

# ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ

นพ.วันกาน ศรีเบญจลักษณ์<sup>1</sup> รศ.พญ.ปณิศา ลิ้มปะวัฒน์<sup>2</sup>

<sup>1</sup>แพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์, <sup>2</sup>หน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## คำจำกัดความ

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence) หมายถึง การมีปัสสาวะจำนวนใดก็ตาม ราดออกมาโดยไม่สามารถกลั้นได้

## ความชุกและอุบัติการณ์

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ความชุกในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนทั่วไปประมาณร้อยละ 14-25 พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กล่าวอย่างคร่าวๆได้ว่าพบในเพศหญิงสูงอายุประมาณ 1 ใน 3 และในเพศชายสูงอายุประมาณ 1 ใน 4 อย่างไรก็ตาม ความชุกของภาวะดังกล่าวในผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานพยาบาลระยะยาว (nursing home) หรือผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน (homebound) จะพบสูงกว่านี้<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลความชุกของภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้ในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมในประเทศไทยประมาณร้อยละ 30<sup>2</sup> ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลในต่าง

ประเทศ ส่วนอุบัติการณ์ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้พบมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น<sup>3</sup> โดยในประเทศไทยมีรายงานอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 16-22<sup>4-6</sup>

## ความสำคัญของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งในผู้สูงอายุ เพราะนอกจากพบได้บ่อยแล้ว ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในแง่ของสุขภาพกาย เช่น ปัสสาวะที่ราดออกมาจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะเพิ่มอุบัติการณ์ในการหกล้ม เป็นต้น ส่วนในแง่ของสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวจะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตไม่ปกติ มีภาวะซึมเศร้า อายุที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และไม่ยอมเดินทางออกนอกบ้าน<sup>7</sup>

โดยทั่วไปแพทย์ในเวชปฏิบัติสามารถรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยที่

มีปัญหาดังกล่าวเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น ที่ไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาอย่างจริงจัง<sup>9</sup> ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยคิดว่าเป็นเรื่องน่าอาย เข้าใจว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติเมื่ออายุเพิ่มขึ้น เข้าใจว่าอาการปัสสาวะรดจะหายไปตัวเอง หรือคิดว่าถึงรักษาไปก็คงไม่หายขาด หรือช่วยให้อาการดีขึ้นได้<sup>3,7</sup> ผู้ป่วยบางรายไม่สนใจกับภาวะดังกล่าว เพราะยอมรับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่บ่งบอกถึงความเสื่อมของร่างกายไม่ได้ (denial)<sup>9</sup>

## ชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้<sup>8,10,11</sup> (ตารางที่ 1 สรุปชนิดและลักษณะที่สำคัญของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้)

**1. Stress incontinence** เป็นผลมาจากการที่ตัวหูรูดท่อปัสสาวะเองหดตัวได้ไม่ดี หรือการหย่อนตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน เมื่อมีการเพิ่มความดันในช่องท้องอย่างกะทันหัน ทำให้ความดันในกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้นจนหูรูดท่อปัสสาวะไม่สามารถควบคุมการไหลของปัสสาวะได้ ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปัสสาวะเล็ด (ปัสสาวะรดปริมาณน้อยๆ ประมาณ 5 - 10 มิลลิลิตรต่อครั้ง) ขณะไอ จาม หรือหัวเราะ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ การผ่าตัดบริเวณอุ้งเชิงกราน เช่น ผ่าตัดมดลูก ผ่าตัดต่อมลูกหมากมาก่อน การผ่านการคลอดบุตรทางช่องคลอด รวมถึงสตรีในวัยหมดประจำเดือน

**2. Urge incontinence** เกิดจากกล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะปัสสาวะ (detrusor muscle) มี

การบีบตัวที่รุนแรงกว่าปกติ หรือมีการบีบตัวทั้งๆ ที่ปริมาณปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะไม่มากพอที่จะทำให้คนทั่วไปรู้สึกปวดปัสสาวะ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจาก

- โรกระบบประสาทส่วนกลาง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน ทำให้สัญญาณประสาทที่ส่งลงมายับยั้งรีเฟล็กซ์การขับถ่ายปัสสาวะ (micturition reflex) ในไขสันหลังมีปริมาณน้อยลง

- พยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน เช่น การติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ หรือ ภาวะผนังช่องคลอดบางและอักเสบ (atrophic vaginitis) โดยกายวิภาคแล้ว ช่องคลอดจะอยู่ด้านหลังของท่อปัสสาวะและต่อเนื่องไปจนถึงบริเวณ bladder trigone การอักเสบของช่องคลอดที่เกิดขึ้นจากภาวะพร่องเอสโตรเจนจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อทางเดินปัสสาวะที่อยู่ข้างเคียง และทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะบีบตัวมากกว่าปกติ

- ไม่ทราบสาเหตุ

ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะรดในปริมาณที่มากกว่า stress incontinence หรือเมื่อปวดปัสสาวะแล้วจะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีปัสสาวะรดก่อนที่จะไปถึงห้องน้ำ

**3. Overflow incontinence** เกิดจากกล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะปัสสาวะสูญเสียความสามารถในการบีบตัว เช่น ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีพยาธิสภาพของเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ หรือเกิดจากการอุดตันทางเดินปัสสาวะ

ส่วนล่าง (bladder outlet obstruction) เช่น ต่อมลูกหมากโต เป็นผลให้ภายหลังการปัสสาวะยังคงเหลือน้ำปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะเป็นจำนวนมาก เมื่อไตผลิตน้ำปัสสาวะในอัตราคงที่สักพักหนึ่งกระเพาะปัสสาวะก็จะเต็ม ทำให้ผู้ป่วยปวดปัสสาวะบ่อย หรือปัสสาวะส่วนที่เกินความจุของกระเพาะปัสสาวะอาจเล็ดออกมาเองในปริมาณน้อยๆ แต่ออกมาเรื่อยๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดปัสสาวะได้

**4. Functional incontinence** เกิดจากความผิดปกติที่นอกเหนือจากสาเหตุที่เกิดจากการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ แต่เกิดจากมีปัญหาทาง

สมอง หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถไปเข้าห้องน้ำได้ ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญา (cognition) เช่น ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งบางรายไม่ทราบว่าเมื่อไรตนต้องไปเข้าห้องน้ำ หรือบางรายจดจำวิธีการใช้ห้องน้ำไม่ได้ อีกกลุ่มหนึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (mobility) เช่น มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การที่ห้องน้ำอยู่ไกล หรือ มีราวกันเตียงทำให้ลุกออกจากเตียงเองไม่ได้ อาจทำให้ผู้ป่วยมาด้วยปัญหาปัสสาวะราด ทั้งที่ไม่ได้มีความเป็นผิดปกติของระบบขับถ่ายปัสสาวะ

**ตารางที่ 1** สรุปชนิดและลักษณะที่สำคัญของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ชนิด	สาเหตุ	อาการ
Stress	กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัว, หูรูดท่อปัสสาวะหดตัวไม่ดี, โรคอ้วน	ปัสสาวะเล็ด ขณะที่มีความดันในช่องท้องเพิ่มสูงขึ้น เช่น ไอ จาม หรือหัวเราะ
Urge	กล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะปัสสาวะไวเกิน (hypersensitivity): พยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน (การติดเชื้อ, นิ่ว, เนื้องอกในทางเดินปัสสาวะ) และ/หรือ โรคของระบบประสาท (โรคหลอดเลือดสมอง, โรคพาร์กินสัน, พยาธิสภาพของไขสันหลัง)	ปวดปัสสาวะแล้วกลั้นไม่ได้ ปริมาณปัสสาวะที่ราดมากกว่า stress incontinence
Mixed (urge + stress)	Urge และ stress incontinence เกิดร่วมกัน	มีทั้งปัสสาวะเล็ดจำนวนน้อยๆ และปัสสาวะราดจำนวนมาก

ชนิด	สาเหตุ	อาการ
Overflow	การอุดตันทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง, กล้ามเนื้อเรียบกระเพาะปัสสาวะสูญเสียความสามารถในการบีบตัว, กล้ามเนื้อเรียบกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไม่สัมพันธ์กับการคลายตัวของทวาร	ส่วนมากมีปัสสาวะเล็ดจำนวนน้อยๆ, ปัสสาวะบ่อย, รู้สึกปัสสาวะไม่หมด
Functional	มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว, โรคสมองเสื่อม	ปัสสาวะรด ทั้งที่ไม่มีคามผิดปกติของระบบขับถ่ายปัสสาวะ

หมายเหตุ ชนิด Mixed type มักเป็นแบบ urge และ stress incontinence เกิดร่วมกัน

## แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

1. ตรวจคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปทุกราย

2. ซักประวัติแยกแยะระหว่าง ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ฉับพลัน (acute) คือเกิดในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรัง หรือ persistent คือเกิดภาวะดังกล่าวตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และซักประวัติหาสาเหตุของภาวะดังกล่าว

- ในรายที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบฉับพลัน ให้พยายามหาสาเหตุที่สามารถรักษาให้หายขาดหรือดีขึ้นได้บ้าง (treatable urinary incontinence) โดยหลักช่วยจำง่ายๆ (DIAP-PERS) ดังตารางที่ 2 ดังนี้

## ตารางที่ 2 แสดงสาเหตุของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ที่สามารถรักษาได้<sup>3,10</sup>

D	Delirium, depression
I	Infection, Inflammation
A	Atrophic vaginitis
P	Pharmaceutical (medication)
P	Psychological
E	Endocrine disorder (DM, DI, hypercalcemia)
R	Restrict mobility, renal insufficiency
S	Stool impaction

- ในรายที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรัง ให้แยกว่าเป็นชนิดใด ได้แก่ stress, urge, mixed, overflow หรือ functional incontinence

3. การตรวจร่างกาย และสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม

4. การรักษา ประกอบด้วย 3 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่ การรักษาโดยไม่ใช้ยา การรักษาโดยการใช้ยา และการผ่าตัด

## แนวทางการซักประวัติและตรวจร่างกาย

### การซักประวัติ

- **ประวัติลักษณะของปัสสาวะ** ได้แก่ ความถี่ ปริมาณ ช่วงเวลาที่ปัสสาวะ อาการผิดปกติอื่นๆ เกี่ยวกับการปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะลำบากต้องเบ่ง ปัสสาวะไม่พุ่ง รู้สึกปัสสาวะไม่หมด ปัสสาวะแสบหรือขัด รวมถึงกิจกรรมที่ทำตลอดจนเหตุการณ์และบริบทในขณะที่มีอาการปัสสาวะรด มีส่วนช่วยในการแยกประเภทของภาวะปัสสาวะรด<sup>3,8,12</sup>

- **ประวัติการขับถ่าย** มีส่วนช่วยในการวินิจฉัยสาเหตุของภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาท้องผูกเรื้อรัง ต้องเบ่งถ่ายเป็นประจำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ stress incontinence<sup>7</sup> ในรายที่ไม่ถ่ายมาหลายวัน อาจมีลำอุจจาระในไส้ตรงไปกดท่อปัสสาวะทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง และตามมาด้วยภาวะ overflow incontinence<sup>10</sup> หรือในรายที่มีปัสสาวะและอุจจาระรดร่วมกัน มักเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง เส้นประสาทไขสันหลังระดับกระเบนเหน็บ หรือมีปัญหาด้านสติปัญญา

- **ประวัติปริมาณน้ำดื่ม และประเภทของเครื่องดื่ม** โดยเฉพาะเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา

กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จะทำให้ปริมาณปัสสาวะมากกว่าปกติได้

- **ประวัติการใช้ยา** อาจแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

- ยาที่ใช้รักษาโรคทางกายอื่นๆ เช่น ยากลุ่ม angiotensin-converting enzymes (ACEIs), ยาที่ทำให้บวม เช่น ยากลุ่มยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs), ยากลุ่ม calcium-channel blockers และยาที่ทำให้ท้องผูก

- ยาที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว เช่น ยากลุ่มต้านอาการทางจิต (antipsychotic drugs)

- ยาที่มีผลต่อการรับรู้ เช่น ยาระงับประสาท-ยานอนหลับ (sedative and hypnotics), ยา benzodiazepines และยากลุ่ม anticholinergics เช่น ยากลุ่ม tricyclic antidepressants

- ยาที่มีทำให้เกิดกลุ่มอาการระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (lower urinary tract symptoms: LUTS) ได้แก่ ยากลุ่มขับปัสสาวะ เช่น hydrochlorothiazide ยาที่ลดความสามารถในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ เช่น ยากลุ่ม anticholinergic และ calcium channel blockers ยาที่เพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะ เช่น ยากลุ่ม alpha blocker

- **ประวัติอดีต** โดยเฉพาะประวัติการผ่าตัด ในบริเวณอุ้งเชิงกราน เช่น การผ่าตัดมดลูก การผ่าตัดต่อมลูกหมาก ประวัติทางสูติศาสตร์ในเพศหญิง เช่น ประวัติการคลอดบุตรยาก น้ำหนักของ

บุตร จำนวนบุตร อาจเป็นสาเหตุของการหย่อนตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ซึ่งทำให้เกิดภาวะ Stress incontinence ได้

- **ประวัติสิ่งแวดล้อม** เพราะอาจเป็นอุปสรรคต่อการไปเข้าห้องน้ำของผู้สูงอายุ ทำให้เกิด functional incontinence ได้<sup>7</sup>

นอกจากนี้การจดบันทึกการถ่ายปัสสาวะ (voiding diary) จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณความถี่ และช่วงเวลาที่เกิดภาวะปัสสาวะรดอย่างละเอียด ซึ่งจะทำให้แพทย์วินิจฉัยภาวะปัสสาวะ

รดได้อย่างแม่นยำ และยังช่วยให้แพทย์สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะปัสสาวะรดกับกิจกรรม หรืออาหารและเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยรับประทานได้อีกด้วย ซึ่งนำไปสู่การให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตเพื่อลดอาการปัสสาวะรดได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป<sup>3</sup> อย่างไรก็ตามการทำ voiding diary ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก<sup>12</sup> ตัวอย่างของ voiding diary แสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงตัวอย่างของ Voiding diary (ดัดแปลงจาก<sup>3</sup>)

เวลา	อาหาร		เครื่องดื่ม		กิจกรรม	ความรู้สึก	ปัสสาวะ (ไม่รด)	ปัสสาวะรด
	ชนิด	จำนวน	ชนิด	จำนวน			ปริมาณ x ครั้ง	ปริมาณ x ครั้ง
5.00 - 6.00 น.	ข้าวต้มปลา	1 ถ้วย	กาแฟร้อน น้ำเปล่า	1 แก้ว 1 แก้ว	นั่งรับประทาน	-	เล็กน้อย x 1 ครั้ง	-
6.00 - 7.00 น.								
7.00 - 8.00 น.								

**การตรวจร่างกาย** การตรวจร่างกายที่สำคัญได้แก่

- การคำนวณดัชนีมวลกาย เพราะโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้
- การประเมินสติปัญญา (cognitive function) และประเมินภาวะซึมเศร้า

- การประเมินการเคลื่อนไหว (mobility) เช่น การตรวจ timed up and go test (TUG test) หากใช้เวลาเกิน 15 วินาที บอกรับได้ว่ามีปัญหาการเคลื่อนไหว เป็นต้น

- การตรวจร่างกายระบบประสาทอย่างละเอียด โดยเน้นที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

(motor power) ของขาทั้งสองข้าง, การรับความรู้สึกที่รอบรูทวาร (perianal sensation) และรีเฟล็กซ์ bulbocavernosus (bulbocavernosus reflex)

- การคลำหน้าท้องเพื่อประเมินว่ามีภาวะปัสสาวะเต็ม (full bladder) หรือมีก้อนผิดปกติในอุ้งเชิงกรานหรือไม่
- การตรวจทางทวารหนักเพื่อตรวจดูว่ามีภาวะอุจจาระอัดแน่น (fecal impact) หรือไม่ รวมถึงประเมินขนาดของต่อมลูกหมากในเพศชายและการตรวจภายในในเพศหญิง เพื่อหาภาวะผนังมดลูกบางและอักเสบ (atrophic vaginitis), uterine prolapse, cystocele หรือ urethrocele
- Cough test คือ การให้ผู้ป่วยไอ หรือเบ่งขณะตรวจภายในเพื่อดูว่ามีปัสสาวะเล็ดออกมาทางท่อปัสสาวะหรือไม่ในรายที่สงสัยภาวะ stress incontinence<sup>3,7</sup>

### การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- การตรวจปัสสาวะทั่วไป (urinary analysis) และการเพาะเชื้อจากปัสสาวะ (urine culture) มีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการปัสสาวะกลั้นไม่ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เพิ่งมีอาการมาไม่นาน การตรวจพบน้ำตาลโปรตีน หรือเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะอาจจะบ่งบอกถึงพยาธิสภาพอื่นๆ ในทางเดินปัสสาวะซึ่งอาจเป็นสาเหตุของภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้หรือไม่ได้ก็ได้<sup>7</sup>

- การตรวจเคมีของเลือด ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาล การทำงานของไต เกลือแร่ และแคลเซียมในเลือด

- การตรวจ Postvoid residual volume (PVR) ด้วยการใส่สายสวนปัสสาวะ หรือใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonography) เป็นสิ่งที่ควรทำในผู้ป่วยที่มีปัญหาปัสสาวะกลั้นไม่ได้ทุกราย ก่อนที่จะทำการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด PVR ในคนปกติไม่ควรเกิน 50 มิลลิลิตร ในผู้สูงอายุยอมรับได้ไม่เกิน 100 มิลลิลิตร หากมีค่ามากกว่านี้ จะบ่งบอกถึงความผิดปกติในการบีบตัวของกล้ามเนื้อ detrusor หรือมีการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง<sup>13</sup> ถ้า PVR มีค่าเกิน 200 มิลลิลิตรเมื่อทำการตรวจซ้ำอีก 2 ครั้ง ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการส่งตัวผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทาง โดยทั่วไปภาวะ overflow incontinence จะวินิจฉัยเมื่อ PVR มากกว่า 400 มิลลิลิตร<sup>14</sup>

- การเอกซเรย์ช่องท้อง อาจมีประโยชน์ในรายที่สงสัยว่ามีภาวะอุจจาระเต็มในช่องท้องที่การตรวจร่างกายอาจยังวินิจฉัยได้ไม่ชัดเจน

- การตรวจทาง Urodynamic เป็นการวัดความดันในกระเพาะปัสสาวะระหว่างที่มีน้ำไหลเข้าตัวกระเพาะปัสสาวะ ขณะกำลังถ่ายปัสสาวะ อาการปัสสาวะราดขณะที่มีน้ำไหลเข้ากระเพาะปัสสาวะ และผลจากการเบ่งปัสสาวะ ไม่จำเป็นต้องทำในผู้ป่วยทุกราย ข้อบ่งชี้ในการตรวจได้แก่ผู้ป่วยที่ยังไม่ทราบการวินิจฉัยที่แน่ชัดหลังจากการซักประวัติ และตรวจร่างกายอย่างละเอียด และกรณีที่ต้องรับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขอาการปัสสาวะราด<sup>11</sup>



## แนวทางการรักษา

โดยทั่วไปภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ที่เป็นแบบฉับพลันมักหายขาดหรือดีขึ้นมากได้ หากมีการแก้ไขที่สาเหตุส่วนภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ที่เป็นเรื้อรัง มักไม่หายขาด ดังนั้นวัตถุประสงค์หลักของการรักษาจึงเป็นไปเพื่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>8</sup> ซึ่งมีหลักการพอสังเขปดังนี้

**1. หลักการทั่วไป** ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน (lifestyle intervention)<sup>3,7</sup> เช่น

- การงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน
- การไม่ดื่มสุรามากเกินไป (ในทางตรงกันข้ามถ้าดื่มสุราน้อยเกินไป ปัสสาวะที่เข้มข้นจะทำให้เกิดการระคายเคืองในกระเพาะปัสสาวะ และมีอาการปัสสาวะบ่อยได้) โดยทั่วไปหากผู้สูงอายุดื่มน้ำไม่เกิน 1.9 ลิตรต่อวัน ไม่มีความจำเป็นให้จำกัดน้ำ
- การลดความอ้วนในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกิน
- การรับประทานอาหารที่มีกากใยร่วมกับฝึกขับถ่ายให้เป็นเวลาเพื่อลดปัญหาท้องผูก จะมีส่วนช่วยลดความดันในช่องท้องซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะ stress incontinence
- การงดยาที่เป็นสาเหตุของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้
- การใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรืออุปกรณ์เสริมอื่นๆ เช่น กระบอกปัสสาวะชาย อุปกรณ์สอดใส่ช่องคลอด (pessary) ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นกับการตัดสินใจ

ใจร่วมกันกับผู้ป่วย

**2. แบ่งตามชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้** ดังนี้

- **Stress incontinence**
  - การฝึกขมิบกกล้ามเนื้อฐานกระดูกเชิงกราน (Pelvic floor exercise หรือ Kegel exercise) เป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ช่วยลดภาวะ stress incontinence อย่างได้ผล ทำได้ง่าย พยาบาลวิชาชีพทั่วไปก็สามารถฝึกสอนผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของ Taunton พบว่าการทำ pelvic floor exercise เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในผู้ป่วยหญิงอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ฝึกสอน ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้ลดลงถึงร้อยละ 68 เมื่อเทียบกับร้อยละ 5 ในกลุ่มควบคุม<sup>15</sup> วิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง คือการให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ลักษณะคล้ายกับการกลั้นผายลม หรือ ขมิบรูทวารหนัก ค้างไว้ 5-10 วินาที ชุดหนึ่ง 3-5 ครั้ง วันละ 3 ชุดอย่างต่อเนื่อง จะเห็นผลชัดเจนหลังทำไป 15-20 สัปดาห์<sup>3</sup>
  - **การรักษาด้วยยา** เช่น การใช้ครีมเอสโตเจน, ยากลุ่ม alfa-2 agonist และ duloxetine ประสิทธิภาพไม่ค่อยดี
  - **การผ่าตัด** เป็นการรักษาที่ทำให้หายขาดได้ พิจารณาเมื่อการรักษาด้วยการรักษาข้างต้นไม่ได้ผล<sup>10</sup>
- **Urge incontinence**
  - **การฝึกกระเพาะปัสสาวะ (Bladder training)** คือการเพิ่มระยะเวลาว่าง



การปัสสาวะในแต่ละครั้งที่ละน้อย โดยเริ่มจาก 1 ชั่วโมง และค่อยๆ เพิ่มครั้งละ 15-30 นาทีต่อสัปดาห์ จนได้ระยะเวลาระหว่างการปัสสาวะ 2-3 ชั่วโมง<sup>8</sup> มีรายงานว่าสามารถลด urge incontinence ได้ถึงร้อยละ 57 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม<sup>7</sup>

- **การรักษาด้วยยา** ได้แก่ ยาในกลุ่ม anticholinergic ซึ่งมีฤทธิ์ลดการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ มีประโยชน์ในผู้ป่วย urge incontinence แต่อาจมีผลข้างเคียง เช่น ปากแห้ง ท้องผูก คลื่นไส้ ใจสั่น และอาจมีผลต่อสติปัญญา (cognition) โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าใช้ในผู้สูงอายุ ตัวอย่างยา ได้แก่ oxybutynin, tolterodine<sup>10,12</sup> ส่วนในผู้ป่วย stress incontinence ยาในกลุ่ม SNRI (serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor) ได้แก่ duloxetine สามารถลดภาวะปัสสาวะเล็ดได้ประมาณร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม เชื่อว่า SNRI เพิ่ม pudendal nerve activity ส่งผลให้หูรูดท่อปัสสาวะมีความแข็งแรงและปิดได้สนิทมากยิ่งขึ้น<sup>7</sup> อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษาภาวะ stress incontinence ยังดีกว่า urge incontinence แต่มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงที่คล้ายกัน<sup>8</sup> การใช้ยาจึงควรเป็นไปด้วยความระมัดระวังโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก และถ้าหากใช้ยามา 1 เดือน อาการปัสสาวะราดโดยภาพรวมไม่ดีขึ้น แพทย์สมควรพิจารณาหยุดยานั้นเพราะผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเกิดโทษจากผลข้างเคียงมากกว่าประโยชน์จากการใช้ยาเป็นระยะเวลานาน<sup>10</sup>

- **Mixed stress and urge incontinence**

- ใช้วิธีของ stress และ urge incontinence ร่วมกัน

- **Overflow incontinence**

- **Double-voiding technique**

พยายามถ่ายปัสสาวะ 2 ครั้งเมื่อเข้าห้องน้ำครั้งหนึ่ง โดยหลังถ่ายปัสสาวะครั้งแรก ให้นั่งพักประมาณ 2-10 นาทีหรือยืนขึ้น แล้วดันท้องตนเองขึ้นมาหาคาง ก่อนจะนั่งลงพยายามถ่ายปัสสาวะอีกครั้ง

- **Crede maneuver** ใช้มือกดหน้าท้องตรงตำแหน่งยอดกระเพาะปัสสาวะ เพื่อช่วยให้ปัสสาวะออกมาได้มากที่สุด<sup>7</sup>

- **การรักษาด้วยยา** ยาในกลุ่ม cholinergic agent เช่น bethanecol มีประโยชน์ในกลุ่มที่สาเหตุมาจากการที่กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไม่ดี

- **การผ่าตัด** เช่น การทำ urethral dilatation หรือ urethrotomy ในรายที่สาเหตุเกิดจากการอุดตันทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง<sup>16</sup>

- **Functional incontinence**

- ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญา (cognition) ผู้ดูแลจะต้องคอยเตือนให้ผู้ป่วยไปเข้าห้องน้ำทุก 2 ชั่วโมง ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอาจใช้วิธีตั้งนาฬิกาเตือนให้ไปเข้าห้องน้ำ

- ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสามารถไปเข้าห้องน้ำได้โดยง่าย เช่น มีแสงไฟพอเหมาะ มีราวจับในห้องน้ำ เป็นต้น<sup>7</sup>

## สรุปภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่พบบ่อย แต่มีเพียง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่ไปพบแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แต่ละราย ต้องแยกก่อนว่าผู้ป่วยมีอาการแบบฉับพลัน หรือแบบเรื้อรัง ในรายที่มีอาการแบบฉับพลัน ให้พยายามหาสาเหตุที่สามารถรักษาให้หายขาดโดยมีหลักช่วยจำง่ายๆ คือ DIAPPERS ส่วนในรายที่มีอาการแบบเรื้อรัง ให้แยกประเภทของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ตามพยาธิกำเนิดได้แก่ stress incontinence, urge incontinence, overflow incontinence และ functional incontinence การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการแยกประเภทของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ตลอดจนหาสาเหตุของภาวะดังกล่าว การรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุนั้นเป็นไปเพื่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน การทำกายภาพบำบัด เช่น การฝึกขมิบกกล้ามเนื้อฐานกระดูกเชิงกราน (pelvic floor exercise หรือ kegel exercise) และการทำ Bladder training การให้ยา โดยเฉพาะภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้ชนิด urge incontinence และการผ่าตัดในผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีข้างต้นแล้วไม่ดีขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Hirth V, Wieland D, Dever-Bumba M. Case-based geriatrics: a global approach. New York: the Mc Graw Hill; 2012.
2. Limpawattana P, Sawanyawisuth K, Soonpornrai S, Huangthaisong W. Prevalence and recognition of geriatric syndromes in an outpatient clinic at a tertiary care hospital of Thailand. Asian Biomedicine 2011; 5:493-7.
3. Keilman LJ. Urinary incontinence: basic evaluation and management in the primary care office. Prim Care 2005; 32:699-722.
4. Bunyavejchevin S. Role of general obstetricians-gynecologists in the treatment of stress urinary incontinence in Thai woman. Thai J Obstet Gynaecol 2010; 18:145 -7.
5. Jitapunkul S, Khovidhunkit W. Urinary incontinence in Thai elderly living in Klong Toey slum. J Med Assoc Thai 1998; 81:160-8.
6. Thammakoon T, Gouwown K. Urinary Incontinence in Phitsanulok Urban Community. Buddhachinaraj Medical Journal 2008; 25:19-26.

7. Thirugnanasothy S. Managing urinary incontinence in older people. *BMJ* 2010; 341:339-43.
8. Santiago SK, Arianayagam M, Wang A, Rashid P. Urinary incontinence pathophysiology and management outline. *Aust Fam Physician* 2008; 37:106-10.
9. Helps EP. Disease of urinary system Urinary incontinence in elderly. *Br Med J* 1977; 2:754-7.
10. Frank C, Szlanta A. Office management of urinary incontinence among older patients. *Can Fam Physician* 2010; 56:1115-20.
11. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด; 2552.
12. Griebing TL. Urinary Incontinence in the Elderly. *Clin Geriatr Med* 2009; 25:445-57.
13. Gibbs CF, Johnson TM 2nd, Ouslander JG. Office Management of Geriatric Urinary Incontinence. *Am J Med* 2007; 120:211-20.
14. Tannenbaum C, Perrin L, DuBeau CE, Kuchel GA. Diagnosis and Management of Urinary Incontinence in the Older Patient. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82:134-8.
15. O'Brien J, Austin M, Sethi P, O'Boyle P. Urinary incontinence: Prevalence, need for treatment, and effectiveness of intervention by nurse. *BMJ* 1991; 303:1308-12.
16. Cardozo L. Urinary incontinence in women: have we anything new to offer? *BMJ* 1991; 303:1453-7.