



คลินิกสูงอายุคุณภาพ สถาบันประสาทวิทยา

สุภาวดี เจียรกุล พ.บ., สุวลี ดาวรุ่งโรจน์ ก.บ., อรณิทย ปัญญาคำ พ.บ.,
พรศจี ทองชมภูษ พ.บ., พัฒนพร จันทรอ่อน ก.บ., วีรณัฐ เขียวงาม วท.บ.,
สุภาพร เพ็ชรชำนาญ สส.บ.

Geriatric Clinic at Neurological Institute of Thailand (NIT)

บทคัดย่อ

คลินิกสูงอายุคุณภาพ สถาบันประสาทวิทยา ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2552 โดย พญ.สุรารค์ เลิศคชชาธาร จิตแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช ในขณะนั้นด้วยเล็งเห็นปัญหาของผู้สูงอายุจำนวนมากที่เข้ามาใช้บริการในสถาบันประสาทวิทยา โดยเริ่มเป็น คลินิกจิตเวชสูงอายุ ต่อมา ในปี พ.ศ. 2557 ได้ ขยายการให้บริการแบบสหวิชาชีพเป็นคลินิกสูงอายุคุณภาพ ได้แก่ เบาหวานสูงอายุ ข้อเข่าสูงอายุ จักษุสูงอายุและทันตกรรมสูงอายุ และในปี พ.ศ. 2561 ได้ เพิ่มคลินิกกระดูกสันหลังสูงอายุ เกสัชกรรมสูงอายุ โภชนาการสูงอายุ จิตวิทยาสูงอายุ กายภาพบำบัดสูงอายุ โดยมี พญ.สุภาวดี เจียรกุล อายุรแพทย์ เป็นประธาน มีทีมส่งเสริมคุณภาพชีวิต พยาบาลโอฟิตี ห้องปฏิบัติการและสังคมสงเคราะห์ เป็นหน่วยสนับสนุน พร้อมกับการประชุมวิชาการสูงอายุคุณภาพแบบสหวิชาชีพพัฒนาองค์ความรู้ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งนี้ในเวลาต่อมาปี พ.ศ. 2565 ได้สร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง โดยเชื่อมโยงหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลทั้งส่วนกลาง และภูมิภาค

คำสำคัญ: คลินิกสูงอายุ, ผู้สูงอายุ, สถาบันประสาทวิทยา

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed aged society) คือมีประชากรสูงอายุ ถึงร้อยละ 20 และมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเป็นที่ 2 ในอาเซียนรองจากประเทศ

สิงคโปร์ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2578 จะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20¹ ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะทุกระบบตามอายุที่มากขึ้น² อาทิ เซลล์สมองฝ่อ กระดูกพรุน การเสื่อมของข้อ หลอดเลือดแดงแข็ง ภาวะดื้อต่ออินซูลิน ภาวะไขมันในหลอดเลือด ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การถดถอยของความรู้คิด (Cognition) นำสู่โรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อม กระดูกพรุน ข้อเข่าเสื่อม โรคพาร์กินสันและปรีพาร์กินสัน โรคขาดสารอาหาร Sarcopenia โรคตา รวมถึง ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หลงลืม สับสน ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว (Locomotive problem) ทกั้มง่ายทำให้สมองกระทบ กระเทือน กระดูกหักเกิดภาวะทุพพลภาพ ทั้งนี้สามารถชะลอปัญหาต่าง ๆ โดยการดูแลที่ครอบคลุมใน 5 ช่วงอายุ ได้แก่ ระยะเวลาก่อนกำเนิด (prenatal) วัยเด็ก วัยทำงาน วัยก่อนสูงอายุ และวัยสูงอายุ^{2,3}

ความเป็นมา

สถาบันประสาทวิทยา ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2500 โดย ศ.นพ.ประสพ รัตนากร ที่เล็งเห็นความสำคัญของโรคระบบประสาท รวมถึงด้านสูงอายุ⁴ การให้บริการระดับตติยภูมิด้านโรคประสาทสมองไขสันหลังและโรคที่เกี่ยวข้อง จากสถิติผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งหากเจ็บป่วยโรคระบบประสาทจะหลงเหลือรอยโรค ความทุพพลภาพและภาวะทางจิตประสาท มีภาระพึ่งพิงสูง ทั้งนี้

พญ.สุรางค์ เลิศชาธาร จิตแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชในขณะนั้น ได้ก่อตั้งคลินิกจิตเวชสูงอายุในปี พ.ศ. 2552 ให้บริการผู้สูงอายุที่มีปัญหาจิตประสาท (Neuropsychiatry) และในปี พ.ศ. 2557 ได้เชื่อมโยงบริการสาขาอื่น ได้แก่ เบาหวาน ข้อเข่า จักขุ และทันตกรรม⁵ เป็น “**คลินิกสูงอายุคุณภาพ**” ดำเนินการโดยอายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จักขุแพทย์และทันตแพทย์พร้อมคณะ ต่อมาในปี พ.ศ. 2561 พญ. สุภาวดี เจียรกุล ประธานคณะกรรมการโครงการศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ได้เพิ่มสาขาอายุรกรรมสูงอายุ กระดูกสันหลัง (Spine) สูงอายุ โดยประสาทศัลยแพทย์ ทีมเภสัชกรรม นักโภชนาการ นักจิตวิทยาคลินิก แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและนักกายภาพบำบัด โดยมีทีมส่งเสริมคุณภาพชีวิตพยาบาลโอพีดี ทีมห้องปฏิบัติการและสังคมสงเคราะห์เป็นทีมสนับสนุน

การให้บริการ ผู้สูงอายุที่มารับบริการ มีแบบนัดหมายมาจากแผนกต่าง ๆ (ภาพที่ 1) ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และมาเอง

มีการคัดกรองโดยพยาบาลคลินิกสูงอายุ มีการพัฒนาองค์ความรู้ผู้สูงอายุและญาติแบบกลุ่มและรายบุคคลโดยผู้เชี่ยวชาญสหสาขา รวมถึงมีนักโภชนาการและเภสัชกรคัดกรองเชิงรุกก่อนพบแพทย์ ห้องตรวจ “**คลินิกสูงอายุคุณภาพ**” มีแพทย์ 3 สาขา ได้แก่ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู และจิตแพทย์ ให้บริการวันพุธ-บ่าย สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเช้าวันพบแพทย์ ส่วนการตรวจทันตกรรมสูงอายุ จักขุสูงอายุ และจิตวิทยาคลินิกเป็นไปตามวันนัดหมาย ผู้ป่วยทางประสาทศัลยกรรม กระดูกสันหลัง (Spine) สูงอายุ และประสาทวิทยา จะพบแพทย์ในช่วงเช้าวันเดียวกัน ทั้งนี้ มีการประเมินคัดกรองสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการใช้ระบบ Telemedicine เพื่อประสานงานกับแพทย์ด้าน Neuropsychiatry



ภาพที่ 1 ทีมคลินิกสูงอายุคุณภาพ

จากสถิติผู้ป่วยคลินิกสูงอายุคุณภาพ จำนวน 127 ราย มีอายุเฉลี่ย 71.8 ปี มีโรคทางอายุรกรรมจำนวน 103 ราย ซึ่งส่วนใหญ่ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง 74 ราย (ร้อยละ 58.27) เบาหวาน 46 ราย (ร้อยละ 36.22) เบาหวานแฝง (Impaired Fasting Glucose; IFG) 10 ราย (ร้อยละ 7.87) ไขมันในเลือดสูง 56 ราย (ร้อยละ 44.9) โรคทางจิตประสาท (Neuropsychiatry) จำนวนถึง 72 ราย (ร้อยละ 56.69) ได้แก่ ซึมเศร้า (Depression) ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment; MCI) และสมองเสื่อม (Dementia) และนอนไม่หลับ (Insomnia) ตามลำดับ และข้อเข่าสูงอายุ 21 ราย ทั้งนี้ได้มีเกณฑ์ความพึงพอใจของการรับสุศึกษา ส่งเสริมความรู้ผลการประเมินและภาวะทางโภชนาการ⁷ ทางเภสัชกรรม⁸ ในคลินิกสูงอายุคุณภาพ⁹ ปรากฏผลดังตาราง 1 และ 2 การประเมินกิจวัตรประจำวัน **ความเชื่อมโยง**

และการขยายเครือข่ายวิชาการสูงคุณภาพ โดยการพัฒนาคัดกรองความรู้ให้กับแพทย์และบุคลากรมีความสำคัญ โดย**จัดการประชุมวิชาการสูงอายุคุณภาพแบบสหวิชาชีพ (Interesting Ageing Case Conference; Multidisciplinary Approach)** อภิปรายเคสผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน^{10, 11} เดือนละครั้ง ในช่วงที่มีเหตุการณ์วิกฤตโควิด 19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2661 ได้ปรับการประชุมเป็นแบบไฮบริดและขยายไปยังส่วนภูมิภาค ซึ่งผลการประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันประสาทวิทยาและเครือข่ายกรมการแพทย์เป็นแกนนำถ่ายทอดประสบการณ์ อาทิ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2566 มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติและโรงพยาบาลราชวิถีร่วมบรรยายและอภิปรายเคส (ภาพที่ 2) พร้อมนิทรรศการสูงอายุคุณภาพ โดยมีผลการประเมินความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ในปี พ.ศ. 2566 ได้มีการพัฒนา

องค์ความรู้สู่ประชาชนและชมรมสูงวัย ได้เพิ่มกิจกรรมประชาสัมพันธ์เชิงรุกสู่ประชาชนผู้สูงอายุในวงกว้าง (Pres release for ageing by NIT) ตามนโยบายอธิบดีกรมการแพทย์ นพ.ธงชัย กีรติหัตถยากร และขยายการบริการคลินิกนอกเวลา ราชการ การให้ความรู้ทาง NIT Facebook lives ในปี พ.ศ. 2566

รวมถึงสื่อวิทยุ โทรทัศน์ และการจัดเสวนาสูงอายุสุขภาพดี ภาคประชาชนเนื่องในวันนอนหลับโลก และวันสถาปนากรมการแพทย์ ในเดือน มีนาคม 2566 และแนะนำ “ชมรมสูงวัย สถาบันประสาทวิทยา” โดยมีผู้เข้าเป็นสมาชิกรวม 200 คน ผลประเมินความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

ตารางที่ 1 แสดงดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้ป่วยสูงอายุ จำนวนทั้งหมด 35 คน ระหว่างเดือน ต.ค. 65 - มี.ค. 66

BMI <18.5	BMI 18.5-22.9	BMI 23-24.9	BMI 25-29.9	BMI ≥ 30
4 (11.5 %)	7 (20 %)	7 (20 %)	11 (31.4 %)	6 (17.1 %)

BMI = Body mass index

ตารางที่ 2 แสดงอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยา จำแนกตาม AGS Beers criteria

ยา	หลักการและเหตุผล	จำนวนที่ได้รับยา ราย (ร้อยละ)	เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ราย (ร้อยละ)
Long acting Benzodiazepine	Increase risk of cognitive impairment, Falls, Fracture, อุบัติเหตุยานพาหนะ	10 (7.8)	0
Sulfonylurea	Severe prolonged hypoglycemia	14 (11.02)	3 (2.36)
TCA's, SSRIs, SNRIs, Opioids	CNS-active medications	15 (11.81)	2 (1.57)
Non-cyclooxygenase-selective NSAIDs	Increased risk of GI bleed and PU	3 (2.36)	0
First-generation antihistamine	Highly anticholinergic	3 (2.36)	3 (2.36)

AGS = The American Geriatrics Society, TCAs = Tricyclic antidepressants, SSRIs = Selective serotonin reuptake inhibitors, SNRIs = Norepinephrine reuptake inhibitors, NSAIDs = Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, CNS = Central nervous system, GI = gastrointestinal tract, PU = Peptic ulcer



ภาพที่ 2 พิธีเปิดการประชุมสูงอายุคุณภาพสหวิชาชีพ สถาบันประสาทวิทยา ครั้งที่ 3/2566 โดยมีผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยาและผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นประธาน

การให้บริการสูงอายุคุณภาพเชิงรุกแบบไร้รอยต่อ (seamless care)^{10, 11, 12} กับคลินิกเฉพาะทางภายในสถาบันประสาทวิทยา อาทิ คลินิกเบาหวานและต่อมไร้ท่อ คลินิกความจำ^{12,13} ศูนย์สูงวัยเคแอนด์คลินิกระสาทศัลยกรรม คลินิกเวชศาสตร์และหน่วยงานภายนอก ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สถาบันโรคผิวหนัง คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล เครือข่ายทุ่งพญาไท และการเชื่อมโยงต่างระนาบ อาทิ หน่วยปฐมภูมิโดยทีมส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีระบบสารสนเทศข้อมูลสุขภาพ⁶ **สำหรับดำเนินการกิจกรรมเชิงรุกสู่ผู้ป่วย**¹⁴ โดยคณะกรรมการโครงการศูนย์เวชศาสตร์สูงอายุ มีพยาบาลด้านสูงอายุเป็นผู้ประสานงาน ทั้งนี้ได้นำร่องในหอผู้ป่วยประสาทศัลยกรรมซึ่งได้ทำการค้นหาปัญหาของผู้สูงอายุได้ทันทั่วทั้ง^{10, 11}

บทสรุป

คลินิกสูงอายุคุณภาพ ให้บริการผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนละเอียดอ่อน รวมถึงการคัดกรองดูแลรักษา การติดตามและ

ประเมินผลเป็นไปตามบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากปัญหาผู้ป่วย ประสบการณ์จริง มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุให้ต่อเนื่องทันสถานการณ์ และการเชื่อมโยงเครือข่ายให้เข้มแข็ง ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทุพพลภาพทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ธนิชทร์ เวชชาภินันท์ ผู้อำนวยการ พญ.สุรางค์ เลิศศุขชาธาร พว.สุวรรณา วิชาคสงเคราะห์ พญ.พิงใจ เขียนดวงจันทร์ กลุ่มงานอายุรศาสตร์ นพ.ธีระ ตั้งวิริยะไพบูลย์ ภญ.ภูมิใจ อ่างแก้ว จิตรลดา จักรเพชรโยธิน พ.ต.ท.นพ.วัชรสาร รัตนานันท์ พว.สาลินี ไทยธวัช นพรัตน์ แก้วหานาม กฤษณา เอื้อน้อมจิตต์กุล ธนกร กาญจนประดิษฐ์ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ งานพยาบาลผู้ป่วยนอก งานเวชสถิติ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน สถาบันประสาทวิทยา

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
2. ชูศักดิ์ เวชแพทย์, บรรณาธิการ. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ศุภวานิชการพิมพ์; 2538.
3. สมบูรณ์ อินทลาภาพร. การเตรียมพร้อมทางการก่อนสูงวัย. ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. สูงวัย สุขภาวะดี วิถีใหม่. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2566. หน้า 128-69.
4. คณะจัดทำหนังสือสถาบันประสาทวิทยา. 45 ปี สถาบันประสาทวิทยา พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2545.
5. สถาบันประสาทวิทยา. นวัตกรรมสูงอายุคุณภาพ. การประชุมวิชาการแห่งชาติด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3; 22-24 พฤษภาคม 2558; อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
6. สกานต์ บุนนาค, นิตกุล ทองน่วม, บรรณาธิการ. แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ซีจีที; 2564.
7. Nestle Nutrition Institute. Mini Nutritional Assessment (MAA). [Internet] 2010 [cited 2023] Available from: https://www.nestle.com/sites/default/files/asset-library/documents/library/events/2010-malnutrition-in-older-people/mna_mini_english.pdf
8. The 2019 American Geriatrics Society Beer Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beer Criteria for potentially inappropriate medications use in older adults. J Am Geriatr Soc 2019;67(4):647-94.
9. สุภาวดี เจียรกุล, พัฒนพร จันทร์อ่อน, วิมลรัฐ เขียวงาม. คลินิกสูงอายุคุณภาพ ดูแลทั้งการและจิตเพื่อชีวิตที่ดีกว่า. ประชุมมหกรรมพัฒนาคุณภาพ สถาบันประสาทวิทยา ปี 2566.
10. Alexopoulos GS, Kiosses DN. Geriatric Psychiatry: Advances and Directions. Preface. Psychiatr Clin North Am 2011;34(2):13-5.
11. ประเสริฐ อสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น; 2556.
12. อารดา โรจนอุดมศาสตร์, เกษญา เขียวขจี, ทัศนีย์ ดันตฤทธิศักดิ์, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563). กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพลส จำกัด; 2563.
13. Downs M, Bowers B, editors. Excellence in Dementia care. Berkshire: England; 2008.
14. Sucher JF, Mangram AJ, Dzandu JK. Utilization of Geriatric Consultation and Team-Based Care. Clin Geriatr Med 2019; 35(1):27-33.