

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การป้องกันและชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุวัยต้น ในจังหวัดนครปฐม

ศุภฤทธิ์ เง่งคราวิทย์ พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์อโรมปิดิกส์, อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน (สาธารณสุขศาสตร์)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

บทคัดย่อ ข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีแนวโน้มพบอุบัติการณ์ภาวะข้อเข่าเสื่อมมากขึ้นจากการที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากสถิติห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนครปฐมพบว่า การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นสาเหตุการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน อันดับ 1 ของแผนกศัลยกรรมอโรมปิดิกส์ 3 ปีติดต่อกัน ในปีงบประมาณ 2556, 2557, 2558 คือ 213, 207 และ 229 ราย ตามลำดับ การศึกษานี้เป็นแบบย้อนหลัง มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ศึกษาในชุมชนผู้สูงอายุโรงยาบาลนครปฐมด้วยการสุ่มตัวอย่าง 192 คน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 มีนาคม 2559 โดยอธิบายถึงกลไกการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อม วิธีการรักษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม เก็บตัวอย่างโดยใช้แบบประเมิน โดยใช้ Oxford Knee Score เก็บข้อมูลที่ 0, 3, 6 เดือน นำข้อมูลที่ได้ไว้เคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS version 21 ค่าสถิติจะมีนัยสำคัญเมื่อ $p < 0.05$ ผู้เข้าร่วมวิจัย 192 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง หลังจากรับโปรแกรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมอย่างจริงจัง ประเมินที่ 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่า น้ำหนักตัว ค่า BMI, รอบเอว ไม่ลดลง แต่ Oxford Knee Score ที่ 0, 3 และ 6 เดือน เป็น 35.4-36.1 และ 37.9 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น กับผู้สูงอายุวัยปลาย พบร้า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น สามารถลดน้ำหนักได้ดีกว่า รอบเอวลดลงมากกว่า ขณะที่ Oxford Knee Score เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายอย่างมีนัยยะทางสถิติทุกค่า ดังนั้นจึงควรส่งเสริมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มคนที่กำลังสู้ร้ายผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันก่อนมีภาวะข้อเข่าเสื่อม และยังสามารถลดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมอีกด้วย

คำสำคัญ: ภาวะข้อเข่าเสื่อม, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม, การออกกำลังกายที่เหมาะสม, ผู้สูงอายุวัยต้น, ผู้สูงอายุวัยปลาย

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในกลุ่มโรคกระดูกและข้อ และมีอุบัติการณ์สูงขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้น โดยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ สำหรับในประเทศไทย โรคข้อเข่าเสื่อมจัดเป็นภาระโรคที่มีความสำคัญเป็นอันดับ 6⁽¹⁾ โดยในช่วงอายุระหว่าง 60-64 ปี มีความชุกร้อยละ 22.0 และช่วงอายุระหว่าง 70-74 ปี มีความชุกร้อยละ 40.0 และแต่ละปีมี

อัตราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ร้อยละ 1.0⁽²⁾ ทั้งนี้ โรคข้อเข่าเสื่อมพบว่าเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุทั่วโลก⁽³⁾ เกิดจากการลีกของผิวข้อเข่า จากการใช้ข้อเข่าในการทำงานหนักเป็นเวลานาน เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งยองฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนั่งขัดสามาธิเป็นเวลานาน⁽⁴⁾ โดยวิถีชีวิตที่ส่งผลให้เกิดแรงกระทำต่อข้อเข่าที่มากผิดปกติ และทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การนั่งกินนอนกินและไม่ออกกำลังกาย ทำให้มีน้ำหนักเกิน วิถีชีวิตกับพื้นที่

มีการอุ่นเข่าเกิน 120 องศา วิถีการออกกำลังกายที่มีการปะทะ และอุบัติเหตุจราจรที่ทำให้มีการบาดเจ็บบริเวณข้อเข่า เช่นเดียวกับวิถีการทำงานที่ต้องยกของหนักและน้ำหนัก ร่วมกับบริบทแวดล้อมทางวัฒนธรรมไทย พุทธศาสนา และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สะพานลอย เป็นต้น⁽⁵⁾

แนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสมคือ ให้ผู้สูงอายุ-ข้อเข่าเลื่อมได้ดูแลตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ใช้ต้นทุนต่ำแต่ได้ประโยชน์สูง⁽⁴⁾ โดยให้ผู้สูงอายุ ออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเลื่อม มีประสิทธิภาพในการลดอาการปวด เพิ่มความสามารถในการใช้งานข้อเข่า⁽⁶⁾ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สามารถช่วยลดอาการปวด ลดการสูญเสียมวลของกล้ามเนื้อ และกระดูกได้ดี จึงทำให้ส่งเสริมการทำงานของข้อเข่าดีขึ้นได้⁽⁷⁾ เพิ่มความสามารถในการเดินและลดความเจ็บปวดลงได้ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุเมื่อมีอาการปวดจะไม่ขยับข้อหางที่ปวด ส่งผลให้ไม่ออกกำลังกายหรือบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อ⁽⁸⁾

จังหวัดนครปฐมมีสัดส่วนผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20.0 ทั้งนี้ในโรงพยาบาลนครปฐม ภาวะข้อเข่าเลื่อมยังเป็นสาเหตุอันดับ 1 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดในเวลาารักษาระบบทั้งหมด 2556, 2557 และ 2558 คือ 213, 207 และ 229 ราย ตามลำดับ ทั้งยังไม่มีแนวโน้มลดลง ดังนั้น หากยังไม่มีการป้องกันที่ดี ประชาชนจำนวนมากที่เข้ารับการผ่าตัดจะได้รับความเสี่ยงจากการผ่าตัด การวางยาสลบ และยังสิ้นเปลืองบุคลากรทางการแพทย์และงบประมาณในแต่ละปีจำนวนมาก ปัญหาข้อเข่าเลื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การป้องกันและช่วยเหลือการเกิดโรคข้อเข่าเลื่อมจำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ และความร่วมมือจากภาคชุมชน ในการให้ความรู้และรณรงค์ให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการกินให้สมดุล การลดน้ำหนักจะช่วยลดน้ำหนักของข้อเข่าในระยะยาว

สภาวะโรคอ้วนมีโอกาสเกิดข้อเข่าเลื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุโดยเฉพาะคนอายุมากกว่า 50 ปี ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของ inflammatory cytokine และ mechanical factor ภายในข้อเข่า⁽⁹⁾

ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรทราบถึงวิธีในการดูแลรักษาอาการข้อเข่าเลื่อมเบื้องต้นด้วยตนเอง ออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า เพื่อช่วยลดความเสื่อมของข้อเข่า และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ

วิธีการศึกษา

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุโรงเรียนบาลนศรปฐม ซึ่งมีการประชุม มีกิจกรรมร่วมกันทุกเดือนในช่วงสัปดาห์แรกของทุกเดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 มีนาคม 2559 โดยการประเมินภาวะข้อเข่าเลื่อมโดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเลื่อม (Oxford Knee Score) ซึ่งประเมินอาการของผู้ป่วย 12 ข้อ คะแนนรวม 0–48 แบล็คและแอนโธนี่คะแนน 0–19 เป็นโรคข้อเข่าเลื่อมระดับรุนแรง ควรรับการรักษาจากศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อทันที คะแนน 20–29 มีอาการโรคข้อเข่าเลื่อมระดับปานกลาง ควรปรึกษาศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเพื่อรับการตรวจรักษา คะแนน 30–39 เริ่มมีอาการข้อเข่าเลื่อมควรได้รับคำแนะนำจากศัลยแพทย์กระดูกและข้อเรื่องการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และคะแนน 40–48 ยังไม่พบอาการผิดปกติ แต่ควรตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี

ผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัยมีคุณสมบัติดังนี้

1. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงที่เป็นข้อห้ามต่อการคุณอาหาร และออกกำลังกาย

2. ไม่เป็นโรคข้อเข่าเลื่อมระยะสุดท้าย (Oxford Knee Score ≥ 19 คะแนน)

3. อายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 80 ปี

จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้สูงอายุในโรงพยาบาลนครปฐมทั้งหมด 400 คน มีคะแนน Oxford Knee Score ≤ 19 คะแนน จำนวน 31 คน คงเหลือ 369 คน และได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Taro

Yamane⁽¹⁰⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.0 คือ ยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5.0 ได้ค่าจากการคำนวณ 192 คน

กลุ่มศึกษาจำนวน 192 คน มีกิจกรรมการอบรม ซึ่งประกอบด้วย

1. อธิบายกลไกการเกิดข้อเข่าเสื่อม วิธีการรักษาตั้งแต่ไม่ใช้ยา (non pharmacological treatment) การรักษาด้วยยา การฉีดสเตียรอยด์เข้าข้อ (ในบางกรณี) รวมถึงการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลนครปฐม

2. แนวทางบริหารกล้ามเนื้อต้นขาที่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ทำให้ข้อเข่าเสื่อม เช่น การนั่งยอง โดยนักกายภาพบำบัด

3. บรรยายการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยและกิจวัตรประจำวัน การควบคุมน้ำหนัก โดยนักโภชนาการ

มีการประเมินความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมน้ำหนักตัว และดัชนีมวลกาย (แบบประเมิน Oxford Knee Score) ของกลุ่มเข้าร่วมงานวิจัยที่ 0, 3 และ 6 เดือน หากระหว่างในช่วงปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่า Oxford Knee Score ที่ ≤ 19 จะการส่งพบศัลยแพทย์-กระดูกและข้อทันที

ผลการศึกษา

กลุ่มผู้สูงอายุ เข้าร่วมการศึกษา 192 คน เป็นหญิง 141 คน คิดเป็นร้อยละ 73.4 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นร้อยละ 67.7 ระดับการศึกษา ปริญญาตรี มัธยมศึกษาตอนปลาย และประถมศึกษา 91, 49, 23 คน ตามลำดับ ภาวะพึงพิงอยู่กับครอบครัวตลอดเวลา อยู่กับคนสูงอายุด้วยกัน และอยู่กับครอบครัวแต่กลางวันอยู่คนเดียว 57, 53, 47 คน ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวที่เริ่มต้น และ 3 เดือน คือ 61.7 กิโลกรัม และ 61.4 กิโลกรัม โดยน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2 คน 152 คนเท่าเดิม 38 คนมีน้ำหนักที่ 6 เดือน มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว 60.8 กิโลกรัม พบน้ำหนักเพิ่มขึ้น 2 คน

เท่าเดิม 115 คน และ 75 คน มีน้ำหนักลดลง ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวที่ 3 เดือน และ 6 เดือนเท่ากับ 61.4 และ 60.8 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีนัยยะทางสถิติเมื่อพิจารณาอbowel ควบคู่กับค่าเฉลี่ยรอบเอวที่เริ่มต้น รอบเอวที่ 3 เดือน และ 6 เดือน ลดลงจาก 77.9 เป็น 74.5 และ 77.0 เซนติเมตรตามลำดับ แต่ไม่มีนัยยะทางสถิติสำหรับค่า BMI เฉลี่ยที่เริ่มต้น 3 เดือน 6 เดือน เท่ากับ 24.1, 24.0, 23.7 ตามลำดับไม่พบนัยยะทางสถิติเช่นกัน เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของ Oxford Knee Score ที่เริ่มต้น 3 เดือน 6 เดือน เท่ากับ 35.4, 36.1 และ 37.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2 และ 3

เมื่อพิจารณาโดยแบ่งผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60–70 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป) พิจารณาที่ 6 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวที่ลดลง ของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นลดน้ำหนักได้มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 1.05 และ 0.4 ตามลำดับ พิจารณา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	141	73.4
ชาย	51	26.6
อายุ		
60–69	130	67.7
70 ปีขึ้นไป	62	32.3
การศึกษา		
ประถมศึกษา	23	12.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	8.9
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	49	25.5
ปริญญาตรี	91	47.4
สูงกว่าปริญญาตรี	12	6.2
ภาวะพึงพิง		
อยู่คนเดียว	35	18.2
อยู่กับครอบครัวแต่กลางวันอยู่คนเดียว	47	24.5
อยู่กับคนสูงอายุ	53	27.6
อยู่กับครอบครัวตลอดเวลา	57	29.7

ค่าเฉลี่ยของ BMI ที่ลดลง ของทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่ม-ผู้สูงอายุวัยต้น มีการลดลงของ BMI มากกว่ากลุ่ม-ผู้สูงอายุวัยปลายอย่างมีนัยยะทางสถิติที่ 0.41 และ 0.16 ตามลำดับ พิจารณารอบเอวที่ลดลงที่ 6 เดือน พบรกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมีรอบเอวที่ลดลงมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัย-ปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 1.1 และ 0.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณา ค่า Oxford Knee Score พบรกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น มี ค่าเฉลี่ยของ Oxford Knee Score ที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย อย่างมีนัยยะที่ 3.80 และ 2.40 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ภาวะข้อเข่าเสื่อม เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการผ่าตัดอันดับต้น ๆ ของผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลนครปฐม เป็นอันดับ 1 ของการผ่าตัดปีงบประมาณ 2556, 2557 และ 2558 อีกทั้งยังไม่มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การผ่าตัดแต่ละครั้งถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ บางครั้งต้องวางแผนยาสลบ ใช้เวลา ผ่าตัดเฉลี่ย 93.9 นาที เสียเลือดหลังผ่าตัดเฉลี่ย 750 ลบ.ซม⁽¹¹⁾

ในประเทศไทยมีประชากร 1 ใน 3 น้ำหนักเกิน เมื่อประเมินด้วยดัชนีมวลกาย ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$) ยังพบว่าความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของข้อเข่าเสื่อม⁽¹²⁾ และ

วิจารณ์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมดระหว่างเริ่มโครงการ และ 3 เดือนด้วย Pair sample t-test

ข้อมูล	เริ่มต้น	3 เดือน	p-value
ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว (กก.)	61.7 ± 14.8	61.4 ± 14.5	0.18
ค่าเฉลี่ยรอบเอว (ซม.)	77.9 ± 15.1	74.5 ± 14.9	0.08
ค่าเฉลี่ย BMI	24.1 ± 6.18	24.0 ± 6.18	0.36
Oxford Knee Score	35.4 ± 6.4	36.1 ± 6.2	0.03

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลเริ่มต้นของผู้เข้าร่วมโครงการ และ 6 เดือน หลังเข้าโครงการ โดยใช้ Pair sample t-test

ข้อมูล	เริ่มต้น	6 เดือน	p-value
ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว (กก.)	61.7 ± 14.8	60.8 ± 14.3	0.09
ค่าเฉลี่ยรอบเอว (ซม.)	77.9 ± 15.1	77.0 ± 14.7	0.06
ค่าเฉลี่ย BMI	24.1 ± 6.18	23.7 ± 6.0	0.14
Oxford Knee Score	35.4 ± 6.4	37.9 ± 6.1	0.01

ตารางที่ 4 น้ำหนักตัว ค่า BMI รอบเอว และ Oxford Knee Score ระหว่างผู้สูงอายุรุ่งเรืองและระยะปลาย เปรียบเทียบที่ 6 เดือน ด้วย Independent sample t-test

ข้อมูล	อายุ				p-value	
	60-69		70 ปีขึ้นไป			
	mean	SD	mean	SD		
น้ำหนักตัวที่ลดลง ณ 6 เดือน	1.05	1.48	0.44	0.96	<0.01	
BMI ที่ลดลง ณ 6 เดือน	0.41	0.55	0.16	0.31	<0.01	
รอบเอวที่ลดลง ณ 6 เดือน	1.11	1.57	0.38	0.75	<0.01	
Oxford knee score ที่เพิ่มขึ้น ณ 6 เดือน	3.80	3.60	2.40	4.33	<0.01	

ภาวะข้อเข่าเลื่อนทำให้ออกกำลังกายได้น้อยลง เป็นผลให้คุณน้ำหนักยกขึ้นด้วย นอกจากนี้ การผ่าตัดในคนอ้วนยังมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าคนผอม ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ปอด และปัญหาของแผลผ่าตัดที่หายช้ากว่าปกติ⁽¹³⁾

ดังนั้น การควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อเผาผลาญแคลอรี่ที่มีอยู่ในร่างกายโดยเฉพาะไขมัน ทำให้ไขมันสะสมบริเวณร่างกาย ส่วนบนและหน้าท้องลดมากกว่าไขมันที่สะสมที่สะโพกและต้นขา โดยการออกกำลังกาย ชัพจารควรอยู่ในช่วงร้อยละ 60.0–70.0 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดต่อเนื่อง 20–30 นาที โดยสามารถออกกำลังกายวันเว้นวันหรืออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุวัยต้นสามารถเพิ่ม knee score ลดน้ำหนัก ลดระยะเวลาอุบลฯได้ดีกว่า กลุ่มอายุเกิน 70 ปี หรือผู้สูงอายุวัยปลายอย่างมีนัยสำคัญทุกข้อ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้มีการคัดกรองข้อเข่าเลื่อนในผู้สูงอายุทุกราย โดยยิ่งคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อาจเริ่มที่ 50 ปี ที่ยังไม่มีพยาธิสภาพ ความเสี่ยงของข้อเข่าเลื่อนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้องก่อนมีภาวะเข่าเลื่อน ทั้งนี้ยังช่วยในเรื่องของการป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดจากพฤติกรรมได้ เช่น เบาหวานไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดหัวใจที่เป็นต้น ปัจจุบันมีกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุมากมาย ดังนั้น ควรมีการสอดแทรกกิจกรรมนี้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้มีการกระจายสู่ผู้สูงอายุทุกรายแม้จะไม่ได้อยู่ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุมีส่วนในการดูแลตนเองและป้องกันโรคได้ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ มีความสุขมากขึ้น และควรมีการกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกๆ เดือน ในทุกๆ เวทีผู้สูงอายุ และมีการแปลผลอย่างสมำเสมอทุก 3 เดือน

สรุป

ควรมีการจัดโปรแกรมให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม ให้กับผู้สูงอายุทุกราย โดยกระจายผ่านช่องทางต่างๆ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ มีการประเมินเป็นระยะๆ โดยควรขยายไปสู่กลุ่มวัยทำงานที่ยังไม่มีพยาธิสภาพของโรค เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีปลดโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- Bundhamcharoen K, Odton P, Phulkerd S, Tangcharoensathien V. Burden of disease in Thailand: changes in health gap between 1999 and 2004. BMC Public Health 2011;11:59–62.
- Joern WP, Michael, Klaus U. Schlueter-Brust, Peer E. The epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment of osteoarthritis of the knee. Dtsch Arztbl Int 2010;107: 152–62.
- Koolvisoot A. Arthritis: what should be done after the year of bone and joint decade? Siriraj Medical Journal 2010;62:226–7.
- สุชิตา ปักสังคเน, อุดมศักดิ์ มหาเวรัตน์, ปิติ ทั้งไพศาล. การประยุกต์ใช้ทุกภูมิปัญญาการดูแลตนเองต่อการลดความเจ็บปวด และความพึงพอใจของผู้สูงอายุข้อเข่าเลื่อน. วารสารวิจัย นข 2554;1:1–10.
- ภัทรวนย์ วรอนารัตน์. วิถีชีวิตกับโรคข้อเข่าเลื่อน. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; ม.ป.ป.
- ศุนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสัจวันเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลตนเอง โรคข้อเข่าเลื่อน ฉบับการวางแผนสำนักผู้ป่วยสูงอายุ โรคข้อเข่าเลื่อนโดยสหสาขาวิชาชีพ. กรุงเทพมหานคร: บีคอนด์ พับลิลสชิ่ง; 2554.
- Iwamoto J, Takeda T, Sato Y. Effect of muscle strengthening exercises on the muscle strength in patients with osteoarthritis of the knee. The Knee 2007;14:224–30.
- Hooper MM, Maskowitz RW, Osteoarthritis : Clinical presentations. In: Moskowitz RW, Altman RD, Hochberg MC, Buckwalter JA, Goldberg VM. editors. Osteoar-

- thritis: diagnosis and medical/surgical management. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p 139–44 .
9. Nicolella DP, O'connor MJ, Enoka RM, Boyan BD, Hart DA, Resnick E., et al. Mechanical contributors to sex differences in idiopathic knee osteoarthritis. *Biol Sex Differ* 2012;3:28.
10. Yamane T. Statistics an introductory analysis, 3rd ed. Singapore: Times Printers; 1973.
11. Leon VJ, Lengua MA, Calvo V, Lison AJ. Use of patient-specific cutting blocks reduces blood loss after total knee arthroplasty. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2017; 27:273–7.
12. Lievense AM, Bierma-Zeinstra SM, Verhagen AP, van Baar ME, Verhaar JA, Koes BW. Influence of obesity on the development of osteoarthritis of the hip: a systematic review. *Rheumatology* 2002;41:1155–62.
13. Winiarsky R, Barth P, Lotke P. Total knee arthroplasty in morbidly obese patients. *J Bone Joint Surg Am* 1998; 80:1770–4.

Abstract: Prevention and Postponement of the Early Elderly from Osteoarthritis Knee in Nakhon Pathom Province

Supparit Hengkrawit, M.D., Thai Board of Orthopaedics, Thai Board of Preventive Medicine (Public Health)

Samutsongkhram Public Health Office, Samut Songkram Province, Thailand

Journal of Health Science 2017;26:105–10.

Osteoarthritis (OA) knee is the common problem in global population especially in elderly, and the incidence are increasing in Thailand, because of Thailand is going to aging society. According to the surgery operation statistics of Nakhon Pathom Hospital, total knee replacement is the first top elective surgery in Orthopedic Department for 3 consecutive years, 2013, 2014, 2015, found 213 patients, 207 patients, and 229 patients respectively. Therefore, it results in the effort to prevent and postpone osteoarthritis in the elderly, which explain the mechanism of the symptom, treatment, and suggestion of self-care to the elderly in the elderly club of Nakhon Pathom Hospital so they can take care of themselves. The retrospective study, in the elderly club of Nakhon Pathom Hospital including 192 samples, from 1 October 2015 – 30 March 2016, collected data by general information evaluation and factors caused Osteoarthritis evaluation including the evaluation of Osteoarthritis. The data collection was applied with Oxford Knee Score storing as data 0, 3, 6 months, statistically analyzed with SPSS version 21, with statistical significance at $p<0.05$. The 192 participants have learned and behavior modification, proper intake and exercise, after the program and according to the analysis of month 3, and month 6, weight, BMI and waist circumference of the participants do not reduce while Oxford Knee Score is better, 35.4, 36.1 and 37.9 from the start, month 3 and month 6 with statistical significance. Comparing the elderly between early elderly group and late elderly group, the early elderly group can reduce weight and waist circumference better while their Oxford Knee Score also increases more than another period with statistical significance. Therefore, they should enter the program to prevent Osteoarthritis and the other human behavior diseases.

Key words: osteoarthritis knee, total knee replacement, appropriate exercise, early elderly group, late elderly group