เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทที่ท้าทายในงานปฐมภูมิ

นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ
แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องมาจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น สถิติข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรแสดงให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2543 มีประชากรสูงอายุ 5.7 ล้านคนหรือร้อยละ 9.19 ในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มเป็น 6.6 ล้านคนหรือร้อยละ 10.2 และแนวโน้มในปี พ.ศ. 2553 ประชากรสูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มเป็น 7.6 ล้านคนหรือร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด ตัวเลขผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นกว่า 10% นี้ชี้ให้เห็นว่า สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) แล้ว ประชากรสูงวัยเหล่านี้ต่างเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง บทบาทของระบบบริการปฐมภูมิทั้งในปัจจุบันและในอนาคตจึงควรมุ่งเน้นการดูแลประชากรกลุ่มนี้เป็นพิเศษ

กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการทำงานของทีมงานปฐมภูมิในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวมาประยุกต์ใช้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยม่ายอายุ 81 ปี ภูมิลำเนา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก สิทธิการรักษา เบิกได้ (จากลูกสาวที่เป็นครู)

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ปีที่ผ่านมา ลูกสาวมารับยาแทนบ่อยครั้ง ทีมศูนย์สุขภาพชุมชนจึงวางแผนเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินครอบครัวและสภาพแวดล้อม เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยได้รอบด้าน และวางแผนในการดูแลได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

รักษาโรคความดันโลหิตสูงและไตเสื่อมอย่างต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่สอดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ได้ยา HCTZ ½ เม็ดวันละ 1 ครั้ง และ Atenolol (50) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง ปี

พ.ศ.2549 เริ่มมีอาการข้ออักเสบบ่อยครั้งขึ้น (หัวแม่เท้า, เข่า 2-3 ครั้งในช่วง 1 ปี) รักษาโดยเพิ่มยา Colchicine (0.6) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง และ หยุดยา HCTZ ปี พ.ศ.2550 ตรวจพบ Atrial Fibrillation with Cardiomegaly เริ่มได้รับ ASA 80 mg. 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง

มกราคม พ.ศ. 2551 ผู้ป่วยปัญหาปัสสาวะไม่ออก ต้องเบ่ง เวลาปวดปัสสาวะต้องรีบไปเข้าห้องน้ำ มีปัสสาวะเล็ด เริ่มยา Prazosin (1) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งอาการดีขึ้น แต่ไม่หายสนิท ปัจจุบันรับประทานยา Prazosin (1) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง, Atenolol (50) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง, Colchicine (0.6) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง, ASA 80 mg 2 เม็ดวันละ 1 ครั้ง และ CaCO3 (600) 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง

ประวัติส่วนตัว

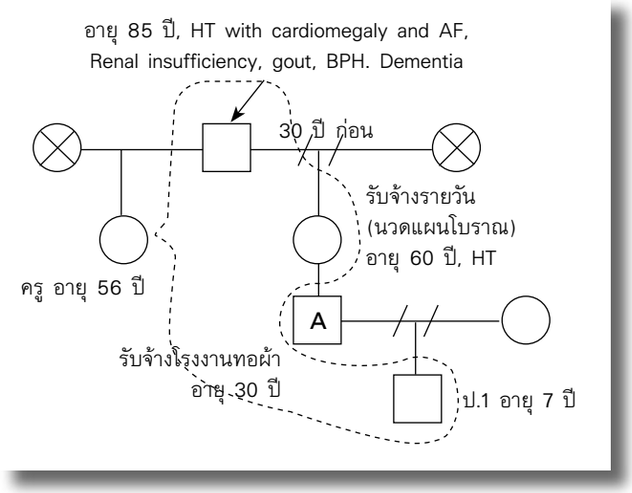
สูบบุหรี่ไส้โย 1 มวน/วัน มา 40 ปี เลิกสูบมาได้ประมาณ 20 ปี ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ยานัตถ์จมูกเป็นประจำ ไม่เคยแพ้ยา และปฏิเสธการใช้สมุนไพร

journal PCFM.indd 53 6/27/09 7:11:20 PM

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยอยู่กับลูกสาวอายุ 61 ปีและหลานชาย อายุ 7 ปี ลูกสาวเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่สอดเช่นกัน ลูกสาว (Care giver) เป็นคนทำหน้าที่พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล หรือรับยาแทนผู้ป่วย ดูแลเรื่องทำอาหารโดยทำเองวันละครั้งตอนเช้าและใช้กินตลอดทั้งวัน ผู้ป่วยมีภรรยา 2 คน ภรรยาคนแรก (แม่ของ care giver) เลิกกันแล้วประมาณ 30 ปี หลังจากภรรยาคนที่สองตายก็กลับมาอยู่กับลูกสาว ลูกสาวเป็นโสดและรับลูกบุญธรรมมาเลี้ยง ปัจจุบันมีหลานที่เกิดจากลูกเลี้ยงที่ต้องดูแล (รายละเอียดตาม Genogram)

Family Genogram



เยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่อารมณ์ดี มีเพื่อนบ้านรุ่นราวคราวเดียวกันมาเยี่ยมบ่อยๆ (ระหว่างเยี่ยมบ้านมีเพื่อนผู้สูงอายุมาร่วมพูดคุย) เหตุที่ผู้ป่วยต้องให้ลูกสาวรับยาแทนบ่อยๆ เพราะผู้ป่วยอายุมากขึ้น เดินทางลำบาก และนั่งรอตรวจได้ไม่นาน และทุกครั้งที่ต้องไปโรงพยาบาลจะต้องเสียค่าจ้างรถสามล้อประมาณ 200 บาท/ครั้ง จึงเป็นอุปสรรคในการมาโรงพยาบาล (1 ปีก่อนหน้านี้ผู้ป่วยสามารถปั่นจักรยานไปเองได้)

ทีมเยี่ยมบ้านพบปัญหาใหม่จากการสังเกตว่า ผู้ป่วยพูดซ้ำเรื่องเดิมหลายครั้ง ลูกสาวเล่าว่า 1 ปีมานี้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม เช่น ลืมว่ากินข้าวแล้ว บางครั้งซ่อนเงินแล้วหาไม่เจอแล้วก็โทษลูกสาวว่าเอาเงินไป (ที่จริงเอาไปซุกไว้ใต้ที่นั่ง) มีอยู่ครั้งหนึ่งผู้ป่วยเดินไปบ้านเพื่อนในตอนกลางวันแล้วลืมทางกลับบ้านตัวเอง จนเพื่อนต้องพามาส่ง ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นแต่เป็นไปอย่างช้าๆ แต่ไม่มีอาการสับสนในตอนกลางคืน ผู้ป่วยเองก็รู้ตัวว่าตนเองหลงลืมง่ายและในบางครั้งก็รู้สึกหงุดหงิดบ้าง

สภาพบ้าน (ดังรูป)

เป็นบ้านไม้ใต้ถุนสูง มีระเบียงที่เป็นไม้ระแนง ห้องน้ำเป็นทางลงชันไม่มีราวบันไดจับ ห้องน้ำเป็นคอห่าน ลูกสาวผู้ป่วยแก้ปัญหาโดยให้พ่อเข้าห้องน้ำโดยใช้เก้าอี้สำหรับขับถ่าย การเดินผู้ป่วยมีไม้เท้า 2 อันทั้งแบบทำเอง (ไม้พลองที่ไม่มียางรองเสี่ยงต่อการลื่นและตกร่องระแนง) และแบบที่ได้จากโรงพยาบาล ผู้ป่วยชอบใช้แบบทำเองที่บ้าน แต่พอจะไปโรงพยาบาลค่อยใช้ของโรงพยาบาล ด้วยเหตุผลว่าเสียดายกลัวจะเก่าเร็ว สภาพแสงไฟในบ้านค่อนข้างไม่สว่าง แสงไม่เพียงพอ

ภาวะทางเศรษฐกิจ

ลูกเลี้ยงของลูกสาวส่งเสียเรื่องเงินบ้าง 200-500 บาท แต่ไม่สม่ำเสมอ ลูกสาวต่างแม่ของผู้ป่วยอีกคนเป็นครูให้เงินผู้ป่วยเป็นบางครั้งไว้ใช้ส่วนตัว รายได้ตอนนี้ได้จากเงินผู้สูงอายุ 2 คน รวม 1,000 บาท และรายได้จากลูกสาวรับจ้างรายวัน หรือมีคนมาให้นวดแผนไทย 100-200 บาท บางช่วงหาไม่ได้ก็มีเงินเก็บบ้าง ขอยืมเพื่อนบ้านบ้าง รายจ่ายต่อวันประมาณ 200 บาท/วัน

ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตพื้นฐาน (Basic ADL)

ลุกนั่งจากที่นอน/ใช้ห้องน้ำ/อาบน้ำ/แต่งตัว/กินข้าว-ทำได้เองหมด ส่วนเดินไปมาในบ้าน-ต้องใช้ไม้เท้า

ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตที่ซับซ้อน (Instrumental ADL)

- Meal preparation : ลูกสาวทำให้
- Housework: ลูกสาวทำให้
- Laundry: ลูกสาวทำให้
- Medication management: ต้องมีลูกสาวจัดยาให้
- Telephone: ทำได้เอง
- Shopping: ทำไม่ได้
- Transportation: ต้องมีคนพาไปนอนบ้านถึงจะไปได้
- Money management: หลงลืมว่าเก็บเงินไว้ที่ไหนเป็นประจำ

journal PCFM.indd 54 6/27/09 7:11:22 PM

การตรวจร่างกาย

A Thai elderly man, good orientation, not pale, no icterus BP = 110/70 mmHg(นั่ง), 120/75 mmHg (นอน), P = 90/min (totally irregular) BMI = 25.1 kg/m2

HEENT: dental carries and poor dental hygiene, cataract both eye, hearing loss

RS: normal breath sound, no adventitious sound

CVS: normal s1 s2, no murmur, apex at 5th lateral to MCL 2 cm, full pulse every extremities

Skin: dry and senile purpura

Musculoskeletal: crepitus both knee, quadriceps muscles atrophy

NS: DTR 2+ all, motor power 4+ all

PR: enlarge prostate with smooth rectal mucosa

ผลตรวจห้องปฏิบัติการ

CBC: Hct=38% WBC=5200 plt=220,000, serum TSH=0.54 (ปกติ)

Uric: acid=8.3 mg% BUN/Cr=15/1.3 mg% (ก.พ.49) ล่าสุด Cr=1.6(ต.ค.51)

FBS=79 mg% Chol=185 TG=58 mg% HDL=49 mg% LDL=124 mg%

EKG: AF rate=90/min, CXR-cardiomegaly

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายที่ซับซ้อนหลายอย่าง ได้แก่ gout, BPH และ HT ที่มี target organ damage เป็น Renal insufficiency และ cardiomegaly จนเกิด chronic AF และที่ซับซ้อนมากขึ้น คือ ช่วง 1 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยเริ่มมีอาการหลงลืมช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง อาการเริ่มเป็นมากขึ้นอย่างช้าๆ น่าจะเกิดภาวะ vascular dementia (มี HT) มากกว่าโรค delirium (อาการมักเปลี่ยนแปลงเร็วระหว่างวัน) หรือ depression และผู้ป่วยไม่มีภาวะ hypothyroidism ซึ่งอาจทำให้มีอาการคล้าย dementia ได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้น้อยลงไปด้วย ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเองไม่ได้ การประเมิน functional status ของผู้ป่วยมี Instrumental ADL ที่ต้องพึ่งพิง care giver มาก เมื่อต้องทำกิจกรรมที่ซับซ้อนหรือออกนอกบ้าน สภาวะทางจิตสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางอารมณ์มากนักมีเพื่อนผู้สูงอายุมาเยี่ยมเยียนเป็นประจำ แต่ก็พบว่าผู้ดูแล (care giver) มีภาระที่ต้องหารายได้ มีโรคประจำตัวและยังต้องดูแลหลาน (ลูกของลูกเลี้ยง) จนก่อให้เกิดความเครียดจากภาระที่มากและมีปัญหาทางการเงิน ส่วนการประเมินสภาพบ้าน ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดพลัดตกหกล้ม (Falling)

จากการประเมินทั้งหมด ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาที่ต้องดูแลที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric Giants) ได้แก่ Immobility, Intellectual impairment, Incontinence เสี่ยงต่อ Instability (Fall) และเสี่ยงต่อได้รับยาหลายตัว จึงเสี่ยงต่อ side effect และDrug interaction (Iatrogenesis) ดังนั้นทีมเยี่ยมบ้านจึงวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องดังนี้

1. Dementia การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological) เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมาก ต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยา (pharmacological) เพื่อให้ได้ผลดีที่สุด การรักษาโรคสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยามีอยู่หลายรูปแบบ จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม ได้มีการปรับเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ง่ายและไม่ซับซ้อน โดยจัดยาให้กินวันละหนึ่งครั้ง และแนะนำให้ care giver เข้าใจถึงอาการของโรคสมองเสื่อมว่า ผู้ป่วยไม่ได้แกล้ง การพูดคุยกับผู้ป่วยให้เน้นประโยคสั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนเป็นการชะลอความเสื่อม รวมทั้งวางแผนส่งผู้ป่วยไปตรวจตา

journal PCFM.indd 55 6/27/09 7:11:24 PM

และการได้ยินเพื่อแก้ไข cataract และแก้ไขภาวะได้ยินให้ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสับสนน้อยลง และสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตให้ดี

2. Falling precaution อย่างที่กล่าวไปข้างต้นว่า มีจุดเสี่ยงหลายจุดจึงปรึกษาทีมกายภาพบำบัด เพื่อให้คำปรึกษาเรื่องปรับปรุงสภาพแวดล้อม เช่น เพิ่มแสงสว่าง จัดระเบียบของในบ้านไม่ให้รก ติดตั้งราวบันไดห้องน้ำ (แต่มีข้อจำกัดเรื่องการเงิน) ครอบครัวได้แก้ปัญหาไปบางส่วน โดยซื้อที่นั่งอุจจาระลดความเสี่ยงกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยอาบน้ำกลางแจ้งหน้าบ้าน แต่ผู้ดูแลก็มีภาวะเสี่ยงเช่นกัน เนื่องจากอายุเริ่มมากขึ้น

3. Polyphamacy พยายามใช้ยาน้อยที่สุด และจัดมื้อยาที่กินง่าย เพื่อเพิ่ม compliance ผู้ป่วยรายนี้มียาที่เสี่ยงต่อ orthostatic hypotension คือ prazosin ที่เป็น alpha blocker แต่จากการวัดความดันโลหิตท่านั่ง ท่านอนแล้ว ผลออกมาปกติดี สำหรับยานอนหลับให้ใช้เมื่อจำเป็น ส่วน atenolol ก็มีโอกาสเกิด symptomatic bradycardia แต่ผู้ป่วยกินยานี้แล้วยังไม่มีปัญหาดังกล่าว อีกทั้งยานี้ยังจำเป็นในการควบคุมอัตราการเต้นหัวใจ เพราะมี AF

4. Stroke and ischemic heart disease prophylaxis รายนี้มี AF ที่เกิดจาก long standing HT มีความเสี่ยงในการเกิด throboembolic stroke อายุเกิน 75 ปี และมี HT แต่ไม่ได้ประเมิน EF รายนี้เป็น candidate การให้ warfarin แต่ผู้ป่วยมี Dementia และมีโอกาสไม่มาตามนัดจึงใช้ ASA แทน

5. Care giver support ผู้ดูแลมีความเครียดจากหลายปัจจัย ได้ให้ supportive psychotherapy วางแผนเยี่ยมบ้านติดตามอาการทุก 1 เดือน เพื่อให้คำปรึกษาผู้ป่วย (ติดตาม instrumental ADL) และประเมินการช่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่องต่อไป

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินอย่างครอบคลุมทุกมิติ (comprehensive geriatric assessment) ดูแลอย่างต่อเนื่อง และต้องทำงานเป็นทีม (multidisciplinary team) ถึงแม้ว่าในบริบทความเป็นจริงเป็นเรื่องยาก เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและบุคลากร จุดสำคัญที่จะทำให้เกิดความสำเร็จดังกล่าว ต้องปรับทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุจากการสงเคราะห์ช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว เป็นการสร้างศักยภาพในการดูแลตัวเอง (รวมถึงกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน, ชมรมผู้สูงอายุ) ให้การสงเคราะห์ในรายที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการ จัดระบบการดูแลที่บ้าน โดยทุกกระบวนจะประสบความสำเร็จต้องให้ชุมชนมีส่วนร่วมสนับสนุนอย่างแท้จริง เพื่อคงความมีสุขภาพดี ค้นพบโรค (กาย/ใจ) ในระยะแรก รักษาถูกต้องทันเวลา ฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้จะมีโรคเรื้อรัง ให้การดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี ■

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย [Online]. 2008 [cited 2008 Jul 4]; Available from: URL:http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/thai/nop7/n78.html
2. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ระบบ หลักการและแนวทางปฏิบัติ. มกราคม 2552
3. Akhtar W, Reeves WC, and Movahed A. Indications for Anticoagulation in Atrial Fibrillation. AAFP July,1997-98.
4. สมาคมอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guideline for Dementia), ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2546. [cited 2009 Mar 12]; Available from: URL:http://www.rcpt.org/rcpt_boffice/images_upload/news/115/files/soneuroclinic.pdf
5. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา.พิมพ์ครั้งที่ 1: กรกฎาคม 2548.

journal PCFM.indd 56 6/27/09 7:11:25 PM