



แนวทางเวชปฏิบัติ

การคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ

การหกล้ม

จังหวัดสระแก้ว

คำนำ

อายุที่เพิ่มมากขึ้นย่อมมีการเสื่อมถอยของร่างกายที่มากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น โรคเรื้อรัง โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย หรือเกิดภาวะอันไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะหกล้ม เป็นต้น ทางจังหวัดสระแก้ว ได้เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าวและความสำคัญของภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ จึงได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุขึ้น เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากภาวะหกล้ม ทั้งในสถานพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และในชุมชนได้

ทางผู้จัดทำได้รวบรวมข้อมูลจากแนวปฏิบัติและข้อเสนอต่าง ๆ หลายฉบับ จึงขอขอบคุณแหล่งอ้างอิง ทางผู้จัดทำจึงหวังว่า แนวทางเวชปฏิบัตินี้ จะเป็นคู่มือในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

แพทย์หญิงสลิลทิพย์ ไพบูลย์สิทธิวงศ์

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

โรงพยาบาลอรัญประเทศ

ธันวาคม 2566

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
การค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในโรงพยาบาล	1
การค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในชุมชน	1
การประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มแบบองค์รวม	2-5
การใช้ยาในผู้สูงอายุ	6
การป้องกันภาวะล้มของผู้สูงอายุ	7
การให้สุศึกษาในการป้องกันภาวะหกล้ม	8
การให้สุศึกษาในผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม	8
ข้อเสนอแนะในการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ	9-10
Flow การส่งต่อ คลินิกผู้สูงอายุ	11-12

การค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในโรงพยาบาล

การค้นหาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติ หกล้มมาก่อน และยังไม่ มีปัจจัยเสี่ยงของภาวะหกล้ม
2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการประเมินเพื่อหา ปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มตั้งแต่ระยะแรก เพื่อไม่ให้เกิดภาวะหกล้มขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันภาวะหกล้มซ้ำซ้อนในผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาก่อน เพื่อ ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดผลกระทบจากการหกล้มให้น้อยที่สุด

การค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในชุมชน

1. การสอบถามประวัติ ด้วยคำถามต่อไปนี้ หากสอบถามแล้ว มี ข้อใดข้อหนึ่งแนะนำให้คัดกรองทางคลินิกต่อไป
 - 1) ผู้ป่วยมีประวัติหกล้ม ภายใน 6 เดือนหรือไม่
 - 2) ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงเวลายืนหรือเดินหรือไม่
 - 3) ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับการหกล้มหรือไม่
2. การประเมินด้วย เครื่องมือ Time up and go test (TUG)

การประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มแบบองค์รวม

ประวัติที่บ่งบอกว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

1. มีประวัติเคยหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
2. มีประวัติได้รับยาหลายชนิด (ผลข้างเคียงจากการใช้ยา) โดยเฉพาะกลุ่มยาดังต่อไปนี้
 - 1) ยานอนหลับ
 - 2) ยาต้านเศร้า
 - 3) ยารักษาโรคทางจิตเวช
 - 4) ยาขับปัสสาวะ
 - 5) ยารักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด class 1a เช่น ยาโรคหัวใจกลุ่ม Digitalis
 - 6) ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง
 - 7) ยากลุ่มสเตียรอยด์
 - 8) ยาแก้ชัก
 - 9) มีการใช้ยาหลายตัวร่วมกัน ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน)
3. มีปัญหาในการทรงตัว
4. มีปัญหาในการเดิน เช่น ทำเดินที่ผิดปกติ
5. มีความบกพร่องในการมองเห็น
6. มีความบกพร่องในการรับรู้หรือรู้ตัว (cognitive impairment)
7. มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระ
8. มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง หรือ ภาวะเวียนศีรษะหรือบ้านหมุน
9. รับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล (admit) นานกว่า 18 วัน
10. ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น การมัด การเอาเตียงขึ้น 2 ข้าง เป็นต้น
11. ความกลัวที่จะล้มในคนที่เคยล้ม
12. สภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการเดินอย่างปลอดภัย

ในผู้สูงอายุที่เดินได้ สามารถประเมินได้โดยเครื่องมือที่ช่วยประเมินภาวะหกล้ม เช่น

1. Timed Up and Go Test (TUGT หรือ TUG)

- สามารถทำได้ง่าย โดยไม่ต้องมีเครื่องมือพิเศษหรือผู้เชี่ยวชาญ
- วิธีการ คือ ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน และเดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม (ใช้เครื่องช่วยเดินตามปกติที่เคยใช้)
- สังเกตท่าเดินและระยะเวลาในการเดิน
- เริ่มจับเวลา หลังจากกล่าวว่า “เริ่ม” และหยุดจับเวลาเมื่อผู้ป่วยนั่งสนิท
- ควรให้ผู้ป่วยลองเดินก่อน 1 ครั้ง โดยไม่นำมาคำนวณ
- ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว (vestibular disorder) ควรให้ผู้สูงอายุหมุนกลับตัวทั้งหมุนซ้ายและหมุนขวา
- การแปลผล
 - มากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม
 - น้อยกว่า 20 วินาที ยังสามารถทำ ADL ได้ด้วยตนเอง
 - 20-30 วินาที ยังสามารถทำ ADL บางส่วนได้ด้วยตนเอง
 - มากกว่า 30 วินาที มีแนวโน้มที่ไม่สามารถทำ ADL ได้ด้วยตนเอง
- สามารถทดสอบซ้ำได้เพื่อเปรียบเทียบเมื่อระยะเวลาผ่านไป หรือใช้ในการประเมินหลังการรักษา
- ควรประเมินทุกครั้งผู้ป่วย
 - มานอนโรงพยาบาล
 - เกิดภาวะหกล้ม
 - อย่างน้อยควรประเมินทุก 3 เดือน

2. Short Physical Performance Battery (SPPB)

- วิธีการประเมิน ประกอบด้วย 3 ส่วน
 - 1) การประเมินการทรงตัว (Balance test)
 - ประเมินในท่ายืนทั้งหมด 3 ท่า
 - 1.1) ยืนเท้าคู่ชิดกัน (side-by-side stand)
 - การแปลผล
 - น้อยกว่า 10 วินาที เท่ากับ 0 คะแนน
 - มากกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที เท่ากับ 1 คะแนน

2. Short Physical Performance Battery (SPPB) (ต่อ)

1.2) ยืนส้นเท้าข้างหนึ่งชิดกับนิ้วหัวแม่เท้าอีกข้างหนึ่ง (semitandem stand)

การแปลผล

- น้อยกว่า 10 วินาที เท่ากับ 0 คะแนน
- มากกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที เท่ากับ 1 คะแนน

1.3) ยืนส้นเท้าข้างหนึ่งต่อกับปลายนิ้วเท้าของขาอีกข้างหนึ่ง (tandem stand)

การแปลผล

- 10 วินาที เท่ากับ 2 คะแนน
- 3-9.99 วินาที เท่ากับ 1 คะแนน
- น้อยกว่า 3 วินาที เท่ากับ 0 คะแนน

2) การวัดความเร็วในการเดินทางราบ (Gait Speed test)

- ให้ผู้สูงอายุเดินเป็นระยะทาง 3 หรือ 4 เมตร ด้วยความเร็วปกติ
- ทำ 2 ครั้ง จับเวลาเป็นวินาที หาค่าเฉลี่ยคิดคะแนน
- การแปลผล ระยะ 3 เมตร
 - น้อยกว่า 3.62 วินาที เท่ากับ 4 คะแนน
 - 3.62-4.65 วินาที เท่ากับ 3 คะแนน
 - 4.66-6.52 วินาที เท่ากับ 2 คะแนน
 - มากกว่า 6.52 วินาที เท่ากับ 1 คะแนน
 - ไม่สามารถทำได้ เท่ากับ 0 คะแนน
- การแปลผล ระยะ 4 เมตร
 - น้อยกว่า 4.82 วินาที เท่ากับ 4 คะแนน
 - 4.82-6.20 วินาที เท่ากับ 3 คะแนน
 - 6.21-8.70 วินาที เท่ากับ 2 คะแนน
 - มากกว่า 8.7 วินาที เท่ากับ 1 คะแนน
 - ไม่สามารถทำได้ เท่ากับ 0 คะแนน

2. Short Physical Performance Battery (SPPB) (ต่อ)

- 3) การประเมินการยืน การทรงตัว ในท่าลุกนั่ง (Chair stand test)
 - ให้แขนสองข้างไขว้กันวางพาดบนหน้าอก
 - ให้ลุกนั่ง 5 ครั้ง ติดต่อกันให้เร็วที่สุดและปลอดภัย
 - การแปลผล
 - น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11.19 วินาที เท่ากับ 4 คะแนน
 - 11.20-13.69 วินาที เท่ากับ 3 คะแนน
 - 13.70-16.69 วินาที เท่ากับ 2 คะแนน
 - มากกว่าหรือเท่ากับ 16.7 วินาที เท่ากับ 1 คะแนน
 - มากกว่า 60 วินาที หรือทำไม่ได้ เท่ากับ 0 คะแนน
- การจำแนกระดับคะแนน (คำนวณโดยนำคะแนนจากแบบทดสอบทั้งหมดมารวมตัวกัน)
 - คะแนน 0-3 มีการจำกัดความสามารถของการทำงานขั้นรุนแรง
 - คะแนน 4-6 มีการจำกัดความสามารถของการทำงานขั้นปานกลาง
 - คะแนน 7-9 มีการจำกัดความสามารถของการทำงานขั้นเล็กน้อย
 - คะแนน 10-12 มีการจำกัดความสามารถของการทำงานน้อยมาก
- การนำระดับคะแนนไปใช้
 - คะแนน 0-6 แนะนำการออกกำลังกายระดับง่ายถึงปานกลาง
 - คะแนน 7-9 แนะนำการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงยาก
 - คะแนน 10-12 แนะนำการออกกำลังกายระดับยาก

3. Berg Balance Scale

- เครื่องมือที่ใช้ทดสอบความสามารถในการทรงตัว
- ประกอบด้วย 14 กิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้อย่างปลอดภัย แต่ละข้อจะมี คะแนนตั้งแต่ 0-4
 - 0 คือ ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด
 - 4 คือ ต้องการความช่วยเหลือน้อยที่สุด
- แบบสอบถาม อยู่ในเอกสารที่ 1 ในภาคผนวก
- การแปลผล
 - คะแนน 41-56 ความเสี่ยงต่อการหกล้มน้อย
 - คะแนน 21-40 ความเสี่ยงต่อการหกล้มปานกลาง
 - คะแนน 0-20 ความเสี่ยงต่อการหกล้มมาก

การใช้ยาในผู้สูงอายุ

ผู้ป่วยสูงอายุควรได้รับการซักประวัติการยาทุกชนิดและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากยามากที่สุด และควรได้รับการติดตามภาวะหกล้มที่เกิดขึ้น หลังได้รับการรักษาครั้งสุดท้าย ซึ่งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ทำให้เกิดภาวะหกล้มได้

ยาที่มักเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยานอนหลับ เช่น Benzodiazepine, Phenothiazine และ antidepressant ยารักษาโรคทางจิตเวช ยากลุ่มสเตียรอยด์ ยาแก้ปวด ยาแก้หวัด ยาแก้ไอ ยาแก้แพ้ ยาแก้คลื่นไส้ ยาแก้ปวด class 1a เช่น ยาโรคหัวใจกลุ่ม Digitalis ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น

ยาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน ได้แก่ Corticosteroid, antiepileptic drug (Phenytoin, Carbamazepine, Phenobarbital), Thyroxine hormone, Loop diuretics, Lithium, Marcoleptics, Metoclopramide, ยาเพิ่มระดับ Prolactin, Metrotrexate และ Cyclosporine A เป็นต้น ดังนั้น หากผู้สูงอายุได้รับยาดังกล่าว แพทย์ควรสงสัยโรคกระดูกพรุน และให้การรักษาเพื่อป้องกันกระดูกหักหลังล้ม หรือส่งตรวจมวลเนื้อกระดูก

นอกจาก ชนิดของยาแล้ว อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่บ่อยที่สุด คือ การได้รับยาหลายขนานมากเกินไป (Polypharmacy) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับยาตั้งแต่ 3-4 ขนานขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา และทำให้เกิดภาวะหกล้มซ้ำซ้อนได้ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาน้อยกว่า

หากผู้สูงอายุ มีความจำเป็นต้องได้รับยาดังกล่าว แนะนำให้ตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยได้รับเดิม เพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนของยาและผลข้างเคียงจากยา ควรให้ยานอนหลับที่ออกฤทธิ์สั้นมากกว่ายาว เช่น Lozapam และควรให้คำแนะนำถึงความเสี่ยงและสอบถามอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงจากยาด้วยทุกครั้ง

การป้องกันภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ

การป้องกันภาวะหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

1. การฝึกการทรงตัวหรือการเดินให้ดีขึ้น

แนะนำการออกกำลังกายโดยการฝึกการทรงตัว (Balancing training) การเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ (Progressive muscle strengthening) และการฝึกเดิน (Walking plan)

การฝึกการทรงตัว (Balancing training) ฝึกกำลังกล้ามเนื้อให้แข็งแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อรอบสะโพก กล้ามเนื้อเข่า และกล้ามเนื้อกระดูกข้อเท้า ซึ่งมีความสำคัญต่อการยืนและเดิน และการบริหารเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกายแบบไทเก๊ก

นอกจากการฝึกออกกำลังกาย การป้องกันภาวะหกล้มยังมีการจัดหาเครื่องช่วยเดินอย่างเหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ การฝึกการลุกขึ้นจากพื้นภายหลังหกล้ม การขอความช่วยเหลือ และสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. การให้ความช่วยเหลือในผู้ที่มีการมองเห็นบกพร่อง

3. การป้องกันผลข้างเคียงจากยา

4. การปรับสภาพแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย โดยวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพและใช้มาตรการแบบองค์รวม เช่น

- จัดหาผู้ดูแลใกล้ชิดในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง จัดให้มีกระดิ่งที่สามารถให้ผู้ป่วยใช้เรียกพยาบาลได้ตลอดเวลา
- ปรับระดับเตียงให้เหมาะสมกับความสูงของผู้ป่วย
- เปิดไฟให้สว่างเพียงพอทั้งบริเวณเตียง ทางเดิน และในห้องน้ำ
- หลีกเลี่ยงการมัดผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น
- จัดหาอุปกรณ์ช่วยเดิน จัดหารองเท้าที่ไม่ลื่น

การป้องกันภาวะหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

1. การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัวและการเดิน

2. ตรวจวัดสายตาและการมองเห็น รวมถึงส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม

3. ตรวจสอบการช้ยาและแก้ไขปัญหาคาการช้ยาที่ไม่เหมาะสม

4. การประเมินและปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม เช่น

- พื้นที่อยู่ด้วยพรม ไม่ควรใช้พรมที่ไม่ยึดกับพื้น พรมที่ขอบไม่เรียบ พื้นผิวควรมีลักษณะไม่ลื่นหรือไม่ขรุขระ
- แสงสว่างภายในบ้านที่เพียงพอ
- เฟอร์นิเจอร์ควรวางอยู่ในตำแหน่งที่ไม่กีดขวางทางเดิน ควรมีราวจับตามฝาผนัง
- เลือกใช้ความสูงของเตียง เก้าอี้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ควรมีระบบสัญญาณเพื่อเรียกพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน
- หากผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนที่ เช่น คอกเดิน (walking frame) รถเข็น (wheel chair) ควรตรวจสอบสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกอาคารให้เหมาะสม

การให้สุขศึกษาในการป้องกันภาวะหกล้ม

การให้ความรู้สำหรับผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล

1. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่การปฐมพยาบาล เกี่ยวกับพื้นที่บริเวณที่ผู้ป่วยพัก สิ่งอำนวยความสะดวกในหอผู้ป่วย ห้องน้ำ ทางเดิน วิธีใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น รวมทั้งวิธีการขอความช่วยเหลือ
2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ความปลอดภัย และข้อจำกัดของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่อาจทำให้หกล้ม
3. ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม ได้แก่ กลุ่ม Early stage dementia, Delirium, Depression ต้องได้รับการสอน และให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในญาติ
4. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และกลุ่มเสี่ยงในการเปลี่ยนอริยาบท
5. จัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่และผู้เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม
6. สอนผู้ป่วย ผู้สูงอายุ เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วควรทำอย่างไร หรือหากหกล้มแล้วไม่สามารถยืนได้จะอย่างไร ตลอดจนการปฐมพยาบาล
7. แนะนำวิธีการที่จะช่วยให้กระดูกแข็งแรง การทำกิจกรรมทางกายเพื่อคงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
8. กรณีที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติหกล้มมาก่อน ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการกล้วหกล้ม และเพิ่มความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วยได้

การให้สุขศึกษาในผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม

1. ลดน้ำหนัก เพราะถ้าน้ำหนักตัวลดลง เข่าจะได้รับแรงกดลดลง ทำให้เข่าเสื่อมช้าลงและอาการปวดก็จะลดลงด้วย
2. ควรนั่งบนเก้าอี้ ชักโครก หรือเตียงที่สูงระดับเข่า ซึ่งเมื่อนั่งแล้วฝ่าเท้าจะวางราบกับพื้นพอดี ไควرنั่งพับเพียง นั่งขัดสมาธิ นั่งคุกเข่า นั่งยองๆ หรือนั่งราบบนพื้น เพราะจะทำให้ผิวข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น
3. หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได ยืนหรือนั่งนานๆ ในท่าเดียว
4. ควรยืนตรง กางขาออกเล็กน้อย ให้น้ำหนักตัวลงขาสองข้างเท่า ๆ กัน
5. ควรเดินบนพื้นราบ ไม่ควรเดินบนพื้นที่ไม่เสมอกัน หรือทางลาดเอียงมาก ๆ หรือพื้นที่ขรุขระ เพราะจะทำให้น้ำหนักตัวลงไปที่เท้าเพิ่มขึ้นหรือเกิดอุบัติเหตุได้
6. ควรใส่รองเท้าส้นเตี้ย (สูงไม่เกิน 1 นิ้ว) หรือไม่มีส้นรองเท้า พื้นนุ่มพอสมควรและขนาดกระชับพอดี
7. ใช้ไม้เท้า เพื่อพยุงตัวเมื่อล้ม แนะนำให้ถือด้านตรงข้ามกับเข่าที่ปวด หรือหากปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง ให้ถือข้างที่ถนัด
8. ควรออกกำลังกายที่ไม่ต้องลงน้ำหนักมาก เช่น ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เดินเร็ว วิ่งเหยาะ เป็นต้น
9. ถ้ามีอาการปวด ให้พักการใช้ข้อเข่า และประคบด้วยความร้อนหรือความเย็น สามารถใช้ยานวดร่วมด้วยได้

ข้อเสนอแนะในการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

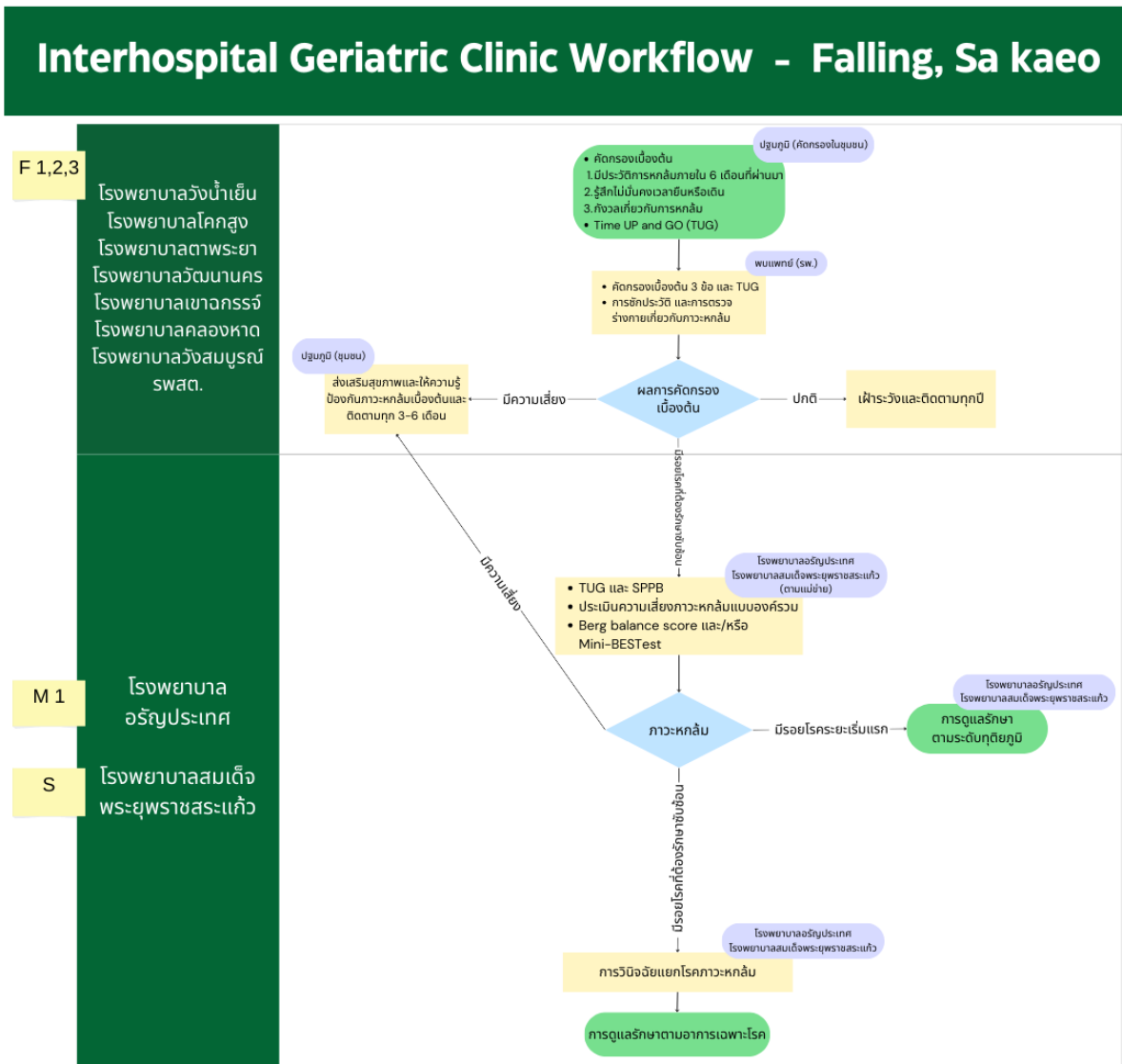
จากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

1. ผู้สูงอายุทุกรายต้องได้รับการซักประวัติของภาวะหกล้ม อย่างน้อย 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล และบันทึก
2. ผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มในช่วง 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาลหรือหกล้มขณะอยู่โรงพยาบาล ต้องได้รับการประเมินหาปัจจัยเสี่ยงของภาวะหกล้ม โดยที่อาการสำคัญของผู้ป่วยในการมาโรงพยาบาลครั้งนี้อาจมีความสัมพันธ์กับการหกล้ม
3. ผู้สูงอายุทุกรายที่มีภาวะหกล้ม ต้องได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็น สาเหตุ เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำซ้อน
4. สำหรับผู้สูงอายุที่ยังสามารถเดินได้ การตรวจคัดกรองภาวะหกล้มอาจใช้ เครื่องมือ Timed Up and Go Test โดยทำได้ทั้งเมื่อแรกมาโรงพยาบาลหรือ การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
5. ในผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มซ้ำซ้อน หรือผู้สูงอายุที่มีท่าเดินหรือการทรงตัว ผิดปกติควรทำการประเมินภาวะหกล้มแบบองค์รวม (Multifactorial falls risk assessment) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
6. ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่มีประวัติหรือมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มขณะอยู่ใน โรงพยาบาล ควรได้รับการวางแผนการป้องกันภาวะหกล้มที่เน้นใน 4 ด้าน หลัก คือ
 - 1) การฝึกการทรงตัว/การเดินให้ดีขึ้น
 - 2) การให้ความช่วยเหลือในผู้ที่มีการมองเห็นบกพร่อง
 - 3) การป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยา
 - 4) การปรับสภาพแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย โดยมีการวางแผนร่วมกันเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) และ ใช้มาตรการแบบองค์รวม
7. แนะนำให้ออกกำลังกายโดยฝึกการทรงตัว (Balancing training) ฝึกกำลัง กล้ามเนื้อรอบสะโพก กล้ามเนื้อเข่า และ กล้ามเนื้อกระดูกข้อเท้าให้แข็งแรง อีกทั้งการบริหารเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อต่างๆ ทั้งนี้เพื่อความ มั่นคงในการ ยืน/เดินของผู้สูงอายุ
8. ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายต้องได้รับการซักประวัติการได้รับยาทุกชนิด และบันทึก ในเวชระเบียนของผู้ป่วย กรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม ควรซักประวัติ ความสัมพันธ์ระหว่างการได้ยาชนิดใหม่ หรือการปรับเปลี่ยนขนาดยาใหม่ กับ ช่วงเวลาที่มีการหกล้ม
9. เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมารับการติดตามการดำเนินโรคหลัง ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา ต้องมีการติดตามถามภาวะหกล้มที่ เกิดขึ้น หลังจากได้รับการรักษาครั้งล่าสุด ซึ่งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา ทำให้เกิดภาวะหกล้ม ควรมีการทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาใช้บริการ
10. ทุกครั้งที่มีการส่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยสูงอายุ หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ ทางการแพทย์ชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาหลายขนานในเวลา เดียวกัน
11. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมากกว่า 1 ขนานในผู้สูงอายุใน เวลาเดียวกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีสุขภาพพื้นฐานทั้งด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตไม่แข็งแรง หรือมีประวัติหกล้มซ้ำซ้อน ยกเว้นกรณีที่มีข้อ บ่งชี้ทาง

การแพทย์ที่ต้องใช้ยามากกว่า 1 ขนาน และจัดเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม ควรให้ความระมัดระวังเป็นรายบุคคล

12. ผู้ป่วยที่มีประวัติหกล้มและกำลังได้รับยารักษาโรคความดันเลือดสูง ควร ได้รับการตรวจวัดความดันเลือดทั้งในท่านั่ง หลังจากนั่งพักเป็นเวลา อย่างน้อย 15 นาทีและในท่านยืน หลังจากยืนในระยะเวลา 1-3 นาทีถ้า ความดันเลือด systolic ลดลงมากกว่า 20 มม.ปรอท และ/หรือ ความดัน เลือด diastolic ลดลงมากกว่า 10 มม.ปรอท ต้องปรับลดหรือหยุดยา ลด ความดันเลือดทันที
13. ควรมีการประเมินสุขภาพของกระดูกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติหกล้มซ้ำซ้อน และกำลังได้รับยาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน และเมื่อตรวจพบว่าโรคกระดูกพรุน ควรให้การดูแลรักษาโรคกระดูกพรุน ยาที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน ได้แก่
 - 1) Corticosteroids
 - 2) ยากันชัก (phenytoin, carbamazepine, phenobarbital)
 - 3) Thyroxine hormone
 - 4) Loop diuretics
 - 5) Lithium
 - 6) Narcoleptics, metoclopramide, และยาอื่นๆ ที่เพิ่มระดับ prolactin
 - 7) Metrotrexate
 - 8) Cyclosporine A
14. ผู้สูงอายุทุกรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ต้องได้รับการประเมินความ ปลอดภัยของบ้าน/ที่อยู่อาศัย และควรได้รับการช่วยเหลือแนะนำในเรื่องการ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการ จำหน่าย (discharge planning)
15. การติดตามผล และการให้การช่วยเหลือจัดการด้านความปลอดภัยของ สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ มีความสำคัญต่อการ ป้องกันภาวะหกล้ม
16. สิ่งแวดล้อมภายในอาคาร อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ ภาวะหกล้มควรได้รับการตรวจตราอย่าง สม่ำเสมอ
17. ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม และผู้ดูแล ควรได้รับข้อมูล ทั้งจากการให้คำแนะนำ และรายละเอียด เกี่ยวกับความเสี่ยง ความปลอดภัย เรื่องภาวะหกล้ม
18. บุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงาน หรือเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อ ภาวะหกล้ม จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ สมรรถนะ ในเรื่องการประเมิน และการป้องกันภาวะหกล้ม
19. การพัฒนารูปแบบโปรแกรมการป้องกันภาวะหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ต้องคำนึงถึงความ เหมาะสมกับความต้องการของ ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุแต่ละคน รวมทั้งปฏิบัติตามความสมัครใจ และค่านิยมของสังคม

Flow การส่งต่อ คลินิกผู้สูงอายุ



การส่งต่อผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุ ส่งต่อตาม Geriatric syndrome โรค หรืออาการที่พบความผิดปกติ ตามแนวทางการส่งต่อของโรคนั้น ๆ

กรณี ตัวอย่าง เช่น

1. โรคเกี่ยวกับตา หู คอ จมูก และกระดูกและข้อ
 - เช่น อาการตาพร่ามัว ปัญหาด้านการได้ยิน ปัญหาการเดินหรือการเคลื่อนไหว
 - เช่น โรคต่อกระดูก โรคเข่าเสื่อม โรคกระดูกพรุน
 - รพ.ตาพระยา รพ.โคกสูง และรพ.คลองหาด ส่งต่อรพ.อรัญประเทศ
 - รพ.วังน้ำเย็น รพ.วัฒนานคร รพ.เขาฉกรรจ์ และรพ.วังสมบูรณ์ ส่งต่อรพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
 - รพสต. ส่งให้โรงพยาบาลแม่ข่ายของตนเอง

2. โรคเกี่ยวกับทางอายุรกรรม สูติกรรม ศัลยกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู และจิตเวช
 - เช่น ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการกลืนปัสสาวะ สงสัยโรคสมองเสื่อม
 - รพ.ตาพระยา และรพ.โคกสูง ส่งต่อรพ.อรัญประเทศ
 - รพ.วังน้ำเย็น รพ.วัฒนานคร รพ.เขาฉกรรจ์ รพ.คลองหาด รพ.วังสมบูรณ์
ส่งต่อรพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
 - รพสต. ส่งให้โรงพยาบาลแม่ข่ายของตนเอง

ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และดุลยพินิจของแพทย์

เช่น ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมขั้นรุนแรง (severe osteoporosis) ที่มีปัญหาในการเดินทางและค่าใช้จ่าย สามารถให้ลูกศึกษาและส่งพนักงานบำบัดโรงพยาบาลใกล้บ้านก่อนได้



แนวทางเวชปฏิบัติ
การคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ
การหกล้ม

พญ. สลิลทิพย์ ไพบูลย์สิทธิวงค์