. มีผลต่อสมองทำให้ปริชาน (cognition) แย่ลงได้
    2. มีผลทำให้เกิดปัสสาวะราดโดย
        - ลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะคั่งและเกิด overflow incontinence ตามมา
        - ทำให้ขาดความรับรู้ระดับของความปวดปัสสาวะ บางครั้งการรับรู้เกิดล่าช้ามากกว่าจะรู้ตัวกระเพาะปัสสาวะก็เต็มความจุแล้วทำให้ไปปัสสาวะไม่ทัน

3. ทำให้ท้องผูกและเกิด incontinence ตามมาได้

- ยาอื่นที่มีฤทธิ์ข้างเคียงเหมือนกลุ่ม anticholinergics ได้แก่
  - major tranquilizers
  - antidepressants
  - anti-parkinson
  - antihistamines
  - anti-arrhythmics
  - antispasmodics
- ยากลุ่มที่กดประสาท เช่น sedative, hypnotics มีผลต่อการทำงานของสมอง ทั้งการรับรู้ความรู้สึกปวด ปัสสาวะหรือการควบคุมความปวดปัสสาวะ และการเคลื่อนไหวเพื่อไปปัสสาวะ
- Alpha blocker
  1. ทำให้เกิด orthostatic hypotension และอาจเกิด drug interaction กับ antihypertensive ตัวอื่น ๆ และควรระวังในคนไข้ที่มีความดันโลหิตต่ำ
  2. ทำให้เกิด stress incontinence ในผู้หญิงได้จากการลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูด
- Calcium channel blockers
  1. ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะปัสสาวะไม่บีบตัวเกิดปัสสาวะคั่งและ overflow incontinence ตามมา
  2. ทำให้กล้ามเนื้อหูรูดหดตัวน้อยลง
  3. ทำให้ท้องผูก ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของ transient incontinence
- Angiotensin converting enzyme inhibitors ในบางคนทำให้ไอมาก ทำให้เกิดปัสสาวะราดเวลาไอ (stress incontinence)
- ยาขับปัสสาวะ ทำให้ปริมาณปัสสาวะเพิ่มมากกว่าปกติ จึงเกิดโอกาสที่จะปัสสาวะราดได้
- Quinolone อาจทำให้เกิด rupture tendon ไม่ควรให้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน

ออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Orthopedics , Physical Medicine and Rehabilitation)

1.ภาวะเปราะบาง (Frailty)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ภาวะเปราะบางเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) ที่เกี่ยวข้องกับพลังงานสำรอง (body reserve) และความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นของร่างกาย (stressors) ลดลง ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านจิตใจ สังคม (psychosocial frailty) และด้านกายภาพ (physical frailty) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์หลายประการ เช่น ภาวะหกล้ม กระดูกหัก รวมไปถึงด้านจิตใจ

เป้าหมายการดูแล

เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะเปราะบาง และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

แนวทางการประเมิน

แนะนำให้ทำใน “กลุ่มเสี่ยง” โดยควรทำตั้งแต่ระยะแรกก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพึ่งพิงในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (basic activities of daily living) โดยกลุ่มเสี่ยงที่แนะนำได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยทุกรายที่มีน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ (ลดลงมากกว่าร้อยละ 5) ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีการใช้แรงในการทำกิจกรรมในแต่ละวันอยู่ในระดับต่ำ (low physical activity) ผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ

1. Frailty phenotype ประกอบด้วยเกณฑ์ 5 ข้อ ถ้ามีตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป สามารถวินิจฉัยว่ามีภาวะเปราะบาง ถ้ามี 1-2 ข้อ วินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง (pre-frail) (ภาคผนวกที่ 12)
2. FRAIL scale ประกอบด้วยเกณฑ์ 5 ข้อ ถ้ามีตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปวินิจฉัยว่ามีภาวะเปราะบาง ถ้ามี 1-2 ข้อ วินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง (pre-frail) (ภาคผนวกที่ 13)

2. ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นกระบวนการหนึ่งของความชราและเกิดรวดเร็วขึ้น ถ้ามีภาวะอื่นที่สัมพันธ์กับการทำกิจกรรมลดลงร่วมด้วย และเป็นภาวะที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ ลดความสามารถในการปรับตัวเมื่อมีความเจ็บป่วยและเพิ่มการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ

เป้าหมายการดูแล

เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

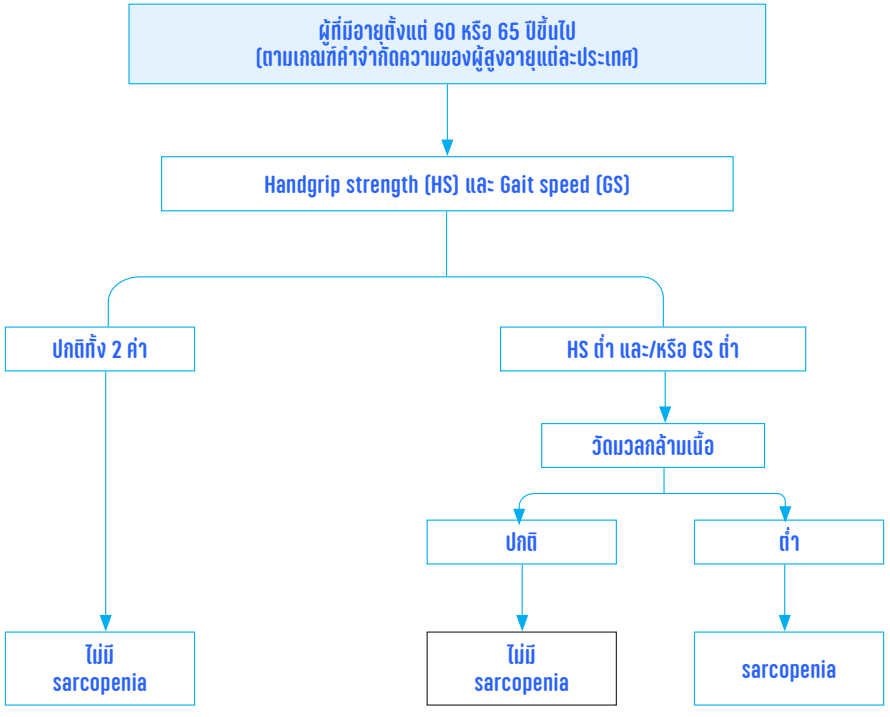
แนวทางการประเมิน

เนื่องจากภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยพบมากในผู้สูงอายุ การตรวจเพื่อค้นหาผู้ป่วยตามคำแนะนำของ Asian Working Group of Sarcopenia (AWGS) จึงมุ่งเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มเสี่ยง ดังนี้

ตารางที่ 22 กลุ่มประชากรที่ควรตรวจคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยตามคำแนะนำของ AWGS

ในชุมชน : ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
ประชากรกลุ่มเสี่ยง : - ผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงในช่วงเวลาไม่นานมานี้ - ผู้ที่มีน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจมากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 1 เดือน - ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือ สติปัญญาบกพร่อง - ผู้ที่มีประวัติหกล้มบ่อย ๆ - ผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหาร - ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเบาหวาน โรคไตเสื่อมเรื้อรัง วัณโรค และ กลุ่มอาการ chronic wasting conditions

แผนภูมิที่ 8 แนวทางการค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย



ตารางที่ 23 วิธีการวัดมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ตาม AWGS

ตัวแปร	วิธีที่ใช้ในงานวิจัย	วิธีที่ใช้ทางคลินิก
มวลกล้ามเนื้อ (muscle mass)	Computed tomography (CT) Magnetic resonance imaging (MRI) Dual energy X-ray absorptiometry (DXA) Bioimpedance analysis (BIA) Total or partial body potassium per fat-free soft tissue	BIA DXA Anthropometry
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (muscle strength)	Handgrip strength Knee flexion /Extension Peak expiratory flow	Handgrip strength SPPB
สมรรถภาพทางกาย (physical performance)	Short Physical Performance Battery (SPPB) Usual gait speed Timed get-up-and-go-test Stair climb power test	Usual gait speed Get-up-and-go-test

แนวทางการดูแล

การออกกำลังกายแบบ resistance ร่วมกับการให้โภชนบำบัดที่เหมาะสม เช่น การได้รับโปรตีน หรือกรดอะมิโนเสริม

3. กระดูกพรุน (osteoporosis: เน้นเฉพาะ secondary osteoporosis)

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงเป็นโรคกระดูกพรุนมากขึ้นและมีอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนเพิ่มสูงขึ้นโดยในผู้หญิงความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 65 ปีแต่ในผู้ชายจะเพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 70-75 ปี

เป้าหมายการดูแล

ลดความเสี่ยงจากการเกิดกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน

แนวทางการประเมิน

1. แนะนำให้ใช้ดัชนีความเสี่ยงทางคลินิก (clinical risk index) ได้แก่ FRAX™ สามารถเข้าไปใช้ได้ทาง http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp ซึ่งจะคำนวณออกมาเป็น 10-year probability of hip fracture และ 10-year probability of major osteoporotic fracture นำค่าทั้งสองมาใช้ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาส่งตรวจ bone mass density (BMD) และเพื่อใช้ในการเริ่มรักษาได้ในกลุ่มผู้หญิงหมดประจำเดือนหรือผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปและประเมิน 10-year probability of hip fracture ได้ ≥ 3% หรือประเมิน 10-year probability of major osteoporotic fracture ได้≥ 20% โดยใช้ค่าอ้างอิงของประชากรไทย
2. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในการเกิดกระดูกพรุนด้วย Osteoporosis Self-Assessment Tool For Asians (OSTA) หรือ Khon Kaen Osteoporosis Score (KKOS) โดยพิจารณาส่งตรวจ BMD (Bone Mineral Density) ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงจากการคัดกรองด้วย OSTA score หรือ KKOS score ระดับปานกลางขึ้นไป

แนวทางการดูแล

ข้อบ่งชี้ในการพิจารณาให้ยารักษาโรคกระดูกพรุน

เมื่อมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. ผู้หญิงหมดประจำเดือนและผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่มีกระดูกสันหลังหักหรือกระดูกสะโพกหักอันเนื่องมาจากภยันตรายที่ไม่รุนแรง
2. ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปร่วมกับการตรวจ BMD ด้วยเรื่อง axial DXA มาตรฐานที่ lumbar spine BMD หรือ femoral neck BMD หรือ total hip BMD แล้วพบว่ามี T-score ≤ -2.5
3. ประเมิน 10-year probability of hip fracture ได้≥ 3% หรือประเมิน 10-year probability of major osteoporotic fracture ได้≥ 20% ที่ใช้ค่าอ้างอิงของประชากรไทยทั้งแบบใช้ BMD หรือไม่ใช้ BMD

การเลือกใช้ยารักษาโรคกระดูกพรุน

พิจารณาอย่างเหมาะสมเป็นรายๆ โดยคำนึงถึงกลไกการออกฤทธิ์

- ผลในการลดความเสี่ยงต่อกระดูกหักจากการศึกษาในมนุษย์
- อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น

แนะนำพิจารณายากลุ่ม bisphosphonate เป็นอันดับแรกในการรักษาโรคกระดูกพรุนโดยก่อนการให้ยากลุ่ม bisphosphonate แนะนำให้ตรวจหาค่า GFR และไม่แนะนำใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า 30 ml/min ในกรณียารับประทานและน้อยกว่า 35 ml/min ในกรณียาฉีด ส่วนความเสี่ยงของภาวะ osteonecrosis of jaw และ atypical femoral fracture ซึ่งอาจพบได้จากการใช้ยากลุ่ม isphosphonate (ขึ้นกับขนาดยาที่ใช้และระยะเวลาที่ใช้ยาเป็นสำคัญ)

ยากลุ่มอื่นที่ใช้ในการรักษาโรคกระดูกพรุน มีข้อบ่งชี้ในการเลือกใช้ที่แตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่ม nabolic (Teriparatide), Hormone therapy, Raloxifene, Calcitonin, Strontium และ RANK ligand inhibitor : Denosumab

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนควรได้รับการรักษาอื่นที่เหมาะสมร่วมด้วย ได้แก่

- ได้รับ Calcium จากอาหารให้เพียงพอและในกรณีที่ได้จากอาหารไม่พอให้พิจารณา Calcium supplement วันละ 800-1000 mg
- ได้รับ Vitamin D วันละ 600-800 IU โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปีควรได้รับอย่างน้อยวันละ 800 IU และพิจารณาให้วิตามินดีตามธรรมชาติชนิด inactive form เป็นลำดับแรกในผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นตับวายหรือไตวาย
- คำแนะนำในการป้องกันการหกล้มและการประเมินความเสี่ยงในการล้มในผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป

ผิวหนัง
(Dermatology)

ประเด็นที่ต้องระวังในการรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคผิวหนัง

เหตุผลที่ต้องดูแลพิเศษ

ผิวหนังในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านโครงสร้างและการทำงานของผิวหนัง และส่งผลให้โรคผิวหนังเรื้อรังหลายโรคเป็นมากขึ้น โรคผิวหนังในสูงอายุที่พบบ่อยคือ xerotic eczema, psoriasis, bullous pemphigoid, chronic venous insufficiency, ecchymosis, pressure ulcers และ skin cancers นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้ติดเชื้อง่ายขึ้น โดยเฉพาะโรค herpes zoster, candida infection, staphylococcal impetigo, streptococcal cellulitis และ Norwegian scabies การรักษาด้วยยาทาสเตียรอยด์และยารับประทานอาจส่งผลให้โรคร่วมเดิมแย่ลง

เป้าหมายการดูแล

เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษาทางผิวหนังที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงสภาพผิวที่เปลี่ยนแปลง โรคร่วม ยาประจำตัวที่ผู้ป่วยได้รับอันตรกิริยาระหว่างยา ความรู้สึกและสภาพจิตใจของผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ไม่จำเป็นหรือเกิดผลข้างเคียงได้ง่าย

แนวทางการประเมินและการดูแล

1. ประเมินอายุ อายุขัย ในการพิจารณาการรักษามะเร็งผิวหนัง
2. ประเมินความสามารถในการรับรู้ของผู้สูงอายุ (cognition) ร่วมกับความจำเป็นในการทำหัตถการทางผิวหนัง ผู้สูงอายุที่เป็น dementia การทำ skin biopsy อาจมีผลกระตุ้น anxiety และ fear รวมถึงมีผลต่อการดูแลโดยผู้ดูแล
3. ประเมินโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็น และยาประจำตัว หากผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาทางผิวหนังด้วย systemic agents จะต้องพิจารณายาที่ไม่ส่งผลให้โรคร่วมหรือโรคประจำตัวแย่ลง ต้องตรวจสอบ drug interaction และปรับขนาดยาตามการทำงานของไต
    1. หากจำเป็นต้องรักษาด้วยยากดภูมิต้านทานชนิด prednisolone ควรใช้ในขนาดน้อยที่สุด ระยะเวลาสั้นที่สุดที่จะควบคุมอาการได้
    2. ไม่ควรใช้ยา anti-histamine first generation ในผู้สูงอายุ เนื่องจากผลข้างเคียงที่เป็น anticholinergic
4. การทายาสเตียรอยด์ในผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงทางผิวหนังได้มาก ควรเลือกใช้ยาที่มีความแรงน้อยหรือปานกลาง การทายาร่วมกับครีมที่ให้ความชุ่มชื้น จะลดการระคายเคืองที่ผิวหนังและทำให้ผลการรักษาดีขึ้น

บทที่ 4
การใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุและผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

เหตุผลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

1. เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) และเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) ดังตารางที่ 21
2. สมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงในผู้สูงอายุ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ง่าย

ตารางที่ 24 การเปลี่ยนแปลงทั้งเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) ในผู้สูงอายุ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. หลักการใช้ยาในผู้สูงอายุ. วารสารเภสัชวิทยา 2547; 26: 211-25.)

เภสัชจลนศาสตร์	การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา	ผลทางคลินิก	ตัวอย่างยา
การดูดซึมยา	1.ความเป็นกรดในกระเพาะอาหารลดลง	การดูดซึมของยาต่างๆ ลดลง	ketoconazole itraconazole ferrous sulphate
	2. พื้นที่ในการดูดซึมยาลดลง	ยังไม่ทราบความสำคัญทางคลินิก	-
	3. การไหลเวียนเลือดที่ไปลำไส้ลดลง	ยังไม่ทราบความสำคัญทางคลินิก	-
การกระจายยา	1. เนื้อเยื่อไขมันและ Vd ของยาที่ละลายในไขมัน (fat-soluble) เพิ่มขึ้น	ระยะครึ่งชีวิต (half-life) ของยาที่ละลายในไขมันเพิ่มขึ้น	diazepam, flurazepam
	2. ปริมาตรน้ำในร่างกายและ Vd ของยาที่ละลายในน้ำ (water-soluble) ลดลง	ความเข้มข้นของระดับยาที่ละลายในน้ำเพิ่มขึ้น	ethanol
	3. Lean body mass และ Vd ของยาที่จับกับกล้ามเนื้อลดลง	ปริมาณยาที่ให้ครั้งแรกควรลดลง	digoxin
	4. ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง	ปริมาณยาชนิด acidic drug จับกับโปรตีนลดลง	phenytoin, warfarin
	5. α1-acid glycoproteinเพิ่มขึ้น	ปริมาณยาชนิด basic drug จับกับโปรตีนเพิ่มขึ้น	lidocaine, propanolol

เภสัชจลนศาสตร์	การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา	ผลทางคลินิก	ตัวอย่างยา
เมแทบอลิซึม	1. first pass metabolism ลดลง	bioavailability ของยาบางตัวเพิ่มขึ้น	labetalol, propanolol
	2. oxidative metabolismที่ตับลดลง	ระยะครึ่งชีวิตของยาที่ผ่านกระบวนการนี้เพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น	diazepam, flurazepam
	3. conjugative metabolism ที่ตับไม่เปลี่ยนแปลง	ระยะครึ่งชีวิตของยาที่ผ่านกระบวนการนี้ไม่เปลี่ยนแปลง	oxazepam, triazolam
การกำจัดยา	เลือดที่ไปเลี้ยงไตและอัตราการกรองที่ไต (glomerular filtration rate) ลดลง	ระยะครึ่งชีวิตของยาที่ขับทางไตยาวขึ้น	digoxin, gentamicin, ACE inhibitor

3. ผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพหลายชนิดในเวลาเดียวกัน (multiple pathology) ทำให้มีโอกาสได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับโรค (drug-disease interaction) หรืออันตรกิริยาระหว่างยาด้วยกัน (drug-drug interaction) ได้ง่ายและจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
4. ผู้สูงอายุมีความจำ และประสาทการรับรู้ลดลงและมีความทุพพลภาพของร่างกายที่อาจส่งผลกระทบการใช้ยาอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ (adherence) ได้
5. Prescribing cascade (วังวนการสั่งยา) เกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีการสั่งใช้ก่อนหน้านี้และเมื่อให้การรักษาด้วยยาชนิดใหม่ก็อาจนำไปสู่การเกิดอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ เพิ่มขึ้น ทำให้ต้องรักษาด้วยยาชนิดใหม่เพิ่มเติม เป็นวงจรเช่นนี้ไปเรื่อยๆ ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ตัวอย่างวังวนการสั่งยา (Prescribing cascades)

ยาที่ได้รับตอนแรก	ผลข้างเคียง	ยาที่ได้รับตามมา
Amlodipine	Edema	Diuretics
Amitriptyline หรือ anticholinergics อื่น ๆ	Reduced cognition	Antidementia medications
Metformin, antidementia medications	Anorexia	Cyproheptadine
Cinnarizine, flunarizine, haloperidol, risperidone	Parkinsonism	Antiparkinson medications

เป้าหมายการดูแล

1. ผู้สูงอายุได้รับยาในขนาด และ ชนิดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงจากยา
2. ผู้สูงอายุได้รับยาเท่าที่จำเป็น
3. ผู้สูงอายุได้รับยาครบถ้วนตามแพทย์สั่ง

แนวทางการประเมินและการดูแล

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาชนิดที่คาดการณ์และป้องกันได้ เป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักก่อนการสั่งใช้ยาทุกครั้ง ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เลือกใช้ยาได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น อันได้แก่ Beers' Criteria, Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions (STOPP) และ Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment (START) Beers' Criteria มีเนื้อหาสาระสำคัญประกอบด้วย

1) รายการยาที่ไม่ควรใช้ในผู้สูงอายุโดยไม่ขึ้นกับกลุ่มโรค (Potentially Inappropriate Medication: PIM)
2) รายการยาที่ไม่ควรใช้ในผู้สูงอายุโดยขึ้นกับกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่
3) รายการยาที่ควรสั่งใช้ด้วยความระมัดระวัง
4) อันตรกิริยาระหว่างยาและยาที่ควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน
5) การปรับขนาดยาตามระดับการทำงานของไต

อย่างไรก็ตามมีการระบุให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักว่า Beers' Criteria เป็นเพียงข้อเสนอแนะที่ควรพิจารณาควบคู่ไปกับบริบทจริงเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย ไม่ใช่ข้อกำหนดตายตัว บุคลากรทางการแพทย์ต้องประยุกต์ใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ประกอบกัน เพื่อให้เกิดความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (อ้างอิงจาก American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults)

1. รายการยาที่ไม่ควรใช้ในผู้สูงอายุโดยไม่ขึ้นกับกลุ่มโรค

ในกลุ่มนี้ยาที่มักมีการใช้อย่างไม่เหมาะสมได้แก่ กลุ่มยาที่มีฤทธิ์ anticholinergics เพราะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดปัญหาความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ทำให้ปากคอแห้งซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการกลืน การง่วงซึมซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาด้านการทรงตัวและพลัดตกหกล้ม ทำให้เกิดสับสนเฉียบพลัน โดยกลุ่มยาที่มีฤทธิ์ **anticholinergics สูงและควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการนำมาใช้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่**

- ยาแก้แพ้ที่เป็น first generation antihistamine ได้แก่ chlorpheniramine (CPM), hydroxyzine, brompheniramine, tripolidine, cyproheptadine
- ยาแก้คลื่นไส้เวียนศีรษะเช่น dimenhydrinate (dramamine)
- ยาคลายกล้ามเนื้อเช่น orphenadrine และ cyclobenzaprine
- ยาแก้โรคซึมเศร้า (antidepressants) เช่น amitriptyline, imipramine และ nortriptyline
- ยาลดอาการสั่นในโรคพาร์กินสัน ได้แก่ benztropine และ trihexyphenidyl

นอกจากนี้รายการยาอื่นๆ ที่ไม่ควรใช้ในผู้สูงอายุโดยไม่ขึ้นกับกลุ่มโรคที่น่าสนใจ เช่น การไม่แนะนำให้ใช้ยา omeprazole ต่อเนื่องเกินกว่า 8 สัปดาห์ เพราะพบว่าการใช้ยา omeprazole เป็นระยะเวลานานอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ clostridium difficile การสูญเสียมวลกระดูกและกระดูกหัก ลดการดูดซึมวิตามิน B12 ในทางเดินอาหาร เว้นแต่ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคบางชนิด เช่น erosive esophagitis, Barrett's esophagitis (เป็นการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุหลอดอาหาร ไปเป็นเซลล์ชนิดเยื่อบุผิวลำไส้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคกรดไหลย้อนและเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งหลอดอาหาร) หรือมีพยาธิสภาพที่แสดงว่ามีการหลั่งกรดมากผิดปกติจนอาจเกิดอันตราย รวมถึงผู้ที่ได้รับยากลุ่ม corticosteroids หรือ ใช้ยากลุ่ม NSAIDs อย่างต่อเนื่องซึ่งอาจจำเป็นต้องได้รับยา omeprazole นานกว่า 8 สัปดาห์ ตารางที่ 26 แสดงรายการยาที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ตารางที่ 26 ตัวอย่างรายการยาที่ใช้บ่อยในทางคลินิกที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (ดัดแปลงจาก American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults)

ระบบอวัยวะ/ยา	เหตุผล
Anticholinergics	
First-generation antihistamines • Brompheniramine • Chlorpheniramine • Cyproheptadine • Dexbrompheniramine • Dexchlorpheniramine • Dimenhydrinate • Diphenhydramine (oral) • Hydroxyzine	อาจเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ anticholinergics เช่น สับสน ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่ามัว และเดินไม่มั่นคง หกล้ม
Antiparkinsonian agents • Benztropine(oral) • Trihexyphenidyl	อาจเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ anticholinergics เช่น สับสน ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่ามัว และเดินไม่มั่นคง หกล้ม
Antispasmodics • Atropine (excludes ophthalmic) • Belladonna alkaloids • Clidinium-chlordiazepoxide • DicyclomineHomatropine • (excludesopthalmic) • Hyoscyamine • Methscopolamine • Propantheline • Scopolamine	อาจเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ anticholinergics เช่น สับสน ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่ามัว และเดินไม่มั่นคง หกล้ม
Cardiovascular	
Peripheral alpha-1 blockers for treatment of hypertension • Doxazosin • Prazosin • Terazosin	อาจเกิด orthostatic hypotension
Central alpha-agonists • Clonidine • Methyldopa • Reserpine(>0.1mg/day)	มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง อาจมี bradycardia และ orthostatic hypotension

ระบบอวัยวะ/ยา	เหตุผล
Digoxin for first-line treatment of atrial fibrillation or of heart failure	ไม่ควรใช้เป็นยาแรกในการรักษา atrial fibrillation เนื่องจากมีการรักษาอื่นที่ควบคุมอัตราเต้นของหัวใจที่ดีกว่า การใช้ใน heart failure ผลค่อนข้างก้ำกึ่งและคุณภาพการศึกษาต่ำ อาจเกิดผลข้างเคียงเนื่องจากขับออกทางไต ซึ่งอาจมีการทำงานลดลงในผู้สูงอายุ ต้องปรับยาในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 4 หรือ 5
Nifedipine, immediate release	อาจความดันต่ำ กระตุ้นให้เกิด myocardial ischemia
Amiodarone	มีประสิทธิภาพในการรักษา sinus rhythm แต่มีฤทธิ์เป็นพิษมากกว่า anti-arrhythmics ในการรักษา atrial fibrillation โดยอาจเลือกใช้เป็นทางเลือกแรกในการรักษาผู้ป่วยร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจห้องซ้ายล่างหนาตัวขึ้น (LVH) ถ้าต้องการคุมจังหวะ (rhythm control) มากกว่าการคุมอัตราเต้น (rate control)
Central nervous system	
Antidepressants, alone or in combination • Amitriptyline • Amoxapine • Clomipramine • Desipramine • Doxepin>6mg/day • Imipramine • Nortriptyline • Paroxetine • Protriptyline • Trimipramine	อาจเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ anticholinergics เช่น สับสน ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่ามัว และเดินไม่มั่นคง หกล้ม
Antipsychotics, first (conventional) and Second (atypical) generation	เพิ่มความเสี่ยงของ cerebrovascular accident (stroke), cognitive decline และการตายในผู้ที่มีสมองเสื่อม ควรใช้วิธี non-pharmacologic management ในการแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ที่มีสมองเสื่อมก่อนเลือกวิธีการใช้ยา เว้นแต่ไม่ได้ผลและปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์นั้นมีอันตรายต่อผู้ป่วยเองหรือผู้อื่น
Barbiturates	โอกาสเกิด physical dependence สูง ดื้อต่อยาในการช่วยนอนหลับ ยาขนาดต่ำก็อาจขนาดยาเกิน

ระบบอวัยวะ/ยา	เหตุผล
Benzodiazepines Short and intermediate acting: • Alprazolam • Estazolam • Lorazepam • Oxazepam • Temazepam • Triazolam Long acting: • Chlordiazepoxide (alone or in combination with amitriptyline orclidinium) • Clonazepam • Clorazepate • Diazepam • Flurazepam • Quazepam	• ผู้สูงอายุมีความไวต่อ benzodiazepines สูงขึ้นและเมแทบอลิซึมของยาที่ออกฤทธิ์ยาว ลดลง • ยา benzodiazepines เพิ่มความเสี่ยงต่อ cognitive impairment, delirium, หกล้ม กระดูกหัก และอุบัติเหตุ • อาจเหมาะสมในการควบคุมชัก, rapid eye movement sleep behavior disorder, benzodiazepine withdrawal, ethanol withdrawal, severe generalized anxiety disorder, และ peri-procedural anesthesia
Nonbenzodiazepine, benzodiazepine Receptor agonist hypnotics (ie,“Z-drugs”) • Eszopiclone • Zaleplon • Zolpidem	Nonbenzodiazepine benzodiazepine receptor agonist hypnotics (ie, Z drugs) มีผลข้างเคียงเหมือน benzodiazepines ในผู้สูงอายุ ได้แก่ delirium หกล้ม กระดูกหัก อุบัติเหตุ ต้องมาห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล โดยช่วย sleep latency and duration เพียงเล็กน้อย
Endocrine	
Androgens Methyltestosterone Testosterone	มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงต่อหัวใจ และห้ามใช้ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก
Estrogens with or without progestins	• เพิ่มความเสี่ยงของโรคมะเร็ง (breast และ endometrium) • ไม่มี cardioprotective effect และไม่ป้องกันการถดถอยของปริชาน (cognitive protection) ในผู้สูงอายุหญิง • การใช้ vaginal estrogens ในการรักษา vaginal dryness ปลอดภัยและได้ผล • ผู้หญิงที่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมที่ไม่ตอบสนองต่อ non hormonal therapies ควรได้พูดคุยกับแพทย์ในประเด็นประโยชน์และโทษของ low-dose vaginal estrogen (dosages of estradiol <25 μg twice weekly)
Growth hormone	ผลต่อ body composition เพียงเล็กน้อย และอาจทำให้บวม ปวดข้อ, carpal tunnel syndrome, gynecomastia, impaired fasting glucose

ระบบอวัยวะ/ยา	เหตุผล
Insulin, sliding scale (insulin regimens containing only short-or rapid-acting insulin dosed according to current blood glucose levels without concurrent use of basal or long-acting insulin)	เลี่ยงการให้ short- or rapid-acting insulin ตามระดับน้ำตาลปัจจุบันเท่านั้น เพราะมีโอกาสเกิดน้ำตาลต่ำโดยไม่ช่วยทำให้การควบคุม hyperglycemia ดีขึ้น ควรมี basal or long-acting insulin ร่วมด้วย
Megestrol	มีผลต่อน้ำหนักตัวไม่มากแต่อาจเพิ่มการเกิดหลอดเลือดอุดตันและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ
Sulfonylureas, long acting • Chlorpropamide • Glimepiride • Glyburide (also known as glibenclamide)	Chlorpropamide อาจเกิด prolonged hypoglycemia และ SIADH Glimepiride และ glyburide อาจเกิด prolonged hypoglycemia
Gastrointestinal	
Metoclopramide	อาจทำให้เกิด extrapyramidal effects และ tardive dyskinesia; โดยเฉพาะในผู้ที่เปราะบางและได้รับยานานๆ
Mineral oil, given orally	อาจสำลักและเกิดผลข้างเคียง และมีการรักษาอื่นที่ปลอดภัยกว่า
Proton-pump inhibitors	มีความเสี่ยงต่อการเกิด Clostridium dificile infection และกระดูกพรุน กระดูกหัก
Pain medications	
Meperidine	อาจเกิด delirium ได้
Non–cyclooxygenase-selective NSAIDs, oral: และ Aspirin>325mg/day	• เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร/โรคกระเพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ อายุมากกว่า 75 ปี ได้ยา corticosteroids, anticoagulants, หรือ antiplatelet agents ใช้ proton-pump inhibitor หรือ misoprostol ลดความเสี่ยงของการเกิดแผลในกระเพาะอาหารเลือดออกหรือกระเพาะทะลุ • ความดันโลหิตสูงขึ้น ไตวาย
Indomethacin Ketorolac, includes parenteral	เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร/โรคกระเพาะ ไตวาย ในผู้สูงอายุ ยา Indomethacin มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงทางระบบประสาท
Skeletal muscle relaxants • Carisoprodol • Chlorzoxazone • Cyclobenzaprine • Metaxalone • Methocarbamol • Orphenadrine	อาจเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ anticholinergics เช่น สับสน ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่ามัว และเดินไม่มั่นคง หกล้ม

ระบบอวัยวะ/ยา	เหตุผล
Genitourinary	
Desmopressin	อาจเกิด hyponatremia, มีการรักษาอื่นที่ปลอดภัยกว่า

2. รายการยาที่ไม่ควรใช้ในผู้สูงอายุโดยขึ้นกับกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุเป็นร่วมด้วย

หมายถึงยาที่ไม่ได้แนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุทุกราย แต่ให้พิจารณาตามโรคร่วมของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 27

ตารางที่ 27 รายการยาที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุรวมถึงปฏิกิริยาของยาต่อโรค หรือกลุ่มอาการ (drug-disease interaction)

โรค	ยา	ผลข้างเคียง
Congestive heart failure	NSAIDs, thiazolidinediones Beta-blockers, Nondihydropyridine CCBs (diltiazem, verapamil) Cilostazol	Fluid retention, CHF exacerbation Acute cardiac decompensation Fluid retention, CHF exacerbation
Syncope	AChEIs Peripheral alpha 1 blocker Tertiary TCAs Thioridazine Olanzapine Antipsychotics: Chlorpromazine	Bradycardia Orthostatic hypotention Orthostatic hypotention, bradycardia
Benign prostatic hyperplasia (BPH)	Strongly anticholinergic drugs, except antimuscarinics for urinary incontinence	Urinary retention
Dementia or cognitive impairment	Anticholinergics Benzodiazepines Nonbenzodiazepine, benzodiazepine receptor agonist hypnotics	Confusion, delirium

โรค	ยา	ผลข้างเคียง
History of falls or fractures	Antiepileptics Antipsychotics Benzodiazepines Nonbenzodiazepine, benzodiazepine receptor agonist hypnotics Eszopiclone Zaleplon Zolpidem Antidepressants SSRIs SNRIs TCAs Opioids	Ataxia, impaired psychomotor function, syncope, additional falls
Glaucoma	Antimuscarinic drugs	Acute glaucoma
Cardiac conduction disorders	Tricyclic antidepressants	Heart block
Hypertension	NSAIDS	Blood pressure increase
Peripheral vascular disease	Beta-blockers	Intermittent claudication
COPD	Beta-blockers	Bronchoconstriction
Chronic kidney disease > stage 4 (CCr <30)	NSAIDs (non-COX and COX selective, oral and parenteral, nonacetylated salicylates)	Acute renal failure
Diabetes mellitus	Diuretics, prednisolone	Hyperglycemia
Depression	Beta-blockers, centrally-acting antihypertensives, benzodiazepine, steroids	Precipitation or exacerbation of depression
Hypokalemia	Digoxin	Cardiac arrhythmias
Peptic ulcer	Aspirin >325 mg/day Non–COX-2–selective NSAIDs	Gastrointestinal bleeding
Parkinson disease	Metoclopramide, neuroleptics, cinnarizine, flunarizine	Worsening of parkinsonism
Cataract	Corticosteroids	Worsening of cataract

3. รายการยาที่ควรสั่งใช้ด้วยความระมัดระวัง

ตารางที่ 28 รายการยาที่ควรระมัดระวังในการใช้สำหรับผู้สูงอายุ (ดัดแปลงจาก American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults)

รายการยา	เหตุผล	คำแนะนำ
Aspirin สำหรับ primary prevention of cardiovascular disease and colorectal cancer	เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในผู้สูงอายุ การศึกษาถึงประโยชน์ของการให้การป้องกันปฐมภูมิในผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน มีที่ใช้ในการป้องกันการเป็นซ้ำในผู้ที่มีโรค cardiovascular Disease แล้ว	ระมัดระวังในผู้สูงอายุ > 70 ปี
Dabigatran Rivaroxaban	เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร เมื่อเทียบกับ warfarin และรายงานของ other direct oral anticoagulants เมื่อใช้ในระยะยาวสำหรับ VTE หรือ atrial fibrillation ในผู้ที่อายุมากกว่า 75 ปี	ระมัดระวังในผู้สูงอายุ > 75 ปีที่รักษาด้วย VTE หรือ atrail fibrillation
Prasugrel	เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในผู้สูงอายุ ประโยชน์ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงสุด (เช่น มี prior myocardial infarction หรือ diabetes mellitus) อาจมากกว่าความเสี่ยงเมื่อใช้ตามข้อบ่งชี้ของ acute coronary syndrome ที่ต้องรักษาด้วย percutaneous coronary intervention	ระมัดระวังในผู้สูงอายุ > 75 ปี
Antipsychotics Carbamazepine Diuretics Mirtazapine Oxcarbazepine SNRIs SSRIs TCAs Tramadol	อาจทำให้เกิด SIADH และ hyponatremia;	ใช้อย่างระมัดระวัง ติดตามระดับ Na
Trimethoprim-sulfamethoxazole	เพิ่มความเสี่ยงของ hyperkalemia เมื่อใช้ร่วมกับ ACEI หรือ ARB ในรายที่ creatinine clearance ลดลง	ระมัดระวังในรายที่รักษาด้วย ACEI , ARB และ creatinine clearance ลดลง

4. อันตรกิริยาระหว่างยาและยาที่ควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน

ตารางที่ 29 อันตรกิริยาระหว่างยาและยาที่ควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน (Drug-Drug Interactions) ที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุ (ดัดแปลงจาก American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults)

ยาหรือกลุ่มยา	ยาหรือกลุ่มยาที่มีอันตรกิริยาด้วย	เหตุผล
• RAS inhibitor (ACEIs, ARBs, aliskiren) • Potassium-sparing diuretics (amiloride, triamterene)	RAS inhibitor (ACEIs, ARBs, aliskiren) ชนิดอื่น	เพิ่มปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะ Hyperkalemia
• Opioids	Benzodiazepines	เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับยาเกินขนาด
• Opioids	Gabapentin, pregabalin	เพิ่มความเสี่ยงของซึมหลับ กดการหายใจจนอาจเสียชีวิต
• Anticholinergic	Anticholinergic	เพิ่มความเสี่ยงของการถดถอยของปริชาน (cognition) สับสน และ anticholinergic side effect อื่น ๆ
• Antidepressants (TCAs, SSRIs,andSNRIs) • Antipsychotics • Antiepileptics • Benzodiazepines and nonbenzodiazepine, benzodiazepine receptor agonist hypnotics (ie,“Z-drugs”) • Opioids	การใช้ยากลุ่มเหล่านี้อย่างน้อย 3 ชนิดร่วมกัน	เพิ่มความเสี่ยงของการซึมหลับ หกล้ม กระดูกหัก
Corticosteroids , oral or parenteral	NSAIDs	เพิ่มปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร หรือ เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร
Lithium	ACEIs Loop diuretics	เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะ lithium toxicity
Peripheral α-1 blockers	Loop diuretics	เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเพศหญิง
Phenytoin	Trimethoprim-sulfamethoxazole	เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะ phenytoin toxicity
Theophylline	Cimetidine Ciprofloxacin	เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะ theophylline toxicity

ยาหรือกลุ่มยา	ยาหรือกลุ่มยาที่มีอันตรกิริยาด้วย	เหตุผล
Warfarin	Amiodarone Ciprofloxacin Macrolides (excluding azithromycin) Trimethoprim-sulfamethoxazole NSAIDs SSRIs	เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก

ตารางที่ 30 อันตรกิริยาระหว่างยาและสมุนไพร (drug-herb interaction) (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด, 2556: หน้า 339-349.)

ยาสมุนไพร	ยาแผนปัจจุบัน	ผลไม่พึงประสงค์จากยา
ใบแปะก๊วย (Ginkgo biloba) ใช้ในโรคอัลไซเมอร์ หรือสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน กามตายด้าน และโรคเสียงดังในหู	Aspirin Warfarin Thiazide diuretic Acetaminophen และ ergotamine/caffeine	• Spontaneous hyphema จากการยับยั้ง platelet aggregation • หลอดเลือดสมองแตก (Intracerebral hemorrhage) • ความดันเลือดสูง • Subdural hematoma
โสม (Ginseng)	Warfarin Alcohol Phenelzine (Nadil); monoamine oxidase inhibitor Amlodipine, simvastatins	ลด INR (International Normalized Ratio) เพิ่มการขับแอลกอฮอล์ออกจากร่างกาย ปวดศีรษะ อาการสั่น (tremor), mania ลดการออกฤทธิ์ของยาจากการที่เป็น CYP3A4 inducer
กระเทียม	NSAIDS, Warfarin Colchicine, Digoxin Rosuvastatin	เพิ่ม anticoagulation effect (เพิ่ม INR) ลดการออกฤทธิ์ของยาจากการที่เป็น P-gp inducer
มะขามแขก (Senna) ใช้เป็นยาระบาย	Thiazides Digitalis Corticosteroids	การใช้ติดต่อกันนานๆ อาจทำให้ สูญเสียโพแทสเซียม จึงมีผลต่อการใช้ยา digitalis และ antiarrhythmic agents

ยาสมุนไพร	ยาแผนปัจจุบัน	ผลไม่พึงประสงค์จากยา
ชะเอมเทศ (licorice)	Thiazides Digitalis Corticosteroids	สูญเสียโพแทสเซียม เพิ่มความไวต่อยา digitalis เพิ่มฤทธิ์ของ Corticosteroids
ขมิ้นชัน (Curcumin)	Antidepressants Antipsychotics Cytochrome P450 3A4 (CYP3A4) substrates Antidiabetes drugs Anticoagulant / Antiplatelet drugs	ลดการออกฤทธิ์ของยาจากการที่เป็น CYP1A2 inducer เพิ่มผลข้างเคียงของยา น้ำตาลในเลือดลดลงมากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของเลือดออก

5. การปรับขนาดยาตามระดับการทำงานของไต ยาที่มีควรปรับลดขนาดยาหรือเลี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของไต มีดังตารางที่ 31

ตารางที่ 31 การปรับลดขนาดยาตามระดับการทำงานของไต

Medication Class and Medication	CrCl (mL/min)	คำแนะนำ
Ciprofloxacin	<30	Doses used to treat common infections typically require reduction when CrCl<30 mL/min
Trimethoprim-sulfamethoxazole	<30	ค่า CrCl15-29 mL/min: ลดขนาดยาลง ค่าCrCl<15 mL/min : ควรหลีกเลี่ยง
Amiloride	<30	หลีกเลี่ยง
Apixaban	<25	หลีกเลี่ยง
Dabigatran	<30	Avoid; dose adjustment advised when CrCl>30 mL/min in the presence of drug-drug interactions
Dofetillide	<60	ค่า CrCl 20-59 mL/min : ลดขนาดยาลง ค่า CrCl<20 mL/min: ควรหลีกเลี่ยง
Edoxaban	15-50 <15 or >95	ค่า CrCl15-50 mL/min: ลดขนาดยาลง ค่า CrCl<15or >95 mL/min: ควรหลีกเลี่ยง
Enoxaban	<30	ลดขนาดยา
Fondaparinux	<30	ควรหลีกเลี่ยง

Medication Class and Medication	CrCl (mL/min)	คำแนะนำ
Rivaroxaban	<50	ไม่มี valvular atrial fibrillation: ค่า CrCl15-50 mL/min: ลดขนาดยาลง ค่า CrCl<15 or >95 mL/min: ควรหลีกเลี่ยง Venous thromboembolism treatment and for VTE prophylaxis with hip or knee replacement: ควรหลีกเลี่ยง ถ้าค่า CrCl <30 mL/min
Spironolactone	<30	ควรหลีกเลี่ยง
Triamterene	<30	ควรหลีกเลี่ยง
Duloxetine	<30	ควรหลีกเลี่ยง
Gabapentin	<60	ลดขนาดยา
Levetiracetam	<80	ลดขนาดยา
Pregabalin	<60	ลดขนาดยา
Tramadol	<30	Immediate release: reduce dose Extended release: avoid
Cimetidine	<50	ลดขนาดยา
Famotidine	<50	ลดขนาดยา
Nizatidine	<50	ลดขนาดยา
Ranitidine	<50	ลดขนาดยา
Colchicine	<30	ลดขนาดยา : ติดตามอาการข้างเคียง
Probenecid	<30	ควรหลีกเลี่ยง

ภาคผนวก

สารบัญ

ภาคผนวก		หน้า
ภาคผนวกที่ 1	เกณฑ์การประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ	93
ภาคผนวกที่ 2	การทำกิจกรรมการเตรียมบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	98
ภาคผนวกที่ 3	การคัดกรองสายตาและประเมินการมองเห็น (visual acuity: VA)	102
ภาคผนวกที่ 4	การประเมินจอประสาทตาเสื่อม (Amsler Grid Test)	103
ภาคผนวกที่ 5	แบบประเมินสภาพช่องปาก (Oral Health Assessment Tool : OHAT)	104
ภาคผนวกที่ 6	แบบประเมิน EAT-10 (แบบคัดกรองการกลืน)	106
ภาคผนวกที่ 7	แบบประเมิน Mimi-Nutritional Assessment short form (MNA-SF)	107
ภาคผนวกที่ 8	ปริมาณสารอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	109
ภาคผนวกที่ 9	การประเมินภาวะปัสสาวะเล็ดราดชั่วคราวจากสาเหตุนอกระบบปัสสาวะ (Transient incontinence)	111
ภาคผนวกที่ 10	การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน วิธี Kegel exercise	112
ภาคผนวกที่ 11	Time Up and Go Test (TUGT)	113
ภาคผนวกที่ 12	แบบประเมิน Frailty phenotype	114
ภาคผนวกที่ 13	แบบประเมิน FRAIL scale	115

ภาคผนวกที่ 1
เกณฑ์การประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ

ชื่อสถานบริการสุขภาพ (รพ.สต. / รพช. / รพท. / รพศ.) .....

อำเภอ..... จังหวัด .....

หัวข้อ	คะแนน			
	0	1	2	3
อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม				
1. มีคลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี		
2 มีสถานที่ชัดเจน เป็นสัดส่วน ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก	ไม่มี	มี		
3 ความเหมาะสมของอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม 3.1 มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/หน่วยบริการอย่างชัดเจน	ไม่มี	มี		
3.2 มีประตูและพื้นที่ห้องตรวจกว้างเพียงพอที่จะให้ผู้ที่นั่งรถเข็นเข้ารับบริการได้	ไม่มี	มี		
3.3 มีราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ด้านหน้า รพ. จนถึงคลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีตามมาตรฐาน	มีสูงกว่ามาตรฐาน
3.4 มีทางลาดที่ได้มาตรฐานตั้งแต่ด้านหน้า รพ. จนถึงคลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีตามมาตรฐาน	มีสูงกว่ามาตรฐาน
3.5 มีห้องน้ำผู้สูงอายุ / ผู้พิการ บริเวณใกล้ ๆ คลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีตามมาตรฐาน	มีมากกว่าบริเวณใกล้ๆ คลินิก
บุคลากร				
4 มีพยาบาลปฏิบัติงานประจำที่คลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีและผ่านการอบรมระยะสั้น	มีและผ่านการอบรมเฉพาะทางหรือป.โท
5 มีแพทย์ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมระยะสั้นปฏิบัติงานประจำ	มีอายุรแพทย์ผู้สูงอายุปฏิบัติงานประจำ
6 มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพร่วมเป็นทีมปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบาบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ)	ไม่มี	มี 2 สาขา	มี >2 สาขา	มีการประชุมเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

หัวข้อ	คะแนน			
	0	1	2	3
บุคลากร				
7 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)	ไม่ได้รับ	ได้รับ ปีละ 1 ครั้ง	ได้รับ มากกว่า ปีละ 1 ครั้ง	ได้รับ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป
การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ				
8 ความถี่ของการเปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ	ไม่เปิด บริการ	บริการ เดือนละ 1 ครั้ง	บริการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	บริการ สัปดาห์ละ >1 ครั้ง
9 คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน ADL, IADL	ไม่มี	ประเมิน ADL หรือ IADL	ประเมิน ADL และ IADL	นำผลการประเมินฯ เสนอต่อผู้อานวยการรายไตรมาส
10 คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน GS ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาจากประวัติ/ตรวจเบื้องต้น	ไม่มี	ประเมิน 1 GS	ประเมิน >1 GS และนาผลการประเมินฯ เสนอต่อผู้อานวยการรายไตรมาส	ประเมินและร่วมแก้ไขปัญหาโดยสหสาขาวิชาชีพ
11 การรับส่งต่อภายในโรงพยาบาล	ไม่มี	มีการส่งต่อไปยังบริการเฉพาะทาง	บุคลากรแผนกอื่นขอรับคำปรึกษา	แพทย์แผนกอื่นขอรับคำปรึกษา
12 การดูแลต่อเนื่อง	ไม่มี	ติดตามผู้ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องมารับบริการและประสานทีม HHC ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	ร่วมกับทีม HHC ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (บางราย)	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ ward กรณี admit

หัวข้อ	คะแนน			
	0	1	2	3
การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ				
13 มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ไม่มี	ประเมิน	นำผลการประเมินฯ เสนอต่อผู้อำนวยการ	นำผลการประเมินฯ ปรับปรุง/พัฒนางาน
14 มีนวัตกรรมในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ทุกปี	มีสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ทุกปีและได้รับรางวัล
15 มีการจัดการองค์ความรู้ (KM)	ไม่มี	มีภายในคลินิกผู้สูงอายุ	มีภายในโรงพยาบาล	มีและนำเสนอในการประชุมวิชาการ หรือตีพิมพ์
16 มีการวางแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุในอนาคต	ไม่มี	มี SWOT	มีแผนยุทธศาสตร์ตาม SWOT	มีการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

คะแนนการประเมินฯ

1. อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม ได้ _____ คะแนน
2. บุคลากร ได้ _____ คะแนน
3. การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ _____ คะแนน

รวม _____ คะแนน

ผลการประเมินฯ

สถานบริการสุขภาพ	คะแนน				
	เต็ม	ผ่าน	ระดับดี	ระดับดีมาก	ระดับดีเด่น
รพ.สต.	40	16	28	34	40
	กรณีไม่ต้องประเมินข้อ 3.4 (ทางลาด)				
	37	15	26	32	37
โรงพยาบาล	52	20	36	44	52

หมายเหตุ

1) **รพ.สต.** ไม่ต้องประเมินข้อ 5, 6, 11, 12

2) **รพ.สต.** ที่ระดับพื้นที่ภายในอาคาร หรือระดับพื้นที่ภายในอาคารกับภายนอกอาคาร หรือระดับพื้นที่ภายนอกอาคารมีความต่างระดับกันไม่เกิน 20 มิลลิเมตรไม่ต้องมีทางลาด แต่ต้องปาดมุมพื้นส่วนที่ต่างระดับกันไม่เกิน 45 องศา ไม่ต้องประเมินข้อ 3.4

กฎกระทรวง
กำหนดสิ่งอานวยความสะดวกในอาคารสาหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ. 2548
เล่ม 122 ตอนที่ 52 ราชกิจจานุเบกษา 2 กรกฎาคม 2548

ทางลาดให้มีลักษณะต่อไปนี้

(1) พื้นผิวทางลาดต้องเป็นวัสดุที่ไม่ลื่น

(2) พื้นผิวของจุดต่อเนื่องระหว่างพื้นกับทางลาดต้องเรียบไม่สะดุด

(3) ความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 900 มิลลิเมตร กรณีที่ทางลาดมีความยาวของทุกช่วงรวมกันตั้งแต่ 6,000 มิลลิเมตรขึ้นไปต้องมีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 1,500 มิลลิเมตร

(4) มีพื้นที่หน้าทางลาดเป็นที่ว่างไม่น้อยกว่า 1,500 มิลลิเมตร

(5) ทางลาดต้องมีความลาดชันไม่เกิน 1 : 12 และมีความยาวช่วงละไม่เกิน 6,000 มิลลิเมตร กรณีที่ทางลาดยาวเกิน 6,000 มิลลิเมตรต้องจัดให้มีชานพักยาวไม่น้อยกว่า 1,500 มิลลิเมตรคั่นระหว่างแต่ละช่วงของทางลาด

(6) ทางลาดที่ไม่มีผนังกั้นให้ยกขอบสูงจากพื้นผิวทางลาดไม่น้อยกว่า 50 มิลลิเมตรและมีราวกันตก

(7) ทางลาดที่มีความยาวตั้งแต่ 2,500 มิลลิเมตรขึ้นไปต้องมีราวจับทั้งสองด้าน

ห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราต้องมีลักษณะต่อไปนี้

(1) มีพื้นที่ว่างภายในห้องส้วมเพื่อให้เก้าอี้ล้อสามารถหมุนตัวกลับได้ ซึ่งมีเส้นผ่านศูนย์กลางไม่น้อยกว่า 1,500 มิลลิเมตร

(2) ประตูของห้องที่ตั้งโถส้วมเป็นแบบบานเปิดออกสู่ภายนอก โดยต้องเปิดค้างได้ไม่น้อยกว่า 90 องศา หรือเป็นแบบบานเลื่อน และมีสัญลักษณ์รูปผู้พิการติดไว้ที่ประตูด้านหน้าห้องส้วม

(3) พื้นห้องส้วมต้องมีระดับเสมอกับพื้นภายนอก ถ้าเป็นพื้นต่างระดับต้องมีลักษณะเป็นทางลาด และวัสดุปูพื้นห้องส้วมต้องไม่ลื่น

(4) พื้นห้องส้วมต้องมีความลาดเอียงเพียงพอไปยังช่องระบายน้ำทิ้งเพื่อที่จะไม่ให้มีน้ำขังบนพื้น

(5) มีโถส้วมชนิดนั่งราบสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 450 มิลลิเมตรแต่ไม่เกิน 500 มิลลิเมตร มีพนักพิงหลังที่ให้ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราที่ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้เองใช้พิงได้และที่ปล่อยน้ำเป็นชนิดคันโยก ปุ่มกดขนาดใหญ่หรือชนิดอื่นที่ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราสามารถใช้ได้อย่างสะดวก มีด้านข้างด้านหนึ่งของโถส้วมอยู่ชิดผนังโดยมีระยะห่างวัดจากกึ่งกลาง โถส้วมถึงผนังไม่น้อยกว่า 450 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 500 มิลลิเมตร ต้องมีราวจับที่ผนังส่วนด้านที่ไม่ชิดผนังให้มีที่ว่างมากพอที่ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราที่นั่งเก้าอี้ล้อสามารถเข้าไปใช้โถส้วมได้โดยสะดวก กรณีที่ด้านข้างของโถส้วมทั้งสองด้านอยู่ห่างจากผนังเกิน 500 มิลลิเมตรต้องมีราวจับ

(6) มีราวจับบริเวณด้านที่ชิดผนังเพื่อช่วยในการพยุงตัวเป็นราวจับในแนวนอนและแนวดิ่ง โดยมีลักษณะดังนี้

(ก) ราวจับในแนวนอนมีความสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 650 มิลลิเมตรแต่ไม่เกิน 700 มิลลิเมตร และให้ยื่นล้ำออกมาจากด้านหน้าโถส้วมอีกไม่น้อยกว่า 250 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 300 มิลลิเมตร

(ข) ราวจับในแนวดิ่งต่อจากปลายของราวจับในแนวนอนด้านหน้าโถส้วมมีความยาววัดจากปลายของราวจับในแนวนอนขึ้นไปอย่างน้อย 600 มิลลิเมตร ราวจับตาม (6) (ก) และ (ข) อาจเป็นราวต่อเนื่องกันก็ได้

(7) ด้านข้างโถส้วมด้านที่ไม่ชิดผนังให้มีราวจับติดผนังแบบพับเก็บได้ในแนวราบเมื่อกางออกให้มีระบบล็อกที่ผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชราสามารถปลดล็อกได้ง่าย มีระยะห่างจากขอบของโถส้วมไม่น้อยกว่า 150 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 200 มิลลิเมตรและมีความยาวไม่น้อยกว่า 550 มิลลิเมตร

(8) มีราวจับเพื่อนาไปสู่สุขภัณฑ์อื่น ๆ ห้องส้วมมีความสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 800 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 900 มิลลิเมตร

(9) ติดตั้งระบบสัญญาณแสงและสัญญาณเสียงให้ผู้ที่อยู่ภายนอกแจ้งภัยแก่ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา และระบบสัญญาณแสงและสัญญาณเสียงให้ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราสามารถแจ้งเหตุหรือเรียกหาผู้ช่วยในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินไว้ในห้องส้วมโดยมีปุ่มกดหรือปุ่มสัมผัสให้สัญญาณทางานซึ่งติดตั้งอยู่ในตำแหน่งที่ผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชราสามารถใช้งานได้สะดวก

(10) มีอ่างล้างมือโดยมีลักษณะต่อไปนี้

(ก) ใต้อ่างล้างมือด้านที่ติดผนังไปจนถึงขอบอ่างเป็นที่ว่างเพื่อให้เก้าอี้ล้อสามารถสอดเข้าไปได้โดยขอบอ่างอยู่ห่างจากผนังไม่น้อยกวา 450 มิลลิเมตรและต้องอยู่ในตำแหน่งที่ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราเข้าประชิดได้โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง

(ข) มีความสูงจากพื้นถึงขอบบนของอ่างไม่น้อยกว่า 750 มิลลิเมตรแต่ไม่เกิน 800 มิลลิเมตร และมีราวจับในแนวนอนแบบพับเก็บได้ในแนวดิ่งทั้งสองข้างของอ่าง

(ค) ก๊อกน้ำเป็นชนิดก้านโยกหรือก้านกดหรือก้านหมุนหรือระบบอัตโนมัติ

กรณีห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราอยู่ภายในห้องส้วมที่จัดไว้สาหรับบุคคลทั่วไปและมีทางเข้าก่อนถึงตัวห้องส้วม ต้องจัดให้ห้องส้วมสาหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราอยู่ในตำแหน่งที่ผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชราสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก

กรณีที่เป็นห้องส้วมสาหรับผู้ชายที่มิใช่ห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราให้มีที่ถ่ายปัสสาวะที่มีระดับเสมอพื้นอย่างน้อย 1 ที่โดยมีราวจับในแนวนอนอยู่ด้านบนของที่ถ่ายปัสสาวะยาวไม่น้อยกว่า 500 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 600 มิลลิเมตร มีความสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 1,200 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 1,300 มิลลิเมตรและมีราวจับด้านข้างของที่ถ่ายปัสสาวะทั้งสองข้าง มีความสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 800 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 1,000 มิลลิเมตร ซึ่งยื่นออกมาจากผนังไม่น้อยกว่า 550 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 600 มิลลิเมตร

ภาคผนวกที่ 2
การทำกิจกรรมการเตรียมบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรมกลุ่ม

1. เลือกประธานและเลขาฯ ประจำกลุ่ม
2. คิดประเด็นปัญหาการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกสูงอายุ ที่กลุ่มสนใจ อาจเป็นแบบคลินิกผู้สูงอายุหรือคลินิกอื่นที่มีประเด็นด้านผู้สูงอายุ
3. วิเคราะห์ประเด็นตามตารางที่ 1, 2
4. เขียนแผนภูมิการจัดบริการดังแผนภูมิที่ 1 ตั้งแต่ขาเข้า ข้อบ่งชี้ กระบวนการ และขาออก (อาจมีข้อย่อยมากกว่าแผนภูมิที่ให้มาและมีการเชื่อมโยงกับภายในหน่วยงาน ภายในโรงพยาบาลเดียวกันหรือต่างสถานบริการ)
5. เตรียมการนำเสนอกลุ่มละ 15 นาที และกรรมการวิพากย์กลุ่มละ 10 นาที
6. ส่งใบงาน

ตารางที่ 1 หัวข้อในการทำกิจกรรมการเตรียมบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

กลุ่ม .....

หัวข้อ	ตอบ
เหตุผลและความจำเป็น	
ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (เช่น ปริมาณผู้ป่วย ปัญหาที่พบรุนแรง)	
วิสัยทัศน์	
พันธกิจ	
เป้าหมาย	

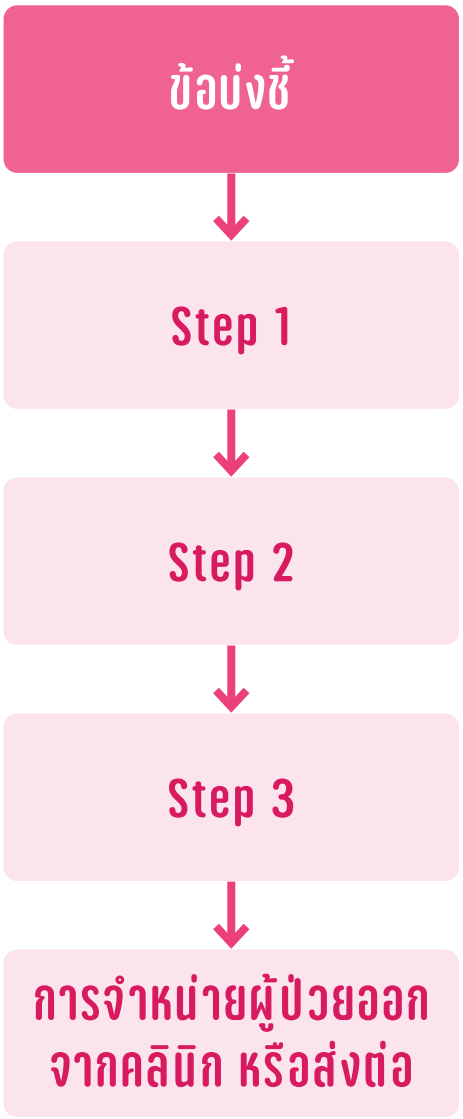
หัวข้อ	ตอบ
วิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT analysis)	
- Strength	
- Weakness	
- Opportunity	
- Threat	
- Opportunity	
- Threat	
ความพร้อมและความเป็นไปได้ในด้านต่างๆ	
- ด้านบุคลากร/ เครือข่าย	
- ด้านสถานที่	
- ด้านกระบวนการ	

ตารางที่ 2 **ตัวอย่างใบงานแผนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก**

รูปแบบงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	❑ คลินิกผู้สูงอายุ	❑ คลินิก _____

ระดับสถานบริการ	ประเด็น (ทำเรื่องอะไร)	กลุ่มเป้าหมาย	เครื่องมือหรือวิธีที่ใช้	ความถี่ในการดำเนินกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบกิจกรรมนั้น	ตัวชี้วัดกระบวนการ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์

แผนภูมิที่ 1 ตัวอย่างกระบวนการการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก



ภาคผนวกที่ 3
การคัดกรองสายตาและประเมินการมองเห็น (visual acuity: VA)

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่	ระบุตา
1	นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้อง**น้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง**	❑	❑	
2	อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุต**ไม่ได้**	❑	❑	
3	ปิดตาทีละข้าง **พบว่า** ตามัวคล้ายมีหมอกบัง	❑	❑	ซ้าย ขวา
4	ปิดตาทีละข้าง **พบว่า** มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้างหรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อย ๆ	❑	❑	ซ้าย ขวา
5	ปิดตาทีละข้าง **พบว่า** มองเห็นจุดดำกลางภาพหรือเห็นภาพบิดเบี้ยว	❑	❑	ซ้าย ขวา

การพิจารณา

ถ้าตอบ **ใช่** ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่า **มีปัญหาการมองเห็น** ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อทำการประเมินด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart) หรือส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันและทำการรักษา

หมายเหตุ

ข้อ 1 ประเมินสายตาต่อความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะไกล)

วิธีทดสอบ

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

ข้อ 2 ประเมินสายตาต่อความเสี่ยงในการชี้ชีวิตประจำวัน (ระยะใกล้)

วิธีทดสอบ

ให้ผู้สูงอายุอ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุต ถ้าอ่านได้มากกว่าครึ่งหน้าหนังสือพิมพ์ ถือว่าอ่านได้

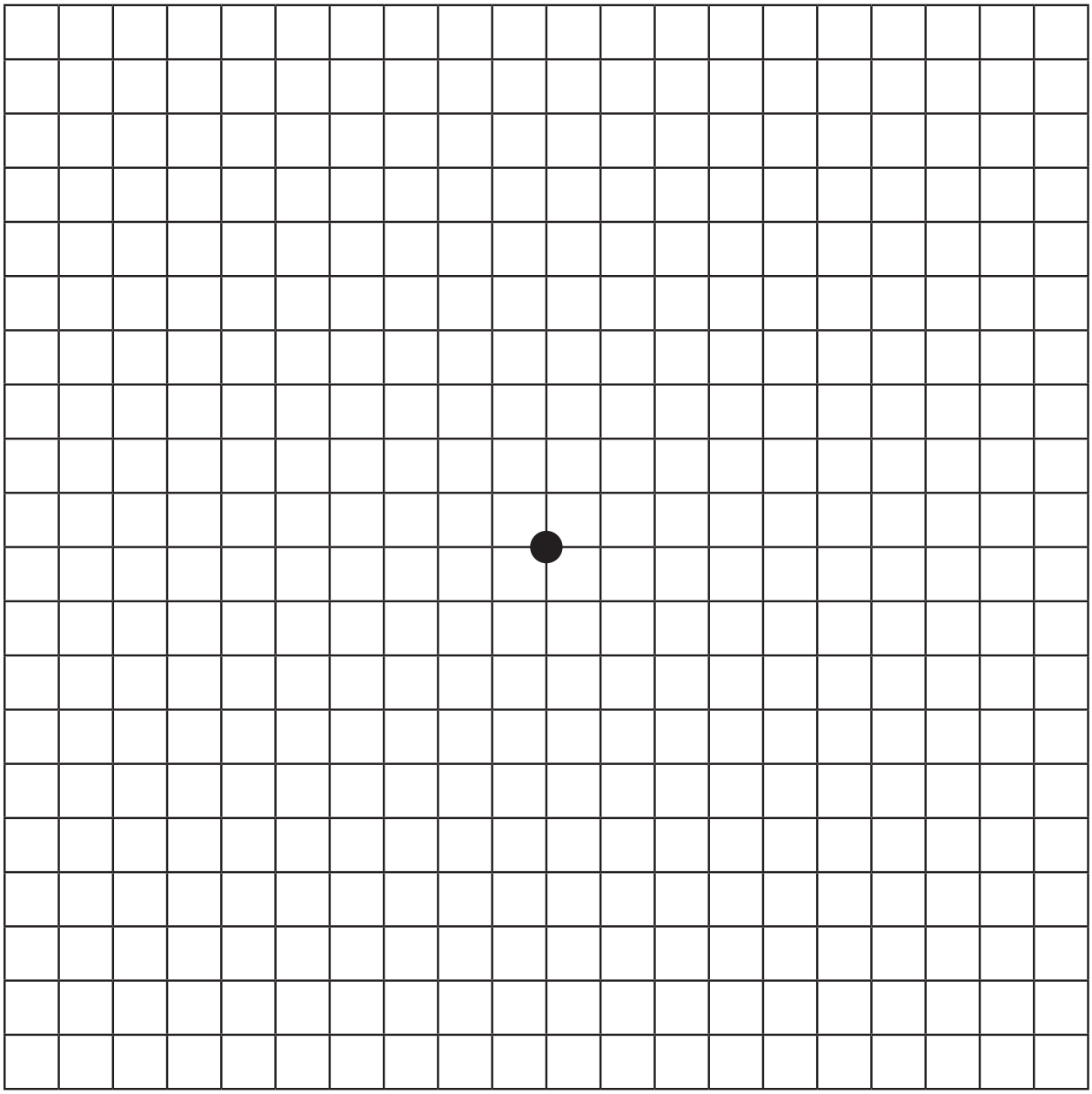
ข้อ 3 ประเมินความเสี่ยงต้อกระจก

ข้อ 4 ประเมินความเสี่ยงต้อหิน

ข้อ 5 ประเมินความเสี่ยงโรคจอประสาทตาเสื่อมเนื่องจากอายุ

ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ.2557

ภาคผนวกที่ 4
การประเมินจอประสาทตาเสื่อม (Amsler Grid Test)



ภาคผนวกที่ 5
แบบประเมินสภาพช่องปาก
(Oral Health Assessment Tool : OHAT)

Oral Health Assessment Tool (OHAT)						
บริเวณที่ตรวจ	0 = ปกติ	1 = เริ่มมีปัญหา	2 = มีปัญหาต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน	คะแนน	สิ่งที่ต้องทำ	ทำสำเร็จ
ริมฝีปาก	มีความชุ่มชื้น เรียบ สีออกชมพู	แห้ง แตก มีสีแดงที่มุมปาก	บวม มีก้อนเนื้อ มีรอยโรคสีขาวหรือแดง มีแผล มีเลือดออก หรือมีแผลที่มุมปาก		1 = MC 2 = refer	
ลิ้น	ปกติ ชุ่มชื้น ไม่เรียบ สีออกชมพู	สีแดง มีรอยแยก มีอะไรปกคลุมอยู่ (coated)	มีรอยโรคสีขาว หรือ แดง เป็นแผล แตก หรือ บวม		1 = MC 2 = refer	
เยื่อบุช่องปากและเหงือก	มีความชุ่มชื้น สีออกชมพู เรียบ ไม่มีเลือดออก	แห้ง เป็นเงา ขรุขระ แดง บวม มีแผล หรือจุดกดเจ็บจากฟันเทียม 1 ตำแหน่ง	มีรอยโรคสีขาว หรือ แดง บวม เลือดออก เป็นแผล มีรอยโรคสีแดงโดยทั่วไปโดยเฉพาะบริเวณใต้ฐานฟันเทียม		ไม่ว่าได้คะแนน 1 หรือ 2 = refer	
น้ำลาย	เนื้อเยื่อชุ่มชื้น น้ำลายไม่ข้น	เนื้อเยื่อแห้ง น้ำลายเหนียว น้ำลายน้อย หรือผู้ป่วยรู้สึกปากแห้ง	เนื้อเยื่อแห้งแตก มีน้ำลายข้นมาก หรือน้อยมาก หรือไม่มีน้ำลายเลย หรือ ผู้ป่วยบ่นว่าปากแห้ง		1 = MC 2 = refer	
ฟันธรรมชาติ - บน - ล่าง	ไม่มีฟันผุหรือฟันแตก (นับตอฟันด้วย)	ฟันสึกมาก หรือฟันโยกเล็กน้อย มีฟันผุ/ฟันแตก 1-3 ซี่ (นับตอฟันด้วย)	ฟันลึกมาก หรือ ฟันโยกมาก มีฟันผุ/ฟันแตกมากกว่า 4 ซี่ หรือมีฟันน้อยกว่า 4 ซี่ (นับตอฟันด้วย)		ไม่ว่าได้คะแนน 1 หรือ 2 = refer	

Oral Health Assessment Tool (OHAT)						
บริเวณที่ตรวจ	0 = ปกติ	1 = เริ่มมีปัญหา	2 = มีปัญหาต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน	คะแนน	สิ่งที่ต้องทำ	ทำสำเร็จ
ฟันเทียม - บน - ล่าง	ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมชุดนี้เป็นประจำ ไม่มีส่วนแตกหักชำรุด	มีส่วนแตกหักชำรุด 1 ตำแหน่ง ใส่บ้างบางเวลา เช่น 1-2 ชม. ต่อวัน ฟันเทียมหลวมนิดหน่อย	มีส่วนแตก หัก ชำรุด มากกว่า 1 ตำแหน่ง ฟันเทียมหายหรือไม่ได้ใส่ ฟันเทียมหลวมมากหรือต้องใช้กาว (denture adhesive)		1 = MC 2 = refer	
ความสะอาด	สะอาด ไม่มีเศษอาหารติด ไม่มีหินปูนที่ฟันหรือฟันเทียม	มีเศษอาหารคราบจุลินทรีย์ หินปูนเกาะที่ฟันหรือฟันเทียมประมาณ 1-2 ตำแหน่ง หรือมีกลิ่นปาก	มีเศษอาหาร ความจุลินทรีย์ หินปูนเกาะที่ฟันหรือฟันเทียมโดยทั่วไปทั้งปาก หรือมีกลิ่นปากรุนแรง		1 = MC 2 = refer	
อาการเจ็บปวด	ไม่บ่นว่าเจ็บหรือปวด ไม่มีอาการทางพฤติกรรม	บ่นว่าเจ็บปวดหรือมีอาการทางพฤติกรรม เช่น กัดริมฝีปาก ไม่ทานอาหาร อารมณ์ไม่ดี เอามือดึงแถวรอบ ๆ ปาก	บ่นว่าเจ็บปวดหรือมีอาการทางพฤติกรรม และมีอาการแสดงชัดเจน เช่น เหงือกบวม ฟันแตก		ไม่ว่าได้คะแนน 1 หรือ 2 = refer	
ติดตามผล ❑ เขียน care plan แล้ว ❑ นัดตรวจประเมินอีกครั้งวันที่ ..... ❑ ทำเรื่องส่งต่อเมื่อวันที่ ..... ❑ ได้รับการรักษาเมื่อวันที่ ..... ❑ ปฏิเสธการรักษา						

ที่มา : สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพการแพทย์แห่งชาติ.แนวทางทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ที่ภาวะกลืนลำบาก.25562

ภาคผนวกที่ 6
แบบประเมิน EAT-10 (แบบคัดกรองการกลืน)

วิธีทำแบบประเมิน ตอบคำถามแต่ละข้อ โดยเขียนคะแนนลงในกรอบสี่เหลี่ยม

คุณมีปัญหาการกลืนตามหัวข้อต่อไปนี้ในระดับใด

1. ปัญหาการกลืนทำให้น้ำหนักตัวของฉันลดลง 0 = ไม่มีปัญหา 1 2 3 4 = มีปัญหารุนแรง ❑	6. ฉันรู้สึกเจ็บขณะกลืน 0 = ไม่มีปัญหา 1 2 3 4 = มีปัญหารุนแรง ❑
2. ปัญหาการกลืนของฉันรบกวนการออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน 0 = ไม่มีปัญหา 1 2 3 4 = มีปัญหารุนแรง ❑	7. การกลืนของฉันส่งผลต่อความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร 0 = ไม่มีปัญหา 1 2 3 4 = มีปัญหารุนแรง ❑
3. ฉันต้องใช้ความพยายามมากกว่าปกติเพื่อกลืนของเหลว 0 = ไม่มีปัญหา 1 2 3 4 = มีปัญหารุนแรง ❑	8. เมื่อฉันกลืนอาหาร ฉันรู้สึกเหมือนมีอาหารติดค้างในลำคอ 0 = ไม่มีปัญหา 1 2 3 4 = มีปัญหารุนแรง ❑
4. ฉันต้องใช้ความพยายามมากกว่าปกติเพื่อกลืนอาหาร 0 = ไม่มีปัญหา 1 2 3 4 = มีปัญหารุนแรง ❑	9. ฉันไอเมื่อรับประทานอาหาร 0 = ไม่มีปัญหา 1 2 3 4 = มีปัญหารุนแรง ❑
5. ฉันต้องใช้ความพยายามมากกว่าปกติเพื่อกลืนยาเม็ด 0 = ไม่มีปัญหา 1 2 3 4 = มีปัญหารุนแรง ❑	10. การกลืนทำให้ฉันรู้สึกเครียด 0 = ไม่มีปัญหา 1 2 3 4 = มีปัญหารุนแรง ❑
การคิดคะแนน	
รวมคะแนนทั้งหมดและเขียนผลลงในกรอบสี่เหลี่ยม คะแนนรวม..... (สูงสุด 40 คะแนน)	

ถ้าผลรวมของ EAT-10 เท่ากับหรือมากกว่า 3 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาด้านการกลืน

ที่มา : www.nestlenutrition-institute.org

ภาคผนวกที่ 7
แบบประเมิน Mimi-Nutritional Assessment short form (MNA-SF)

ชื่อ-สกุล ..... เพศ .....

อายุ (ปี) ..... น้ำหนัก (กก.) ..... ส่วนสูง (ซม.) ..... วันที่ .....

การคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น

คำถามการคัดกรอง	คะแนน
A. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมามีการรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือมีปัญหาการกลืนหรือไม่ 0 = รับประทานอาหารน้อยลงอย่างมาก 1 = รับประทานอาหารน้อยลงปานกลาง 2 = การรับประทานอาหารไม่เปลี่ยนแปลง	
B. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงหรือไม่ 0 = น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม 1 = ไม่ทราบ 2 = น้ำหนักลดระหว่าง 1 – 3 กิโลกรัม 3 = น้ำหนักเท่าเดิม	
C. สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่ 0 = นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา 1 = ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง 2 = เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ	
D. ในเดือนที่ผ่านมามีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลันหรือไม่ 0 = มี 2 = ไม่มี	
E. มีปัญหาทางประสาท (Neuropsychological problems) หรือไม่ 0 = ความจำเสื่อม หรือ หดหู่ อย่างรุนแรง 1 = ความจำเสื่อมเล็กน้อย 2 = ไม่มีปัญหาทางประสาท	
F. ดัชนีมวลกาย [BMI = น้ำหนัก (กก.)/ ส่วนสูง(ม2)] 0 = BMI น้อยกว่า 19 1 = BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21 2 = BMI ตั้งแต่ 21 ตาน้อยกว่า 23 3 = BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป	
รวม	

คะแนนการคัดกรองเบื้องต้น (เต็ม 14 คะแนน)

มากกว่า หรือเท่ากับ 12 คะแนน — ภาวะโภชนาการปกติ ไม่ต้องตอบแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการต่อ

น้อยกว่า หรือเท่ากับ 11 คะแนน — มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ให้ทำแบบประเมินภาวะโภชนการส่วนที่ 2 ต่อ

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ

คำถามการประเมินภาวะทุพโภชนาการ	คะแนน
G. คุณอาศัยอยู่ลำพัง (ไม่ได้อยู่ในสถานพักคนชราหรือโรงพยาบาล) ใช่หรือไม่ 0 = ไม่ใช่ 1 = ใช่	
H. คุณรับประทานยามากกว่า 3 ชนิดต่อวัน ใช่หรือไม่ 0 = ไม่ใช่ 1 = ใช่	
I. คุณมีแผลกดทับหรือแผลที่มีผิวหนังอื่นหรือไม่ 0 = ไม่ใช่ 1 = ใช่	
K. ในแต่ละวันคุณรับประทานโปรตีนบ้างหรือไม่ - รับประทานนมและผลิตภัณฑ์นม (ชีส โยเกิร์ต) อย่างน้อยวันละ 1 หน่วยบริโภค ใช่หรือไม่ - รับประทานถั่วเมล็ดแห้งหรือไข่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช่หรือไม่ - รับประทานเนื้อ, เนื้อปลา หรือสัตว์ปีกทุกวัน ใช่หรือไม่ 0.0 = ถ้าตอบไม่ใช่ทุกข้อ หรือใช่เพียงข้อเดียว 0.5 = ถ้าตอบใช่ 2 ข้อ 1.0 = ถ้าตอบใช่ 3 ข้อ	
L. คุณรับประทานผักหรือผลไม้อย่างน้อย 2 หน่วยบริโภคต่อวัน ใช่หรือไม่ 0 = ไม่ใช่ 1 = ใช่	
M. คุณดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มต่าง ๆ เช่น น้ำเปล่า น้ำผลไม้ กาแฟ ชา นม ประมาณวันละเท่าไหร่ 0.0 = น้อยกว่า 3 แก้วต่อวัน 0.5 = 3 – 5 แก้วต่อวัน 1.0 = มากกว่า 5 แก้วต่อวัน	
N. ในการรับประทานอาหาร คุณสามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ 0 = ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง 1 = รับประทานอาหารเองได้แต่ค่อนข้างลำบาก 2 = รับประทานอาหารเองได้โดยไม่มีปัญหา	
O. คุณคิดว่าคุณมีภาวะโภชนาการอย่างไร 0 = เห็นว่าตัวเองน่าจะมีภาวะทุพโภชนาการ 1 = ทานอาหารได้เองแต่ค่อนข้างลำบาก 2 = เห็นว่าตัวเองไม่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ	
P. เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน คุณคิดว่าสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร 0.0 = ไม่ดีเท่ากับคนอื่น 1.0 = ไม่ทราบ 0.5 = ดีเท่ากับคนอื่น 2.0 = ดีกว่าคนอื่น	
Q. เส้นรอบแขน (Mid-arm circumference : MAC) 0.0 = MAC น้อยกว่า 21 เซนติเมตร 0.5 = MAC 21-22 เซนติเมตร 1.0 = MAC มากกว่า 22 เซนติเมตร	
R. เส้นรอบวงน่อง (Calf circumference : CC) 0 = CC น้อยกว่า 31 เซนติเมตร 3 = CC ตั้งแต่ 31 เซนติเมตรขึ้นไป	

คะแนนการประเมินภาวะโภชนาการ (เต็ม 16 คะแนน)	❑	❑
คะแนนการคัดกรอง (เต็ม 14 คะแนน)	❑	❑
คะแนนรวมการประเมินทั้งหมด (เต็ม 30 คะแนน)	❑	❑

การแปลผล

24-30 คะแนน	❑ ภาวะโภชนาการปกติ
17-23.5 คะแนน	❑ มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ
น้อยกว่า 17 คะแนน	❑ มีภาวะทุพโภชนาการ

ที่มา : https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_thai.pdf

ภาคผนวกที่ 8
ปริมาณสารอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

กรณีดื่มนมได้วันละ 2 แก้ว

อาหารกลุ่ม	พลังงาน (กิโลแคลอรี)		
	1,400 หญิง-ชาย กิจกรรมเบา	1,600 หญิง กิจกรรมปานกลาง	1,800 ชาย กิจกรรมปานกลาง
ข้าวแป้ง (ทัพพี)	5	7	9
ผัก (ทัพพี)	4	4	4
ผลไม้ (ส่วน)	1	1	2
เนื้อสัตว์ (ช้อนกินข้าว)	6	7	8
ถั่วเมล็ดแห้ง (ช้อนกินข้าว)	1	1	1
นม (แก้ว)	2	2	2
น้ำ (แก้ว)	8	8	8
ไขมัน (ช้อนชา)	6	6	6
น้ำตาล (ช้อนชา)	6	6	6

กรณีดื่มนมได้วันละ 1 แก้ว อาจต้องเสริมยาเม็ดแคลเซียม 500 mg

อาหารกลุ่ม	พลังงาน (กิโลแคลอรี)		
	1,400 หญิง-ชาย กิจกรรมเบา	1,600 หญิง กิจกรรมปานกลาง	1,800 ชาย กิจกรรมปานกลาง
ข้าวแป้ง (ทัพพี)	7	8	9
ผัก (ทัพพี)	4	4	4
ผลไม้ (ส่วน)	1	2	3
เนื้อสัตว์ (ช้อนกินข้าว)	6	7	8
ถั่วเมล็ดแห้ง (ช้อนกินข้าว)	1	1	1
นม (แก้ว)	1	1	1
น้ำ (แก้ว)	8	8	8
ไขมัน (ช้อนชา)	7	7	7
น้ำตาล (ช้อนชา)	6	6	6

กรณีไม่ดื่มนม อาจต้องเสริมยาเม็ดแคลเซียม 750-1,000 mg

อาหารกลุ่ม	พลังงาน (กิโลแคลอรี)		
	1,400 หญิง-ชาย กิจกรรมเบา	1,600 หญิง กิจกรรมปานกลาง	1,800 ชาย กิจกรรมปานกลาง
ข้าวแป้ง (ทัพพี)	7	8	9
ผัก (ทัพพี)	4	4	4
ผลไม้ (ส่วน)	1	2	3
เนื้อสัตว์ (ช้อนกินข้าว)	8	10	12
ถั่วเมล็ดแห้ง (ช้อนกินข้าว)	1	1	1
นม (แก้ว)	0	0	0
น้ำ (แก้ว)	8	8	8
ไขมัน (ช้อนชา)	8	8	8
น้ำตาล (ช้อนชา)	6	6	6

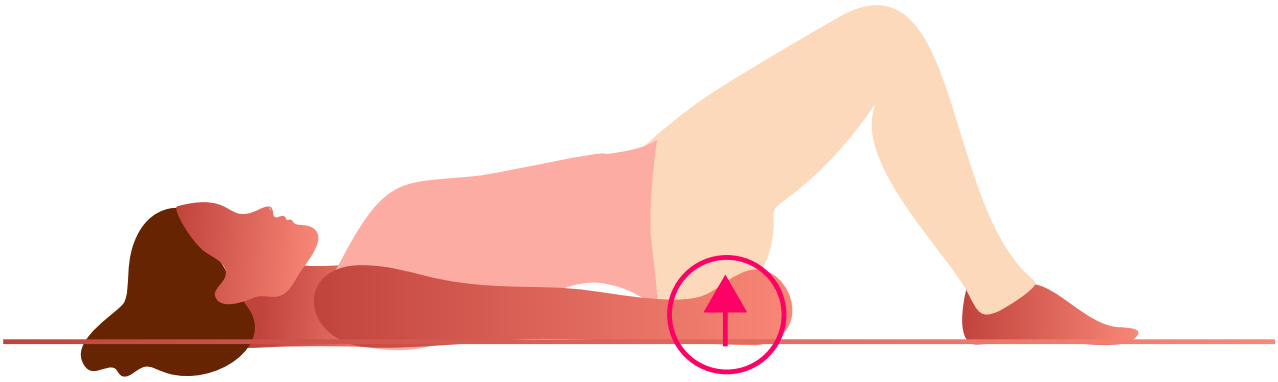
ที่มา : ธงโภชนาการผู้สูงอายุ , กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

ภาคผนวกที่ 9
การประเมินภาวะปัสสาวะเล็ดราดชั่วคราว จากสาเหตุนอกระบบปัสสาวะ (Transient incontinence) ใช้ตัวย่อว่า DIAPPERS

DIAPPERS D : Delirium	- Delirium คือภาวะที่สมองสับสนเนื่องจากโรคในระบบอื่นๆ เช่น หัวใจวาย ช็อค ภาวะร่างกายเครียดหลังป่วยหนักหรือผ่าตัด
I : Infection	- Infection คือการติดเชื้อในระบบปัสสาวะ ทั้งที่ไต กระเพาะปัสสาวะหรือท่อปัสสาวะ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะปัสสาวะ เกิดปัสสาวะบ่อยหรือราดได้
A : Atrophic urethritis/vaginitis	- Atrophic urethritis/vaginitis ภาวะช่องคลอดแห้งจากการขาดฮอร์โมนในวัยหมดประจำเดือนในผู้หญิงอาจก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบปัสสาวะได้
P : Psychological	- Psychological เช่นภาวะซึมเศร้า โรคประสาทชนิดต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่รับรู้อาการปวดปัสสาวะ หรือไม่มีความตั้งใจจะดูแลตัวเอง
P : Pharmacologic	- Pharmacologic ยาหรือสารที่มีผลต่อการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ อาจทำให้เกิดปัสสาวะราด มีหลายชนิด เช่น • Alcohol • Sedative • Hypnotics • Opiates • Diuretics • Calcium channel blockers • Anticholinergics • Antipsychotics • Tricyclic antidepressants • α-Adrenergic blockers • α-Adrenergic agonists • β-Agonists
E : Excess fluid intake or output	- Excess fluid intake or output การดื่มน้ำมากเกินไป อาจจะเกิดจากความเชื่อว่าดีต่อสุขภาพ หรือมีโรคที่ทำให้ปริมาณปัสสาวะมากเกินไปเช่นเบาหวาน เบาจืด หรือโรคไต ทำให้ต้องไปปัสสาวะบ่อยเกินไป ทำให้มีโอกาสเกิดปัสสาวะราดได้
R : Restricted mobility	- Restricted mobility การที่ผู้ป่วยไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวหรือนอนติดเตียง ทำให้การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อหูรูดผิดปกติไปจึงเกิดปัสสาวะราดได้
S : Stool impaction	- Stool impaction ภาวะท้องผูกที่มีก้อนอุจจาระอุดตันในลำไส้สามารถทำให้เกิดปัสสาวะราดได้จาก • การอุดกั้นจากการกดบริเวณท่อปัสสาวะทำให้เกิดการปัสสาวะราดจากการไหลล้น (overflow incontinence) • เกิดจากก้อนอุจจาระไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมการขับถ่ายเนื่องจากทั้งสองระบบควบคุมผ่านไขสันหลังระดับเดียวกัน โดยอาการจะเป็นแบบ urgency incontinence

ภาคผนวกที่ 10
การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน วิธี Kegel exercise

คือการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน หรือ ขมิบ เป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยปัสสาวะเล็ด มีวิธีบริหารได้หลายท่า ยกตัวอย่าง เช่น ท่านอน โดยการนอนชันเข่า แยกขาเล็กน้อย มือคว่ำราบไปกับพื้นและแนบลำตัว หลังจากนั้นเริ่มบริหารแบบเร็วโดยยกสะโพกให้สูงพ้นพื้น โดยยกสะโพกสูงอย่างน้อยห่างจากพื้นเท่ากับความหนาของมือ ขึ้นแล้วลง ถือเป็น 1 ครั้ง บริหารติดต่อกัน10 ครั้ง ถือเป็นหนึ่งชุด หลังจากนั้นเริ่มบริหารแบบช้า โดยยกสะโพกท่าเดียวกันขึ้นแล้วค้างไว้ นับ 1 ถึง 3 แล้ววางสะโพกลง ถือเป็น 1 ครั้ง บริหารติดต่อกัน10 ครั้ง ถือเป็นหนึ่งชุด ในวันหนึ่งสามารถบริหารได้ทั้งแบบเร็วและแบบช้า อย่างละ 10 ชุด หรือตามความเหมาะสม แนะนำให้บริหารสม่ำเสมอทุกวัน



ยกก้นขึ้น

ภาคผนวกที่ 11
Time Up and Go Test (TUGT)

วิธีการประเมิน

ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่ท้าวแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม จับเวลาได้ ❑ ❑ นาที ❑ ❑ วินาที

❍ < 12 วินาที ❍ ≥ 12 วินาที ❍ เดินไม่ได้



การพิจารณา

- ถ้าใช้เวลา “≥ 12 วินาที” หรือทำไม่ได้ แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

**ข้อควรระวัง

ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะหกล้มมากกว่าวัยอื่น ดังนั้น ผู้ทดสอบจึงควรระมัดระวังขณะทำการทดสอบ

ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ.2564

ภาคผนวกที่ 12
แบบประเมิน Frailty phenotype

ประกอบด้วยเกณฑ์ 5 ข้อตาม Fried frailty phenotype ถ้ามีตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป สามารถวินิจฉัยว่ามีภาวะเปราะบาง ถ้ามี 1-2 ข้อ วินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง (pre-frail) ดังนี้

1. น้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจอย่างน้อยร้อยละ 10 หรือ 4.5 กิโลกรัมในปีที่ผ่านมา
2. มีความรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง (self-reported exhaustion)
3. มีการใช้พลังงานในระดับต่ำ (low energy expenditure)
4. เดินช้า (slow gait speed)
5. ความแข็งแรงในการกำมือน้อย (weak grip strength)

ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการอายุ (Geriatric syndromes).2559

ภาคผนวกที่ 13
แบบประเมิน FRAIL scale

Item	FRAIL	0 = ใช่ 1 = ไม่ใช่	คะแนน
F	Fatigue	ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเหนื่อยเพลียบ่อยมากแค่ไหน 1 = ตลอดเวลา 2 = เกือบตลอดเวลา 3 = บางเวลา 4 = ส่วนน้อย 5 = ไม่เคยเลย **ถ้าตอบ 1 , 2 ให้คะแนน = 1 ถ้าตอบข้ออื่นให้คะแนน = 0**	
R	Resistance	เวลาท่านเดินขึ้นบันได 10 ขั้นด้วยตัวเองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ท่านต้องพักระหว่างเดินขึ้นบันไดใช่ไหม **ถ้าตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน**	
A	Ambulation	เวลาที่ท่านเดินไปมาเองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ท่านมีปัญหาเวลาเดินไกลเป็นระยะทางหลายร้อยเมตรไหม **ถ้าตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน**	
I	Illness	คุณหมอที่ดูแลได้เคยบอกว่าท่านมีโรคต่าง ๆ เหล่านี้ไหม ได้แก่ 1) HT 2) DM 3) CA (ไม่รวมมะเร็งผิวหนัง) 4) chronic lung disease 5) heart attack 6) CHF 7) angina 8) asthma 9) arthritis 10) stroke 11) kidney disease **ถ้ามี 0-4 โรค ให้ 0 คะแนน ถ้ามี 5-11 โรค ให้ 1 คะแนน**	
L	Loss of weight	น้ำหนัก 1 ปีที่ผ่านมาโดยไม่สวมรองเท้า = ……..กิโลกรัม น้ำหนักปัจจุบันโดยไม่สวมรองเท้า = ……..กิโลกรัม ร้อยละน้ำหนักที่เปลี่ยนไป = …….. % [(น้ำหนัก 1 ปีก่อน–น้ำหนักปัจจุบัน)/น้ำหนัก 1 ปีก่อน] X 100 **ถ้าค่า > 5% ให้ 1 คะแนน ถ้า < 5% ให้ 0 คะแนน**	
คะแนนรวม			

หมายเหตุ HT : hypertension , CA : cancer , CHF : congestive heart failure

ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการอายุ (Geriatric syndromes).2559

สำเนาคู่ฉบับ

คำสั่งสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
ที่ ๑๕๕ /๒๕๖๒
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ตามที่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๑๑ (๑) ความว่า "การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ"ซึ่งเล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยง จึงเห็นควรให้มีการจัดทำรูปแบบการจัดบริการผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

เพื่อให้การดำเนินงานการจัดทำรูปแบบการจัดบริการผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

๑.นายประเสริฐ อัสสันตชัย	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ที่ปรึกษา
๒.นางสิรินทร ฉันศิริกาญจน	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	ที่ปรึกษา
๓.นายสกานต์ บุนนาค	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	ประธาน
๔.นางสาววราลักษณ์ ศรีบุบท์ประเสริฐ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	กรรมการ
๕.นายวีรศักดิ์ เมืองไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	กรรมการ
๖.พันโทหญิงพัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรรมการ
๗.นางปิยะภัทร เดชพระธรรม	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	กรรมการ
๘.นางปณิตา ลิมปะวัฒนะ	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กรรมการ
๙.นายปาณัสม์ เจษฎาพร	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการ
๑๐.นายอภิรัติ พูลสวัสดิ์	ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก	กรรมการ
๑๑.นายวรพจน์ ชุณหคล้าย	โรงพยาบาลราชวิถี	กรรมการ
๑๒.นายวีระศักดิ์ ศรินนภากร	โรงพยาบาลราชวิถี	กรรมการ
๑๓.นางสาวนภัสถ์ ธนะมัย	โรงพยาบาลราชวิถี	กรรมการ
๑๔.นางสาวชมพูนุช พงษ์อัคศิรา	สถาบันสิริธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ	กรรมการ
๑๕.นางสาวดวงดาว ทัศณรงค์	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	กรรมการ
๑๖.นายเขตต์ ศรีประทักษ์	สถาบันโรคทรวงอก	กรรมการ
๑๗.นางสาวอารดา โรจนอุดมศาสตร์	สถาบันประสาทวิทยา	กรรมการ
๑๘.นายเจริญชัย พากเพียรไพโรจน์	โรงพยาบาลเลิดสิน	กรรมการ
๑๙.นางรัศมี เกศสุวรรณรักษ์	สถาบันทันตกรรม	กรรมการ

๒๐.นางสาวมัชฌิมา...

๒๐.นางสาวมัชฌิมา อวบกอง	โรงพยาบาลราชวิถี	กรรมการ
๒๑.นางสาวชฎาวรรณ ปธนสมิทธิ์	สถาบันประสาทวิทยา	กรรมการ
๒๒.นางสาวอรยา กว้างสุขสถิตย์	สถาบันโรคผิวหนัง	กรรมการ
๒๓.นางพู่กลิ่น ตรีสุโกศล	สถาบันโรคผิวหนัง	กรรมการ
๒๔.นางสาวสมจินต์ โฆมวัฒนะชัย	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๒๕.นางสาวอรวรรณ์ คูหา	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๒๖.นางสมฤดี เนียมหอม	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการ
๒๗.นางนิติกุล ทองน่วม	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการและเลขานุการ
๒๘.นางสาวปนิตา มุ่งกลาง	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๙.นางสาวพิมพ์นารา ดวงดี	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๐.นางสาวคุณัญญา แก้วภาพ	สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการฯ มีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

๑. ทบทวนเนื้อหาวิชาการในประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการพิจารณาการจัดทำรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

๒. จัดทำร่างประเด็นรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

๓. ติดตาม และปรับแก้ไขด้านวิชาการ ประเด็นรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

๔. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายสกานต์ บุนนาค)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์

สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

.....ร่าง/พิมพ์

..... ตรวจ



กรมการแพทย์
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ