กรณีศึกษา: อาการปวดหลังที่มีสัญญาณเตือนในผู้สูงอายุ

Case study: Back pain with red-flag sign in an older patient

Received: 18 October 2017
Revised: 4 December 2019
Accepted: 16 December 2019

เอกภพ หมอกพรม[1], ธัญชนก จัตตารีส์[1], กฤตภาส จุลกะทัพพะ[2], วีรศักดิ์ เมืองไพศาล[2]
[1]สาขาอายุรศาสตร์ปัจฉิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
[2]ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
Ekkaphop Morkphrom[1], Tanchanok Chattaris[1], Kritapas Chulakadabba[2], Weerasak Muangpaisan[2]
[1]Division of Geriatric Medicine. Department of Medicine. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
[2]Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

อาการปวดหลังเป็นอาการที่พบบ่อยในทางเวชปฏิบัติ แม้ว่าสาเหตุที่พบบ่อยของอาการปวดหลังมักเป็นสาเหตุที่ไม่รุนแรง เราควรระมัดระวังว่าอาจมีสาเหตุที่รุนแรง เช่น โรคติดเชื้อหรือโรคมะเร็ง ถ้าหากมีสัญญาณเตือน เช่น มีไข้สูง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีอาการปวดรุนแรงตอนกลางคืน ในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหลัง อาจนำมาซึ่งความผิดปกติไม่เพียงแค่ทางร่างกาย แต่อาจส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ สังคมและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้วย ในบทความนี้ จะแสดงตัวอย่างการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดหลังร่วมกับมีสัญญาณเตือน โดยใช้การประเมินทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม เพื่อระบุปัญหาและวางแผนการรักษาสภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม และความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่มาด้วยอาการปวดหลังรุนแรง

Abstract

Back pain is the common symptom in clinical practice. Although the common causes of back pain are usually benign, we should be aware of serious conditions e.g. osteomyelitis or malignant tumor, when the red-flag signs are present; such as fever, anorexia, weight loss or nighttime pain. In an older patient with back pain, the symptom might not only lead to physical impairment but also psychological, social and functional impairment. Thus, this article reviews the example of applying comprehensive geriatric assessment to identify and manage medical, physical, social, psychological and functional problem of an older patient that presented with severe low back pain.

บทนำ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยหม้าย อายุ 72 ปี อาชีพเดิมทำนากุ้ง ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ

จบการศึกษา ป.4 ภูมิลำเนา จ.สมุทรปราการ

<u>อาการสำคัญ</u>: ปวดหลังมาก 1 เดือน

<u>ประวัติปัจจุบัน</u>: ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเดิมได้แก่

- Type 2 DM เป็นมานาน 20 ปี รักษาที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน รักษาด้วย Metformin (500 mg) 1 tab oral OD pc รับประทานยาสม่ำเสมอ
- Hypertension เป็นมานาน 20 ปี เดิมรักษาที่สถานีอนามัยใกล้บ้านเช่นเดียวกัน ได้รับยา Losartan (50 mg) 1 tab oral BID pc
- Benign prostatic hyperplasia มีประวัติรับการผ่าตัด Transurethral resection of prostate

ผู้รับผิดชอบบทความ
เอกภพ หมอกพรม
แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์ปัจฉิมวัย
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author
Ekkaphop Morkphrom.
Clinical fellow. Division of Geriatric Medicine. Department of Medicine. Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Mahidol University
E-mail address: ekkaphop.mor@hotmail.com

เมื่อ 7 ปีก่อน ติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน มีปัญหาปัสสาวะเล็ดเวลาไอ จาม แต่ยังไปเข้าห้องน้ำได้เวลาปวดปัสสาวะ ช่วง 2 เดือนมานี้ปัสสาวะต้องออกแรงเบ่งมากขึ้น แพทย์จึงเริ่มยา Doxazocin 2 mg oral hs ให้รับประทาน

1 เดือนก่อน ผู้ป่วยมีไข้สูงหนาวสั่น ไม่ไอ ไม่ปวดท้อง ไม่มีอาการท้องเสีย ไม่มีอาการปัสสาวะบ่อยหรือปัสสาวะแสบขัด ได้นอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้าน หลังนอนรพ. ไป 2 วัน เริ่มปวดกลางหลังแปล๊บๆ เป็นมากขึ้นเมื่อขยับตัว แพทย์แนะนำให้รับประทานยาแก้ปวดต่อที่บ้านหลังจากนอนโรงพยาบาลได้ 3 วัน

3 สัปดาห์ก่อน อาการปวดหลังเป็นมากขึ้น ยังรู้สึกมีไข้ ปวดแม้ขณะนอนเฉยๆ มีอาการปวดตอนกลางคืนทำให้นอนไม่หลับ จึงไปพบแพทย์ที่คลินิกใกล้บ้าน ได้ยาแก้ปวดมารับประทานเพิ่ม และได้ไปนอนโรงพยาบาลบางจาก แพทย์แจ้งว่าเป็นจากกระดูกสันหลังเคลื่อน ให้กายภาพบำบัด และให้ยาแก้ปวดต่อ แต่อาการไม่ทุเลา

2 สัปดาห์ก่อน เริ่มกินข้าวได้น้อย กินได้เพียงมื้อละครึ่งจาน ปวดหลังมากขึ้นจนเดินลำบาก ต้องกินยาแก้ปวด ยังกลั้นอุจจาระปัสสาวะได้ เดินไม่ไหวเพราะปวด แขนและขายังรับความรู้สึกได้ ไม่อ่อนแรง

5 วันก่อน ปวดจนลุกไม่ไหว เดินไม่ได้ มาตรวจกับศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่ รพ.ศิริราช ตรวจ Film T-L spine เพิ่มเติม และตรวจ MRI spine ก่อนจะเข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาลศิริราช

<u>ประวัติอดีต</u>: เคยผ่าตัดตาต้อกระจกข้างซ้าย เมื่อ 3 ปีก่อน ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ

<u>ประวัติส่วนตัว</u>: เดิมเป็นเจ้าของนากุ้ง ทำนากุ้งจนอายุ 60 ปี จึงหยุด และขายที่นา ขณะนี้อาศัยอยู่ที่บ้านกับบุตรอีก 3 คน ไม่เคยสูบบุหรี่ ไม่เคยดื่มสุรา

<u>ประวัติครอบครัว</u>: แต่งงาน มีบุตร 4 คน ภรรยาเสียชีวิตเมื่อ 3 ปีก่อนจากโรควัณโรค บุตรชายคนที่ 3 เสียชีวิตเมื่อ 2 ปีก่อนจากวัณโรค

<u>ประวัติยาและการแพ้ยา</u>: เคยแพ้ยา Penicillin และ Sulfa มีอาการผื่นแดงขึ้นตามตัว

ยาที่ได้รับอยู่ ได้แก่

- Metformin (500mg) 1 tab oral OD pc
- Doxazocin (2 mg) 1 tab oral hs
- Losartan (50 mg) 1 tab oral bid pc
- Amitriptyline (25 mg) 1 tab oral hs

ยาที่ได้รับเพิ่มในช่วงที่มีอาการปวดหลัง 3-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- Tramadol (50 mg) 1 cap oral tid pc
- Paracetamol/Orphenadrine (450 mg/35 mg) 1 tab oral bid pc
- Paracetamol (500 mg) 1 tab oral prn for pain q 6 h. (ใช้วันละ 2-3 ครั้ง)
- Domperidone (10mg) 1 tab oral tid ac

การประเมินทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (Comprehensive geriatric assessment)

Physical assessment

- สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดี เคยประเมิน HbA1C ได้ 6.8%
- สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ดี ผู้ป่วยให้ประวัติว่าความดันโลหิตค่าบนไม่เคยเกิน 130 มิลลิเมตรปรอท
- โรค Benign prostatic hyperplasia หลังจากผ่าตัดมีปัญหา ไอ จาม แล้วปัสสาวะเล็ด ต้องใส่ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ตอนกลางคืนใส่ผ้าอ้อมขณะหลับ ไม่ต้องลุกมาปัสสาวะกลางดึก
- อาการตามระบบอื่นๆ
  - ระบบทางเดินหายใจ : ไม่มีอาการไอ ไม่เคยหอบ
  - ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ไม่เคยแน่นหน้าอก นอนราบได้
  - ระบบทางเดินอาหาร : ไม่เคยกลืนสำลัก ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีอาการท้องเสียหรือท้องผูก
    ปกติถ่ายอุจจาระทุก 2-3 วัน ก่อนหน้านี้ไม่เคยได้รับการตรวจทางทันตกรรม
    มีฟันผุหลายแห่ง แต่ยังรับประทานอาหารได้ ไม่มีปัญหาการกลืน
  - ระบบปัสสาวะ : ปัสสาวะเล็ด แต่ยังปัสสาวะออกดีทุกวัน ปัสสาวะกลางวัน 3-4 ครั้ง
    กลางคืนปัสสาวะในผ้าอ้อมเนื่องจากมีปัสสาวะเล็ดหลังผ่าตัดรักษาโรคต่อมลูกหมากโต
    ไม่เคยปัสสาวะเป็นเลือด หรือปัสสาวะเป็นฟอง
  - ระบบประสาท : ขณะนี้ยังไม่มีอาการอ่อนแรงหรือชาที่แขนขา
  - ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : มีอาการปวดหลังรุนแรง ไม่มีอาการปวดที่อื่นใด
  - สายตาและการมองเห็น : การมองเห็นเดิมปกติ หลังผ่าตัดตาต้อกระจก จักษุแพทย์ได้แนะนำให้ใส่แว่น แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ใส่ รู้สึกว่าเห็นชัดดี ไม่เคยตรวจพบภาวะเบาหวานลงจอประสาทตา
  - การได้ยิน : การได้ยินชัดเจนดีโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย
  - ภาวะโภชนาการ : น้ำหนักตัวลดลงจาก 60 กิโลกรัม เหลือ 55 กิโลกรัมใน 1 ปี
    ประเมินด้วย Mini nutrition assessment® short form ได้ 3 คะแนน เข้าได้กับภาวะขาดสารอาหาร
  - การเดินและประวัติการหกล้ม : ปกติเดินไม่เซ ไม่เคยล้ม ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ แต่ในช่วงที่ปวดหลัง
    เดินลำบากเนื่องจากปวดหลังทำให้ตัวเกร็งกว่าเดิม
    ขณะนี้ปวดมากจนไม่สามารถลุกนั่งบนเตียงหรือออกจากเตียงได้
  - การนอนหลับ : ผู้ป่วยมีอาการนอนหลับไม่สนิทมา 2 ปี ต้องใช้ยานอนหลับ
    ขณะนี้นอนแทบไม่หลับเลยเนื่องจากความปวดรุนแรง (แสดงข้อมูลเพิ่มเติมใน Mental assessment)

Mental assessment

Mood and behavior assessment	2 ปีก่อน บุตรชายคนที่ 3 ที่อยู่บ้านด้วยกันเสียชีวิต หลังจากนั้น บุตรชายสังเกตว่าไม่ค่อยสนใจทำสิ่งที่เคยชอบ เช่น ดูโทรทัศน์น้อยลง ออกไปคุยกับเพื่อนข้างบ้านน้อยลง นอน 23.00 น. ตื่น 5 .00 น. แต่หลับๆตื่นๆ ต้องรับประทาน Amitriptyline 25 mg oral hs มา 1 ปี เวลาพูดคุยเรื่องลูกจะร้องไห้บ่อยๆ กลัวลูกๆ จะไม่รักไม่สนใจ 1 เดือน กังวลอาการเรื่องปวดหลัง กลัวว่าจะพิการ บางครั้งบุตรเห็นว่านอนร้องไห้ ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่เคยมีอาการหูแว่วหรือภาพหลอน ประเมินด้วย Thai Geriatric Depression Scale ได้คะแนน 24/30

Cognitive assessment	บุตรชายรู้สึกว่าผู้ป่วยความจำดี ไม่เคยถามคำถามเรื่องเดิมซ้ำๆ ไม่เคยลืมเปิดน้ำหรือไฟทิ้งไว้ ยังสื่อสารเป็นประโยคพูดคุยรู้เรื่อง นึกคำไม่ออกเป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย เดิมเดินทางไปตลาดใกล้บ้านไม่หลงทาง ประเมินด้วย Thai Mental State Examination ได้ 21/30 คะแนน โดยมีคะแนนจากการนับวันย้อนหลัง (day backward) 3/5 คะแนน คำนวณ 100-7 ได้ 1/3 คะแนน และคะแนนความจำ (Recall) 0/3 คะแนน
Social assessment	
มีบุตรที่มีชีวิต 3 คน อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน แต่ทุกคนทำงาน ตอนกลางวันจะอยู่บ้านคนเดียว บางครั้งออกมาคุยกับเพื่อนบ้านบ้าง บุตรสาวคนโต ทำงานเป็นเจ้าหน้าที่ธนาคาร บุตรชายคนที่ 2 ขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง และบุตรชายคนที่ 4 ทำงานผู้ช่วยอาจารย์ที่มหาวิทยาลัย รายได้ของผู้ป่วยได้มาจาก บุตรคนที่1 และ 4 ได้รับรายได้ประมาณ 10,000 บาทต่อเดือน บ้านของผู้ป่วยอยู่ที่ จังหวัดสมุทรปราการ เป็นบ้านสองชั้น มีถนนเข้าออกสะดวก ผู้ป่วยอาศัยอยู่ชั้นล่าง ปกติไม่จำเป็นต้องเดินขึ้นบันได ใช้สิทธิ์การรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาลอำเภอที่อาศัยอยู่ โดยใช้สิทธิ์ดังกล่าวรับการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนโรคต่อมลูกหมากโตรักษาโดยชำระเงินเองที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้าน	
Functional assessment	
Basic ADLs	ก่อนเจ็บป่วยยังสามารถเดินในบ้านโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเอง
Instrumental ADLs	ก่อนเจ็บป่วย สามารถดูแลทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ซื้อของในตลาด เดินทางไปตลาดด้วยตนเอง จัดยารับประทานเอง ใช้ Remote controller เพื่อดูโทรทัศน์ได้

Physical examination

Vital signs: T 39.5 °C, P 90/min (regular), R 22/min, BP132/75 mmHg, SpO_2 95% room air

Body weight 55 kg, Height 150 cm, BMI 24.4 kg/m^2

General appearance: An old man, fatigue, mildly pale, no jaundice, no edema

Skin: No Janeway lesion, No Osler node

Eye: No subconjunctival hemorrhage

Thyroid gland: Normal size and consistency

Cardiovascular system: PMI at the 5th intercostal space, midclavicular line, no heaving, no thrill, normal S_1 S_2, no murmur

Respiratory system: Normal breath sounds, no adventitious sounds

Abdomen: Soft, not tender, liver and spleen not palpable, liver span 8 cm. no increased splenic dullness, normal bowel sounds

Lymph node: No superficial lymphadenopathy at cervical, supraclavicular and axillary region

Musculoskeletal system: Tenderness on spine level T11 - L3 vertebrae, no signs of appendicular arthritis

Neurological system:

CN II : Pupil 3 mm BRTL

Visual acuity: right eye 20/50 left eye 20/40 by Near vision chart

CN III, IV, VI: Full EOM, normal saccades

CN VII : No facial palsy

CN VIII : Weber's test – no lateralization

Rinne's test - Bone conduction > Air conduction both ears

CN IX, X: No deviation of uvula, gag reflex positive

CN XII: No atrophy, no fasciculation, No deviation of tongue

Motor system; Motor tone: normal, Motor power: grade V/V, except left hip flexion grade IV DTR 2+ all extremities , Babinski's sign: absent Per-rectal examination: normal sphincter tone, bulbocavernosus reflex positive

Sensory system: Normal pinprick sensation, normal proprioceptive sensation

Cerebellar system: normal finger-to-nose-to-finger test, no dysdiadokokinesia

Meningeal irritation sign: No stiffness of neck

สรุปรายการปัญหา (problem lists)

1. Fever with severe back pain for 4 weeks (Red flag signs: rest pain, night pain)
2. Anorexia for 2 weeks
3. Depressive symptoms for 1 year
4. Mildly pale
5. Malnutrition
6. Family history of tuberculosis
7. Underlying disease: T2DM, Hypertension, BPH
8. Penicillin and Sulfa allergy

บทวิจารณ์

ปัญหาไข้สูงเฉียบพลันและอาการปวดหลังอย่างรุนแรง ที่บริเวณ lower thoracic spine ถึง upper lumbar spine โดยมีสัญญาณเตือนคือ มีอาการปวดแม้ขณะพักและปวดจนตื่นกลางดึก ในผู้ป่วยรายนี้ สาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดคือ acute bacterial osteomyelitis of T-L spine เนื่องจากมีประวัติไข้สูงเฉียบพลันนำมาก่อนที่จะเกิดอาการปวดหลัง และมีที่มาจาก hematogenous spreading โดยเชื้อที่อาจเป็นสาเหตุได้แก่

1. *Staphylococcus aureus* เป็นเชื้อก่อโรค Vertebral osteomyelitis ที่พบบ่อยที่สุด และมักจะมีตำแหน่งการติดเชื้ออื่นนำมาก่อน เช่น Infective endocarditis, Skin and soft tissue infection แต่ก็สามารถพบ Primary bacteremia ได้ ซึ่งเบื้องต้นจากการตรวจร่างกายยังไม่พบหลักฐานของ Infective endocarditis หรือ Skin and soft tissue infection

2. Enteric gram negative bacilli ซึ่งจะสัมพันธ์กับ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะแล้วมี Bacteremia

3. Enterococci เป็นเชื้อประจำถิ่นที่อยู่ในลำไส้ใหญ่ และจะพบว่าสามารถเกิดการแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดได้ หากมีรอยโรคในลำไส้ใหญ่ เช่น โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งแม้ในผู้ป่วยรายนี้จะยังไม่มีอาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ตาม หากพิสูจน์ได้ว่าภาวะซีดที่ตรวจพบเป็นจากภาวะขาดธาตุเหล็ก ก็อาจจะบ่งถึงการมี occult gastrointestinal blood loss ซึ่งทำให้คิดถึงโรคนี้มากขึ้น

4. *Group B Streptococci* เป็นเชื้อก่อโรค osteomyelitis ที่พบในกลุ่มที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี และผู้ที่เป็นเบาหวาน

5. *Mycobacterium tuberculosis* สามารถก่อโรค Vertebral osteomyelitis โดยตำแหน่งที่พบบ่อยคือตำแหน่ง Lower thoracic vertebrae แต่มีข้อค้าน เนื่องจากมักจะมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ยังไม่มีอาการไอซึ่งเป็นอาการที่พบร่วมได้ในกรณีที่มี Pulmonary tuberculosis อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยอยู่อาศัยใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคมาก่อน จึงต้องระมัดระวังอย่างมาก

สาเหตุรองลงมาที่คิดถึง คือ bony metastasis เนื่องจากมีอาการเบื่ออาหารน้ำหนักลดร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็นอาการนำของโรคมะเร็ง แต่เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีไข้สูงมาก และเป็นอย่างเฉียบพลันในช่วงแรก จึงคิดถึงภาวะ bony metastasis น้อยกว่า acute osteomyelitis

ปัญหาต่อมาของผู้ป่วยรายนี้ จากการประเมินด้านจิตใจ พบว่ามีอาการของโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ได้แก่ มีอารมณ์ซึมเศร้าร้องไห้บ่อย นอนไม่หลับ ขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ รู้สึกไร้ค่า กลัวบุตรไม่รัก ซึ่งเมื่อใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5^{th} edition (DSM-5)[1] ดังตารางที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการที่อยู่ในเกณฑ์วินิจฉัย 4 อาการ และรบกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวัน คือทำให้ไปเข้าสังคมน้อยลง แม้ว่าในเกณฑ์การวินิจฉัยจะต้องมี 5 อาการ จาก 9 อาการ แต่ในผู้ป่วยรายนี้ขณะให้ประวัติแพทย์ ยังมีประวัติบางส่วนที่ยังกังวล ยังไม่พร้อมเล่าให้ฟังโดยละเอียด ในเบื้องต้นคิดว่ายังคงคิดถึง Major depressive disorder มากที่สุด แต่ต้องสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเสียก่อน แล้วจึงรวบรวมประวัติมาเพิ่มเติม

J Gerontol Geriatr Med. 2019; 18(79-89)

อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยโรค major depressive disorder จำเป็นต้องแยกโรคทางกายด้วย ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ โดยทั่วไป ยาและโรคทางกายที่อาจเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้าได้ แสดงไว้ในตารางที่ 2 และ 3 ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ไม่มีประวัติยาที่สงสัยเป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้า แต่เนื่องจากภาวะ hyperthyroidism และ hypothyroidism นั้น มีอาการที่ไม่จำเพาะ จึงจำเป็นต้องตรวจ thyroid function test เพื่อแยกโรคด้วย

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th edition (DSM5-)

(ก) ต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อขึ้นไปตลอดเวลา 2 สัปดาห์ และอาการดังกล่าวแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่หรือการทำงานในด้านต่างๆ จากเดิม ทั้งนี้ต้องมีอาการในข้อ 1 และ/หรือ 2 ด้วย โดยไม่รวมอาการที่ทราบแน่นอนว่าเกิดจากโรคทางกาย

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าเกือบทั้งวัน แทบทุกวัน อาการนี้อาจได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองโดยตรง เช่น รู้สึกเศร้า อ้างว้าง หมดหวัง หรือจากการสังเกตของบุคคลอื่น เช่น พบผู้ป่วยร้องไห้

2. ความสนใจหรือความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลงเป็นอย่างมากเกือบทั้งวัน แทบทุกวัน อาการนี้อาจได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองโดยตรงหรือจากการสังเกตของบุคคลอื่นก็ได้

3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อไม่ได้ตั้งใจลดหรือเพิ่มน้ำหนัก โดยเปลี่ยนไปร้อยละ 5 จากน้ำหนักเดิมภายในระยะเวลา 1 เดือน หรือเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารมากกว่าเดิมเกือบทุกวัน

4. นอนไม่หลับหรือง่วงนอนมากเกือบทุกวัน

5. Psychomotor agitation หรือ psychomotor retardation แทบทุกวันจากการสังเกตของบุคคลอื่น

6. เหนื่อยง่าย รู้สึกอ่อนเพลียเกือบทุกวัน

7. รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินกว่าปกติ ไม่สมเหตุสมผล ซึ่งอาจเป็นมากจนเป็นอาการหลงผิด แทบทุกวัน ไม่ใช่แค่การตำหนิตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วยเท่านั้น

8. ความสามารถในการคิดลดลง ขาดสมาธิ ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ แทบทุกวัน อาการนี้อาจได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองโดยตรงหรือจากการสังเกตของบุคคลอื่นก็ได้

9. คิดวนเวียนเรื่องการฆ่าตัวตาย ซึ่งไม่ใช่แต่กลัวตาย หรือคิดวิธีการฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

(ข) อาการดังกล่าวส่งผลต่ออาชีพ การเรียนการทำงาน การเข้าสังคมของผู้ป่วยหรือก่อให้เกิดความทุกข์ใจอย่างมาก

(ค) อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย การใช้ยาหรือสารเสพติด

(ง) อาการดังกล่าวเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Schizoaffective disorder, schizophrenia, schizophreniform disorder, delusional disorder หรือโรคจิตชนิดอื่น

(จ) ผู้ป่วยไม่เคยมี Manic หรือ Hypomanic episode

ตารางที่ 2 โรคทางกายที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า [2]

โรคทางระบบต่อมไร้ท่อ	โรคทางระบบสมอง	โรคมะเร็ง	โรคติดเชื้อเรื้อรัง
- ภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมน	- โรคหลอดเลือดสมอง	- มะเร็งตับอ่อน	- Neurosyphilis
- ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ	- เนื้องอกในสมอง	- มะเร็งปอด	- Brucellosis
- Cushing's disease	- โรคพาร์กินสัน		- Neurocysticercosis
- ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง	- โรคสมองเสื่อม		- ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS)
- ภาวะขาดสารอาหาร			

AIDS = Acquired Immune Deficiency Syndrome

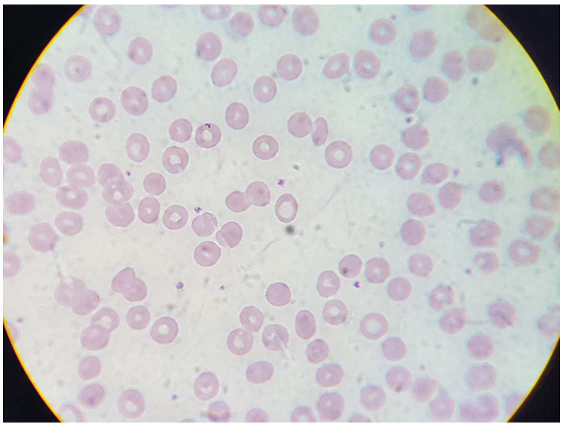
ตารางที่ 3 ยาและสารเสพติดที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า[2]

ยาลดความดัน	ยาจิตเวช	ยาแก้ปวด	ยาต้านพาร์กินสัน	อื่นๆ
- Acetazolamide	- Barbiturates	- Indomethacin	- Amantadine	- Alcohol
- Clonidine	- Benzodiazepines	- Opioids	- Levodopa	- Interferon
- Digoxin	- Haloperidol	- Codeine	- Tetrabenazine	- Steroids
- Guanethidine	- Phenothiazine	- Meperidine		- Sulphonamides
- Methyldopa		- NSAIDs		- ยากลุ่มเคมีบำบัด
- Nifedipine				- ยากลุ่มกันชัก
- Propranolol				
- Reserpine				
- Thiazide diuretics				

ผลการส่งตรวจเพิ่มเติมในผู้ป่วยรายนี้

Complete blood count: Hemoglobin 9.0 g/dl, Hematocrit 28 %, WBC count 15,030, Neutrophil 75.3%, Lymphocyte 15.0%, Monocyte 9.2%, Eosinophil 0.2%, Basophil 0.3%, Platelet count 305,000 mm^3.

Peripheral blood smear ตรวจพบ hypochromic microcytic RBC ดังภาพที่ 1 ซึ่งสอดคล้อง iron deficiency anemia



ภาพที่ 1 แสดงให้เห็น Peripheral blood smear เป็น hypochromic microcytic RBC เข้าได้กับ iron deficiency anemia

Blood chemistry: Hemoglobin A1C 7.4%
BUN 11.9 mg/dl, Serum creatinine 1.18 mg/dl
Na 130 mEq/L, K3.5 mEq/L, Cl 92 mEq/L, HCO_3 23 mEq/L

Erythrocyte sediment rate (ESR) 99 mm/h, C-reactive protein (CRP) 123.32 mg/L

Liver function test: Total bilirubin 0.71 mg/dl, direct bilirubin 0.48 mg/dl, AST 83 U/L, ALT 96 U/L, Alkaline phosphatase 418 U/L, Albumin 3.3 g/dL, Globulin 4.5 g/dL

แปลผลว่าเป็น Mixed hepatocellular injury – cholestasis ซึ่งคิดถึง Drug-induced liver injury โดยยาที่น่าสงสัยที่สุดคือ Paracetamol เนื่องจากรับประทานทั้งในรูปของยาเม็ดที่มีตัวยาเดียว และในรูปยาเม็ดรวมที่ผสมกับยาคลายกล้ามเนื้อ

Film T-L spine AP and lateral view: Normal alignment, osteophytic growth was seen on upper and lower end pate of T10-12 vertebrae. Neither osteolytic nor osteoblastic lesion was seen.

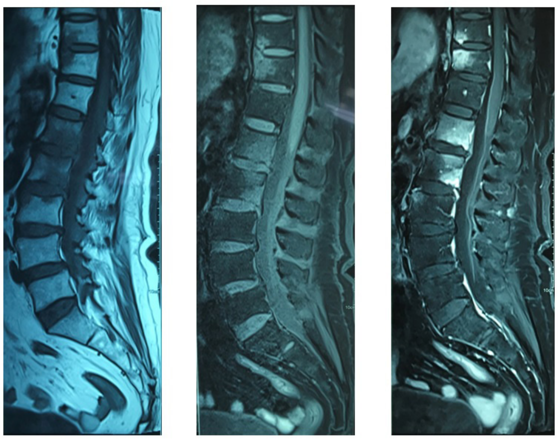
Chest film PA upright view และผลการตรวจ Urinalysis อยู่ในเกณฑ์ปกติ

MRI whole spine (ภาพที่ 2) แสดงให้เห็น Hyposignal intensity of anterior part of T11-12 vertebral body, L1-L2 and upper part of L3 vertebral body on T1-weight imaging with gadolinium enhancement. ร่วมกับเห็น Hypersignal intensity ที่บริเวณเดียวกันใน T2-weight imaging. โดยที่ บริเวณ T11-T12 จะมี Disc involvement ในขณะที่บริเวณ L1-L3 ไม่พบ Disc involvement

ได้ส่งตรวจ Thyroid function test เพื่อหาสาเหตุของ Depression พบว่า TSH .19 microIU/L [0.27-4.20], free T_4 1.51 ng/dL [0.93-1.70], free T3 1.50 ng/dL [2.0-4.4]

J Gerontol Geriatr Med. 2019; 18(79-89)

แปลผลเข้าได้กับ non thyroidal illness มากที่สุด ไม่พบภาวะ hyperthyroidism หรือ hypothyroidism ในขณะนี้



(a) (b) (c)

ภาพที่ 2 MRI whole spine

สรุปการวินิจฉัย ประกอบด้วย

1. Acute osteomyelitis of T11-T12, L1-L2 vertebra
2. Drug-induced liver injury (offending drug: paracetamol)
3. Major depressive disorder
4. Iron deficiency anemia
5. Malnutrition
6. Underlying disease: Type 2 DM, Hypertension, BPH

การดูแลรักษาที่ได้รับ ประกอบด้วย

1. Acute osteomyelitis of T10-T11, L1-L3 vertebra

เบื้องต้นได้ส่งตรวจ Hemoculture และให้ Empirical antibiotics เป็น Ceftriaxone 2 g IV OD โดยสังเกตอาการแพ้ยาอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีประวัติแพ้ยา Penicillin มาก่อน ในผู้ป่วยรายนี้พบว่าไม่มีภาวะแพ้ยาเกิดขึ้น

จากนั้นทางศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ได้พิจารณาทำ Bone biopsy at L1, L2 vertebral body

Tissue biopsy from L1 and L2 vertebral body พบว่า Gram stain เป็น Gram positive cocci in pairs ซึ่งในเวลาต่อมาพบว่าเป็น *Streptococcus agalactiae* (Group B streptococci)

ผลการตรวจ Acid fast stain ไม่พบ Acid fast bacilli และตรวจ Polymerase chain reaction (PCR) for detection of *M. tuberculosis* ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ *M. tuberculosis*

จึงมีแผนการรักษาจะให้ Specific antibiotics เป็น Ceftriaxone 2 g IV OD นาน 14 วัน

หลังจากนั้นให้ยา Levofloxacin 750 mg oral OD pc อีกอย่างน้อย 4 สัปดาห์ โดยติดตาม ESR, CRP

ควบคุมอาการปวดด้วย Morphine syrup ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้มีอาการปวดมาก จึงปรับเพิ่มขึ้นเพื่อควบคุมอาการในขนาด Morphine syrup 4 mg oral q 6h. ขณะได้รับ Morphine ไม่มีภาวะเพ้อสับสน และให้ Senokot 2 tab oral hs เนื่องจากการใช้ Morphine อาจทำให้ท้องผูก และแก้ไขภาวะขาดสารน้ำ โดยพิจารณาให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือด

2. Drug-induced liver injury

ได้หยุดยา Paracetamol และติดตาม liver function test ต่อมากลับเป็นปกติ

3. Major depressive disorder

แบ่งการดูแลตามหลัก Bio-Psycho-Social

Biological treatment พิจารณาให้ยา Antidepressant กลุ่ม Serotonin reuptake inhibitor แทน Tricyclic antidepressants เนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยง Anticholinergic effect ที่ส่งผลให้เกิดภาวะเพ้อสับสนได้ โดยทั่วไปในผู้สูงอายุ แนะนำให้ใช้ Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) หรือ Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) หรือกลุ่มอื่นๆ เช่น Norepinephrine and specific serotoninergic antagonist ซึ่งเมื่อพิจารณาจากที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ การเลือกยา Antidepressants จึงควรหลีกเลี่ยงยาที่มีผลไม่พึงประสงค์ทำให้เบื่ออาหารหรือนอนไม่หลับมากขึ้น ซึ่งเมื่อพิจารณาตาม ตารางที่ 4 ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยรายนี้ จึงเลือกเป็น Mirtazapine 15 mg oral hs เนื่องจากผลข้างเคียงช่วยเพิ่มน้ำหนักตัว และมีฤทธิ์ง่วงนอน

Psychological support ได้ในคำแนะนำและดูแลประคับประคองทางจิตใจ ในเรื่องที่ผู้ป่วยกังวลคือเรื่องความพิการจากอาการปวดหลัง โดยแจ้งผลการตรวจให้ทราบ และบอกถึงแนวทางการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยลดความกังวล

Social support ได้ให้คำแนะนำกับบุตรถึงภาวะของ Major depressive disorder เพื่อให้มีความเข้าใจและร่วมดูแลประคับประคองทางจิตใจต่อผู้ป่วย

4. Iron deficiency anemia

ได้พิจารณาส่งตรวจ Stool occult blood ผลเป็น negative

เบื้องต้นให้ Ferrous sulfate (200mg) 1 tab oral tid pc และติดตามความเข้มข้นของเลือด พบว่าไม่ลดลง

5. Malnutrition

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยเกิดจาก Infection (Acute osteomyelitis) และ Major depressive disorder ซึ่งได้รับการรักษาจำเพาะต่อปัจจัยเสี่ยงแล้วตามที่กล่าวไปข้างต้น ได้ให้อาหารเสริมรับประทานทางปาก (oral nutritional supplement)

ตารางที่ 4 ผลไม่พึงประสงค์ที่สำคัญของยาต้านซึมเศร้า และขนาดยาที่แนะนำ [3]

กลุ่มยาต้านซึมเศร้า	ผลไม่พึงประสงค์ของยาที่พบบ่อย	ขนาดยาที่แนะนำ
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)		
- Escitalopram	ผลที่พบได้ในยากลุ่ม SSRIs ทุกตัว ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องที่ลิ้นปี่ ท้องเสีย ปวดศีรษะ ความต้องการทางเพศลดลง	10-20 mg/day
- Citalopram		20-40 mg/day
- Fluoxetine		10-20 mg/day
- Sertraline		25-200 mg/day
Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs)		
- Desvenlafaxine	คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ปากแห้ง	50-400 mg/day
- Venlafaxine		37.5-225 mg/day
- Duloxetine	คลื่นไส้ ง่วงนอน ปวดศีรษะ ปากแห้ง	40-60 mg/day
Tricyclic antidepressants (TCAs)		
- Amitriptyline	ผลที่พบได้ในยากลุ่ม TCAs ทุกตัว ได้แก่ ง่วงซึม ปากแห้ง ท้องผูก postural hypotension ชีพจรเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ	10-50 mg/day
- Imipramine		30-100 mg/day
- Nortriptyline		30-50 mg/day
Other		
- Agomelatine	วิตกกังวล ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ง่วงนอน	25-50 mg/day
- Bupropion	ง่วงนอน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ มือสั่น	150-450 mg/day
-Mirtazapine	เพิ่มความอยากอาหาร น้ำหนักขึ้น ง่วงซึม	15-45 mg/day
-Vortioxetine	คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ฝันผิดปกติ	5-20 mg/day

6. Underlying disease: Type 2 DM, Hypertension, BPH

ได้งดยา Metformin ตามที่กล่าวข้างต้น

สำหรับโรคความดันโลหิตสูง ให้ยา Losartan (50 mg) 1 tab oral bid pc ต่อ ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

สำหรับโรคต่อมลูกหมากโต ให้ยา Doxazocin (2 mg) 1 tab oral hs สามารถปัสสาวะได้คล่องดี

การวางแผนการดูแลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย

Discharge planning and intermediate care

1. Acute osteomyelitis of T10-T11, L1-L3 vertebra due to *Group B Streptococci*

ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยไม่มีไข้ อาการปวดลดลง ได้ปรับยาฆ่าเชื้อเป็นชนิดรับประทาน โดยพิจารณาเป็น Levofloxacin (500mg) 1.5 tab oral OD pc พิจารณาให้ระยะเวลาของยาฆ่าเชื้อนานอย่างน้อย 6 สัปดาห์ และติดตามระดับสารบ่งการอักเสบในเลือด (serum inflammatory markers) เช่น ESR, CRP และปรับยาแก้ปวดเป็น Morphine syrup (2 mg/ml) 1 ml oral prn for pain q 2 h.

การเดินของผู้ป่วยยังไม่มั่นคงเนื่องจากอาการปวดหลัง ได้แนะนำเรื่องการเดินด้วยกรอบพยุงการเดิน (walker) ให้ผู้ป่วย และนัดหมายกับทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อมาประเมินซ้ำหลังจากอาการปวดลดลง

2. Drug-induced liver injury

ขณะนี้พิจารณาใช้ Morphine syrup ตามที่กล่าวข้างต้น เพื่อหลีกเลี่ยง Drug-induced liver injury จาก Paracetamol และ Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) และแนะนำผู้ป่วยระมัดระวังการใช้ยาที่อาจมีผลต่อตับในช่วงนี้

3. Major depressive disorder

แนะนำให้รับประทาน Mirtazapine 15 mg oral hs ต่อเนื่อง และนัดมาตรวจติดตามอาการของโรคซึมเศร้า และ Thai Geriatric Depression Scale ซ้ำโดยปกติมักให้เป็นเวลา 1 ปี

4. Iron deficiency anemia

ให้ Ferrous sulfate (200 mg) 1 tab oral tid pc และนัดมาติดตาม Hemoglobin level รวมทั้งปรึกษาอายุรแพทย์สาขาทางเดินอาหาร พิจารณาร่วมหาสาเหตุของ occult gastrointestinal blood loss ที่สำคัญ เช่น พิจารณาตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)

5. Malnutrition

ให้อาหารเสริมรับประทานทางปาก (oral nutritional supplement) ต่อเนื่องที่บ้าน และติดตามประเมินผลด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการและน้ำหนักตัว ทุก 4-6 สัปดาห์

6. Family history of tuberculosis

ได้ให้คำแนะนำให้ทุกคนในครอบครัวมาตรวจ Film Chest เนื่องจากมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค เพื่อค้นหาผู้ป่วยในระยะที่ยังมีอาการน้อย และให้การรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค[4]

บทสรุป

1. การประเมินผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อผู้สูงอายุ ไม่ได้มีเพียงด้านร่างกายเท่านั้น ยังมีผลต่อจิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งการดูแลอย่างรอบด้าน ช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น

2. อาการปวดหลัง หากมีสัญญาณเตือน ได้แก่ มีไข้สูง เบื่ออาหาร มีประวัติใช้ยากดภูมิ หรือมีภาวะภูมิต้านทานผิดปกติ มีอาการทางระบบประสาท ควรคิดถึงสาเหตุที่รุนแรง เช่น โรคติดเชื้อหรือมะเร็ง[5]

3. แพทย์ควรระมัดระวัง การสั่งยาแก้ปวดที่มีส่วนผสมของ Paracetamol ซึ่งในทางปฏิบัติอาจใช้ชื่อการค้าทำให้ไม่ทราบส่วนประกอบยา และใช้ซ้ำซ้อนจนเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการให้ยาเกินขนาด

4. แม้การประเมินโรคติดเชื้อที่กระดูกจะเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Group B Streptococci แต่จากประวัติครอบครัวที่มีผู้ป่วยวัณโรค แพทย์ควรตระหนักถึงการคัดกรองวัณโรคเพิ่มเติมในครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อของทุกคนในครอบครัว[4]

5. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถมาพบแพทย์ได้โดยมีประวัติที่ไม่ชัดเจน หลายครั้งผู้สูงอายุจะมีความกังวล ลังเลในการบอกเล่าอาการทางอารมณ์ มักไม่ค่อยแสดงอารมณ์ การรวบรวมข้อมูลที่ดีต้องอาศัยประวัติที่ได้จะมาจากการสังเกตของผู้ใกล้ชิดร่วมด้วย[2]

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

2. กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ์. โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ (Depression in the Elderly). ใน: พูลชัย จรัสเจริญวิทยา, วันรัชดา คัชมาตย์, พจมาน พิศาลประภา, บรรณาธิการ.อายุรศาสตร์ทันยุค 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: ภาพพิมพ์; 2557. หน้า: 437-48
3. Kok RM, Reynolds CF. Management of Depression in Older Adults: A Review. JAMA. 2017 ; 317(20):2114-22.
4. ศรีประภา เนตรนิยม. แนวทางการคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคในกลุ่มต่าง ๆ. การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; พฤษภาคม 2560: หน้า 25-40
5. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med. 2007 Oct 2;147(7):478-91.