

ภาควิชาปัลสโนว์แล็ด

อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์* วท.บ (พยาบาลและผดุงครรภ์)
Jiranuch Rungruengsilp, B.H. Surgical Supplement, 3 (2)

บทคัดย่อ: ผู้สูงอายุพบว่ามีภาวะปัสสาวะเดือดร้อนขณะ 15-35 พนในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพและสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น ความไม่สมดุลย์ของฮอร์โมน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกราน เนื่องจากต่อมลูกหมาก โรคของระบบประสาท ร่วมกับการที่มีปัจจัยส่งเสริม เช่น บางชนิด การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ท้องผูก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเครียด การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ตั้งนั้นการซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษอื่นๆเป็นสิ่งสำคัญ การรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ภาวะปัสสาวะเดือดของผู้สูงอายุที่ซึ่น จึงต้องอาศัยการรักษาเชิงพฤติกรรม การให้ยาติดและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง การให้กำลังใจ การเปิดโอกาสให้ชักดามข้อสงสัย และติดตามแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ : ปัลส์สวะเล็ค ผู้สูงอายุ

ภาวะปั๊สสาวะเลือดหมายถึง การที่มีปั๊สสาวะเลือดออกมากโดยที่ควบคุมไม่ได้ หรือไม่ได้ตั้งใจที่จะถ่ายปั๊สสาวะ ในหลาย ๆ ประเทศมีประชาชนที่มีภาวะปั๊สสาวะเลือดนี้ แต่ถูกกล่าวหา หรือไม่คิดว่าเป็นปัญหา เพราะ คิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ พบร่างกายที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีภาวะปั๊สสาวะเลือดได้ร้อยละ 15-35^{1,2} ซึ่งในจำนวนนี้ผู้หญิงจะพบได้เป็น 2 เท่าของผู้ชาย³ จากตัวเลขเหล่านี้ทำให้มีบางคนเข้าใจ ภาวะปั๊สสาวะเลือdnี้ มักจะเกิดกับผู้สูงอายุ แต่จริงๆ แล้วมีสาเหตุมาจากการปัจจัย ซึ่งพยายามลดภาระด้วยการลดปริมาณสภาวะของผู้ป่วยให้ได้ ภาวะปั๊สสาวะเลือดที่เกิดขึ้นนั้นมี

ปัจจัยอะไรบ้างที่มาเกี่ยวข้อง จึงจะให้การดูแลได้ถูกต้องต่อไป

ก่อไข่ของกรรมการค้นปีศาจ

กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะเป็นกล้ามเนื้อเรียบ ข้อนกันไปมาจนไม่สามารถแยกออกเป็นชั้นๆ ได้ นอกจากที่ตัวแหง膀胱 outlet ซึ่งแยกออกเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นในเรียงตามยาว ชั้นกลางเรียงเป็นวงกลม และชั้นนอกเรียงตามยาว กล้ามเนื้อจากกระเพาะปัสสาวะ นอกจากชั้นกลาง จะต่อลงมาเป็นกล้ามเนื้อของท่อปัสสาวะของผู้หญิงเกือบทั้งหมด กล้ามเนื้อชั้นในจะเรียงตัวตามยาว ส่วน

* ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขั้นนอกเรียงตัวแบบ semicircular ซึ่ง Tanagho⁴ เรียกว่าเป็น sling fibers และเชื่อว่าไม่มีกล้ามเนื้อ บริเวณนี้ที่เรียงตัวเป็นวงกลม และเป็นหูรูดจริงๆ นอกจาก sling fibers นี้ ห่อปัสสาวะส่วน membranous ของผู้ชาย ประกอบด้วยกล้ามเนื้อเรียน และ intrinsic rhabdosphincter ร่วมกับกล้ามเนื้อ ลายจากอุ้งเชิงกราน จะทำหน้าที่เป็นหูรูดส่วนนอก (external or distal sphincter) โดยปกติ bladder neck (internal or proximal sphincter) จะปิดอยู่ เสมอและจะเปิดเมื่อมีการนีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ ในขณะที่ถ่ายปัสสาวะเท่านั้น และจะทำงานสอดคล้องกันเช่นนี้เรียกไป

การศึกษาทาง urodynamics พบว่า ใน คนปกติไม่ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงทำทางอย่างไร เช่น ลูกชิ้นนั้น ยืน เดิน หัวเราะ ไอ จำยลย จะ ทำให้ความดันในช่องท้อง เพิ่มขึ้นได้ และจะทำให้ ความดันในกระเพาะปัสสาวะ (intravesical pressure) เพิ่มขึ้นตามไปด้วย แต่ความดันของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (detrusor pressure) ก็ยังคงที่ไม่เปลี่ยน แปลง และในขณะเดียวกันจะพบว่าความดันในห่อปัสสาวะจะสูงตามขึ้นไปด้วย⁵ ดังนั้นทราบได้ว่า ความดันในห่อปัสสาวะเท่ากับหรือมากกว่าความดัน ในกระเพาะปัสสาวะแล้ว ปัสสาวะจะไม่มีทางเล็ดออกจากห่อปัสสาวะได้เลย

สาเหตุของภาวะปัสสาวะเล็ด

ในการคลินิกแบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ คือ

1. Transient urinary incontinence (acute urinary incontinence) เกิดภาวะปัสสาวะเล็ดชั่ว

กันที่กันได โดยมีปัจจัยอื่นส่งเสริมให้เกิดร่วมด้วย เช่น การได้รับยาบางชนิด การติดเชื้อ และเมื่อ ปัจจัยส่งเสริมนี้หมดไป ภาวะปัสสาวะเล็ดนี้ก็สามารถ หายไปได้เอง

ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะปัสสาวะเล็ด นี้รวมเรียกชื่อย่อว่า DIAPPERS⁶ ซึ่งประกอบด้วย

D = Delirium

I = Infection of the urinary tract

(systemic or acute symptomatic)

A = Atrophic vaginitis/urethritis

P = Pharmacologic agents (diuretics, sedatives/hypnotics)

P = Psychological factors (depression)

E = Endocrine disorders

(hyperglycemia)

R = Restricted mobility/urinary retention

S = Stool impact

2. Established urinary incontinence (persistent urinary incontinence) เพื่อความเข้าใจ ที่ง่ายและตรงกัน International Continence Society ได้จำแนกออกเป็น 4 ชนิด คือ⁷

2.1 Stress urinary incontinence (SUI)

คือการที่มีปัสสาวะเล็ดออกมาเมื่อ ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น (abdominal pressure) โดยไม่มีการนีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (detrusor muscle) หรือมีการยืดตัวของกระเพาะ ปัสสาวะมากผิดปกติ (overdistension) ภาวะปัสสาวะ เล็ดนี้จะตรวจพบเมื่อมีกิจกรรมทางกาย เช่น ไอ จำย วิ่ง ยืน ลุกชิ้นนั้น เป็นต้น

สาเหตุของการเกิด SUI สืบเนื่องมาจากการอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานได้รับการพยุงและยึดไว้โดยกล้ามเนื้อจาก pelvic diaphragm รวมทั้ง ligaments ต่างๆ ในผู้ชายกล้ามเนื้อและ ligaments เหล่านี้จะแข็งแรง แต่ในผู้หญิงจะขาดความแข็งแรงได้จาก การคลอดบุตร น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นทำให้ห่อปัสสาวะและ bladder neck เปลี่ยนตำแหน่งไปจากเดิม ในขณะเดียวกันเกิดความบกพร่องของตัวห่อปัสสาวะเอง ซึ่งทำให้เป็นหруดของ หรือ อิทธิพลจากฮอร์โมน estrogen ถ้าขาดฮอร์โมนตัวนี้จะเกิด mucosa atrophy ทำให้ห่อปัสสาวะปิดไม่สนิท ทำให้ความดันในห่อปัสสาวะลดลงภาวะ RBI ในผู้ชายเกิดจาก การทึบกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะทำงานไม่ล้มเหลว กับหูด (insufficiency sphincter dyssynergia = ISD) ซึ่งมีสาเหตุมาจาก meningomyelocele, sacral cord lesion การหายรังสี การผ่าตัด สำหรับผู้หญิงก็อาจพบได้บ้าง

2.2 Urge incontinence

คือการที่มีปัสสาวะเล็ดออกมาก่อนร่วมกับการอยากร่ายปัสสาวะอย่างรุนแรงเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะบีบตัวขึ้นมาเองโดยไม่สมัครใจ ทั้งๆ ที่ปัสสาวะยังไม่เต็มกระเพาะปัสสาวะ ลูกชิ้นมาปัสสาวะตอนกลางคืน (nocturia) ปัสสาวะดีก่อนนอน (enuresis) นอกจากนี้อาจเกิดจากการคลายตัวขึ้นมาเองของห่อปัสสาวะ (urethral instability) ทั้งๆ ที่ไม่ได้มีการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะจึงเล็ดออกมากได้ (sensory urge incontinence)

สาเหตุเกิดจากโรคของระบบประสาท (neurological disease) ปกติการทำงานของกระเพาะ

ปัสสาวะและหูด อยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาท ตั้งนั้นถ้ามีความผิดปกติของ cardiovascular accident, head injury, multiple sclerosis, parkinsonism เนื่องอกในสมอง และ spinal cord lesions ซึ่งขนาดความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสาเหตุนั้นๆ ด้วย หรือเกิดการอุดตันในห่อปัสสาวะ ในผู้ชายที่มี prostatism จะพบว่ามีภาวะของปัสสาวะเล็ดสูงกว่าร้อยละ 50% แต่ไม่มีข้ออธิบายให้ชัดเจนว่า ทำไมการอุดตันในห่อปัสสาวะจึงทำให้กระเพาะปัสสาวะบีบตัวผิดปกติได้ (instability) ในผู้หญิงสูงอายุที่มี senile urethritis จากฮอร์โมน estrogen ที่เปลี่ยนแปลงไป หรือห่อปัสสาวะอักเสบจากสาเหตุต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่าอีกสาเหตุหนึ่งที่เกี่ยวข้องคือ psychosomatic disorders เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัว การทำงาน การร่วมเพศ ความเจ็บป่วยอื่นๆ ฯลฯ

2.3 Overflow incontinence

คือการที่มีปัสสาวะเล็ดออกมาก่อนร่วมกับมีการยืดตัวของกระเพาะปัสสาวะมากผิดปกติ (overdistension) ทั้งที่ไม่ได้มีการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะเลย หรือกระเพาะปัสสาวะบีบตัวได้ไม่ดี (underactive bladder) ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะเล็ดออกมากเกือบทั้งวันทั้งคืน ผู้ป่วยจะเกิดความรำคาญ เพราะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์จะเปียกชื้นอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีประวัติว่าเมื่อปัสสาวะแล้ว มีปัสสาวะเหลือค้าง (post-voided residual)

สาเหตุของการอุดตันในผู้ชายส่วนใหญ่เกิดจากเนื้องอกของต่อมลูกหมาก หรือห่อปัสสาวะตีบ ฯลฯ ในผู้หญิงพบได้บ้าง ในผู้ป่วยที่มี

อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์

uterine prolapse ขันรุนแรง หรือ กำผ่าตัดแก้ไข
ปัสสาวะเสิดมาแล้วหล้ายๆ ครั้ง

2.4 Reflex incontinence

คือการที่มีปัสสาวะเล็ดออกมากโดยที่กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะบีบตัวขึ้นมาเองโดยไม่ได้ตั้งใจ (bladder instability) ซึ่งผู้ป่วยมีความต้องการอย่างปัสสาวะอย่างรุนแรงเหมือน urge incontinence เพราะมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (bladder spasm) เนื่องจากความผิดปกติของ reflex activity ของไขสันหลังเหนือ sacral micturition center

การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

การซักประวัติการตรวจร่างกายให้ละเอียด
จะช่วยจำแนกประเภทภาวะปัสสาวะเล็ดเพื่อบอก
แนวทางในการพยาบาลได้พอสมควร โดยอาจไม่
ต้องพึงการตรวจนิจฉัยที่ยุ่งยากและสิ้นเปลืองอีนໆ
เช่น คนไข้มีปัสสาวะเล็ดเฉพาะเวลาไจามเท่านั้น
แต่ไม่มีอาการปัสสาวะบ่อย หรือลูกน้ำปัสสาวะ
ตอนกลางคืน (nocturia) หรือ เวลาปวดต้องรีบ
เข้าห้องน้ำทันที (urgency) น่าจะเป็น pure stress
incontinence แต่ถ้ามีอาการดังกล่าวร่วมด้วยอาจ
มีการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะที่ผิดปกติ (detrusor
instability) เพราะมีโอกาสพบได้ร้อยละ 50%

การซักประวัติจะต้องมุ่งไปถึงลักษณะของปั๊สสาวะที่เลือดออกมาก และปั๊จจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการเช่นนั้น ระยะเวลาที่มีปั๊สสาวะเลือด และจำนวนปั๊สสาวะที่เลือดออกมากานบอยเพียงไรปั๊สสาวะออกมากเป็นหยดๆ หรือ ออกมากเป็นลำพัง ในกรณีที่ใช้

ผู้ช่วยให้ความถึงจำนวนที่ใช้ในบางครั้งอาจใช้วิธี pad testing เพื่อวัดปริมาณของปัสสาวะที่เลือดออกมา โดยให้ต้มน้ำจำนวนหนึ่งแล้วทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ยืน รีบ ไอ จำ ลูกชิ้นนั่ง (การเปลี่ยนท่าทาง) หลังจากนั้นจึงเอาผ้าไปซับน้ำหนัก ก็จะทราบปริมาณของปัสสาวะที่เลือดออกมา ซึ่งจะบ่งบอกความมากน้อยของอาการได้ ประวัติอื่นๆ ที่ต้องขักถ่าน คือ ปัสสาวะบ่อยในช่วงกลางวันหรือกลางคืน ความเร่งรีบในการถ่ายปัสสาวะเมื่อปิดปัสสาวะต้องเบ่งหรืออ่อนนุ่ม หรือไม่ หลังจากปัสสาวะไปแล้วยังมีความรู้สึกปวดปัสสาวะอีกหรือไม่และเมื่อต้องการถ่ายปัสสาวะไม่สามารถถ่ายได้ออก ปัสสาวะเป็นเลือดหรือประวัติการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะฯลฯ รวมทั้งประวัติของการผ่าตัดซ่องท้อง ซ่องคลอด ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบประสาท ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด การได้รับอุบัติเหตุต่ออวัยวะสืบพันธุ์ และระบบประสาท ประวัติการรับประทานยา (ยาที่แพทย์สั่ง และการซื้อยารับประทานเอง) นอกจากนี้ การถ่ายถึงการยอมรับของผู้ป่วยและถูกต้องต่อการเกิดปัสสาวะเลือด การรับทราบวิถีชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น ความสะอาดของบ้านในการเข้าห้องน้ำหรือสิ่งอำนวยความสะดวกในห้องน้ำ ฯลฯ

การตรวจร่างกายที่สำคัญ คือ การตรวจบริเวณช่องท้องว่ากระเพาะปัสสาวะมีการยึดขยายตัวมากผิดปกติ หรือคลำก้อนอื่นๆ ได้หรือไม่ และการวัดจำนวนปัสสาวะที่ตกค้างหลังถ่ายปัสสาวะทันทีด้วย (*post-voided residual = PVR*) ถ้ามากกว่า 100 มิลลิลิตร น่าจะบ่งชี้ถึงการอุดตัน

ภาวะบีบหัวะเฉื่อย

หรือ กล้ามเนื้อกระเพาะมีความอ่อนแรงในการบีบตัว⁶ สำหรับผู้หญิงให้ตรวจดูบริเวณอวัยวะสีบพันธุ์ด้วย ด้าแห่งปัสสาวะเปิดของรูก่อปัสสาวะ (urethral meatus) ซึ่งในผู้สูงอายุอาจจะอยู่ใกล้หรือคล้ายต่ำลงไปในช่องคลอด เพราะความหย่อนของกล้ามเนื้อในอุ้ง เชิงกราน ความผิดปกติอื่นๆ ที่อาจพบได้ คือ เนื้องอก (polyps) การอักเสบบวมแดง หรือตึงเนื้อที่ปัสสาวะ ก่อปัสสาวะ (caruncle) ทั้งหมดนี้จะทำให้เกิดความระคายเคืองขณะถ่ายปัสสาวะได้ แต่ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นสาเหตุของการเกิดปัสสาวะเล็ด ช่องคลอด จะแห้งหรือขาดความชุ่มชื้น เพราะระดับของฮอร์โมน estrogen ลดลง ควรได้รับการตรวจภายใน หรือดูว่าอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนหรือไม่ และเป็นมากน้อยเพียงใด โดยใส่ speculum ให้กดเฉพาะช่องคลอด ด้านหลังไว้แล้วให้คนไข้เบ่ง หรือไอ เพื่อดูว่า หูรุดและก่อปัสสาวะเคลื่อนลงมาเพียงใด ขั้นตอนไปทำการ provocative stress test ให้ผู้ป่วยไอแรงๆ เมื่อนอนอยู่ในท่า lithotomy ในขณะที่มีน้ำปัสสาวะอยู่เต็มกระเพาะปัสสาวะ แต่ไม่ต้องถึงกับปวดมากจนทนไม่ไหวถ้าไอแล้วปัสสาวะเล็ดออกมากทันที น่าจะเป็น SUI แต่ถ้าต้องรอสักครู่จึงเล็ดออกมาแสดงว่าอาจเกิดจาก detrusor instability ก็ได้ ต่อจากนั้นให้ทำการ bonney test¹⁰ โดยการสอดนิ้วเข้าไปในช่องคลอดเพื่อยก bladder neck ขึ้น ให้ผู้ป่วยไออีกครั้งว่ายังคงมีปัสสาวะเล็ดอีกหรือไม่ แต่ทั้งนี้ต้องระวังไม่ให้นิ้วไปกดท่อปัสสาวะซึ่งจะทำให้ผลผิดพลาดได้ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยยืนแยกขาบนผ้าสะอาด ให้ไอแรงๆ อีกครั้ง เพื่อดูว่ามีปัสสาวะเล็ดลงมาเป็นผ้าอีกหรือไม่ และการตรวจทาง

ทวารหนัก โดยใช้นิ้วสอดเข้าทางทวารหนักให้ผู้ป่วยข่มบกัน เพื่อศึกษาความแข็งแรงของหูรุดและกล้ามเนื้อ

สำหรับผู้ชายให้ตรวจอวัยวะสีบพันธุ์ภายนอก บริเวณปัสสาวะเปิดของรูก่อปัสสาวะ (urethral meatus) การตรวจทางทวารหนัก เพื่อคุ้ว่าต่อมลูกหมากโตหรือไม่ ปกติจะมีผิวเรียบมีความตึงตัวและมีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1.50 นิ้ว ซึ่งถ้าตรวจพบว่าผู้ป่วยมีต่อมลูกหมากโตอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอุดตันที่ก่อปัสสาวะ ต้องเบ่งและใช้เวลานานกว่าจะถ่ายปัสสาวะออก ปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะเวลาลากกลางคืน

การตรวจวินิจฉัย

นอกเหนือจากการตรวจพื้นฐาน เช่น การตรวจเสือดและการตรวจปัสสาวะแล้วยังมีการตรวจพิเศษอื่นๆ หลายอย่าง เพื่อช่วยในการวินิจฉัย และวางแผนทางการรักษาพยาบาลให้ได้ผลดียิ่งขึ้นคือ

1. การตรวจทางยูโรไดนามิกส์ ผู้ป่วยที่มีปัสสาวะเล็ดและยังวินิจฉัยได้ไม่ชัดเจน หรือเคยรับการรักษาไปแล้วแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ ควรได้รับการตรวจทางนี้ ประมาณร้อยละ 10-30 ของผู้หญิงที่มี SUI จะมี detrusor instability^{11,12} ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มี urge incontinence ร่วมกับ SUI และไม่สามารถแยกออกจากกันได้โดยอาศัยประวัติอย่างเดียว

2. การตรวจทางรังสีวิทยาในโรงพยาบาล รวมอิบดีมีการตรวจที่เรียกว่า colpocystourethrogram (CCU) ซึ่งสามารถแสดงภาพของกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะและ ช่องคลอดได้พร้อมๆ

กัน ภาพที่แสดงให้เห็นมี 4 ลักษณะ คือ ลักษณะพัก ไอ กำลังปัสสาวะ และถ่ายปัสสาวะ การตรวจนี้เป็นหลักฐานยืนยันว่ามีการหย่อนประสิกหิวภาพของการช่วยพยุงของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างหรือไม่ ซึ่งจะช่วยให้แพทย์ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาต่อไป

3. Endoscopy ผู้ป่วย SUI โดยทั่วไปไม่ต้องส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (cystourethroscopy) นอกจากจะแสดงสัญญาณความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย สำหรับผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดไปแล้วไม่ตื้นควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม หรือผู้ชายที่มีปัสสาวะเล็ดต่อเนื่อง หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากไปแล้ว ควรนำไปส่องกล้องเพื่อตรวจดูว่ามีการอุดตันอยู่หรือไม่

การรักษาพยาบาล

ภาวะปัสสาวะเล็ดไม่มีอันตรายต่อร่างกายโดยตรง ดังนั้นขอบเขตการรักษาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเป็นสำคัญ พยาบาลจึงเป็นผู้มีหน้าที่ที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเองและปฏิบัติตามแผนการรักษาดังนี้

1. การรักษาเชิงพฤติกรรม (behavioral therapy) การรักษาวิธีนี้เป็นการรักษาที่ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อยและไม่มีผลข้างเคียง แต่ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจ และอดทน รวมทั้งให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จึงจะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น

1.1 Stress urinary incontinence การบริหารกล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกราน (pelvic floor exercise = kegel exercise)¹³ ดังนี้

ทำที่ 1: ให้ผู้ป่วยกลืนปัสสาวะขณะกำลังถ่ายปัสสาวะทำให้กล้ามเนื้อ ด้านหน้า (anterior muscle) ของ pelvic muscle แข็งแรง

ทำที่ 2: ขึ้นบันได ทำในท่านั่ง หรือยืน กีตี้ ทำให้กล้ามเนื้อด้านหลัง (posterior muscle) ของ pelvic muscle แข็งแรงขึ้น

ทำที่ 3: ขึ้นบันไดและ ซ่องคลอดช้าๆ นับ 1-4 (นับช้าๆ) แล้วคลายกล้ามเนื้อลงทำซ้ำนี้ 4 ครั้ง/ชั่วโมง ทำนี้ช่วยควบคุมการทำงานของ pelvic muscle และทำให้หุรุดคลายตัวขณะกำลังถ่ายปัสสาวะ

ทำที่ 4: sit-up พร้อมทั้งเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องสำหรับควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยบางรายอาจใช้ vaginal cone ร่วมกับการบริหารในทำดังกล่าวด้วย ทำภายในระยะเวลา 3 เดือน¹³ ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้น สำหรับผู้ชายที่มี SUI หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก สามารถบริหารและจะทำให้อาการดีขึ้นในระยะเวลา 8-12 สัปดาห์ไปแล้ว¹⁴

การควบคุมน้ำหนักเป็นสิ่งสำคัญ เพราะความอ้วนจะไปเพิ่มความดันในช่องท้อง อาหารที่ควรรับประทานจึงไม่ควรมีแป้ง น้ำตาล และไขมันมากเกินไป นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และกาแฟ เนื่องจากจะไปกระตุ้นการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ

ในการถ่ายปัสสาวะเล็ดออกมาก่อนหากให้ใช้ผ้าอนามัยรองรับน้ำปัสสาวะที่เล็ดออกมาก หรือเตรียมชุดชั้นในไว้เปลี่ยนได้ตลอดเวลา เพื่อป้องกันกลิ่นของน้ำปัสสาวะและสามารถเข้าสังคม

ได้อย่างมั่นใจ

1.2 Urge incontinence ผู้ป่วยมักมีอาการของ Bladder instability ร่วมด้วย เช่น การปัสสาวะบ่อย เร่งรีบและปัสสาวะตอนกลางคืน ฯลฯ วิธีที่ดีที่สุดและไม่ยุ่งยากซับซ้อน คือการฝึกฝนกระเพาะปัสสาวะ (bladder drill) พยายามควบคุมอิจฉาให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาระการถ่ายปัสสาวะที่เป็นปกติเสียก่อน หลังจากนั้นจึงพยายามกลั้นการถ่ายปัสสาวะถึงแม้จะมีความรู้สึกอย่างถ่ายก็ตามโดยให้ช่วงห่างของการถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง (diurnal micturition interlude) ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด การฝึกฝนต้องอาศัยความอดทนทำไปเรื่อยๆ จนกลายเป็นความเคยชิน¹⁵

การทำ Kegel exercise ในผู้ป่วยเหล่านี้ ทำให้ความดันในห้องปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น (intraurethral pressure) ทำให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะได้นานขึ้น

อาหารที่ผู้ป่วยควรดื่ม 宣告 และก่อขอส์ และ caffeine รวมทั้งปริมาณน้ำดื่มน้อยลงในแต่ละช่วงเวลา ของแต่ละวัน ไม่ควรดื่มน้ำมากในช่วงเวลาเย็น เพราะจะทำให้การทำงานของกระเพาะปัสสาวะทำงานไม่สมดุลคือหลังรับประทานอาหารเย็นแล้วถ้าดื่มน้ำมากผู้ป่วยก็ต้องปัสสาวะบ่อยขึ้นนั่นเอง

1.3 Overflow incontinence ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะเล็ดออกมากทั้งๆ ที่ กระเพาะปัสสาวะมีการบีบตัวไม่เต็มที่หรือไม่ได้บีบตัวเลย (underactive bladder) เพื่อป้องกันการมีปัสสาวะเล็ดควรกำหนดเวลาถ่ายปัสสาวะ อาจจะถ่ายทุก 2 ชั่วโมง และแต่ความถี่ของการมีปัสสาวะเล็ดและจำนวนน้ำที่ดื่มใน

แต่ละวัน โดยการถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง ให้กดท้องน้อยหรือบริเวณเหนือหัวเหง่าร่วมด้วย (crede method) หรือ ขณะถ่ายปัสสาวะหายใจเข้าให้เต็มที่ แล้วเบ่งเพื่อเพิ่มความดันภายในช่องท้อง (intra-abdominal pressure) ในขณะที่หายใจออก (Valsalva maneuver) หรือการถ่ายปัสสาวะติดกัน 2 ครั้ง เพื่อให้น้ำปัสสาวะเหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะจำนวนน้อยที่สุด สำหรับผู้หญิงที่มี pure cystocele (prolapse of the bladder through the vaginal introitus) ใช้นิ้วสอดเข้าไปในช่องคลอดเพื่อตัน ให้กระเพาะปัสสาวะที่หย่อนลงมา กลับเข้าสู่ตำแหน่งเดิม (splinting) และเจ็บเรื้อรังถ่ายปัสสาวะ

ในการณ์ที่ผู้ป่วยมีปัสสาวะเหลือค้างมาก หลังจากถ่ายปัสสาวะแล้ว เพื่อลดการอักเสบติดเชื้อ ในระบบทางเดินปัสสาวะ การยืดขยายของกระเพาะปัสสาวะ (overdistension) และการให้ยาต้านกลั้นของน้ำปัสสาวะ ผู้ป่วยควรได้รับการสวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราว (clean intermittent catheterization = CIC) ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยว่าจะสวนด้วยตนเองหรือ ผู้ดูแลเป็นผู้สวนให้ จำนวนครั้งในการสวนในแต่ละวัน เวลาที่ต้องสวนปัสสาวะรวมทั้งการสร้างแรงจูงใจ และการสร้างทัศนคติที่ดี ต่อวิธีการสวนแบบนี้

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลต้องดูแลความสะอาดและระมัดระวัง เรื่องความเปียกชื้นบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อป้องกันกลิ่น การติดเชื้อซึ่งจะนำไปสู่การเกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น

1.4 Reflex incontinence ปัสสาวะ

อุบัติคัน รุ่งเรืองพิชัย

เลือดเนื่องจากมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเกือบทั้งหมดเวลา การใช้ถุงยางอนามัยสำหรับผู้ชายและใช้ผ้าอนามัยสำหรับผู้หญิง เพื่อรับปัสสาวะจะมีความจำเป็นที่จะป้องกัน กลืนความอันซึ่นและการติดเชื้อ การกำหนดเวลาที่จะเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 1-2 ชั่วโมงในเวลากลางวันและทุก 2-3 ชั่วโมงในเวลากลางคืน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัสสาวะเหลือค้าง การสวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราวก็มีความจำเป็น แต่ถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และขาดคนดูแลในเวลากลางวันต้องอาศัยสวนปัสสาวะไว้ (urethral catheterization) หรือ การคาสายสวนทางหน้าท้อง (suprapubic cystostomy)

ควรจำกัดน้ำดื่มไม่เกินวันละ 2000 มิลลิลิตรให้ผู้ป่วยคืนสม-na เสมอตลอดทั้งวัน (regular interval) อธิบายให้ญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลจะทำให้ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการไม่กดทึบผู้ป่วย เพราะการดูแลผู้ป่วยเรื่องรังด้องอาจยั่วยะเวลานานจะทำให้ญาติเกิดความเบื่อหน่ายได้

2. การรักษาโดยการใช้ยา (pharmacological therapy) มียาหลายประเภทที่ใช้รักษาปัสสาวะเล็ด แต่ยาเหล่านี้ออกฤทธิ์ช้ามาก พอกสมควร พยาบาลต้องระมัดระวังและสังเกตภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยด้วย ยาที่ใช้ดังแสดงในตารางที่ 1

3. การผ่าตัด (surgical treatment) ก่อนการพิจารณารักษาภาวะปัสสาวะเล็ด ด้วยวิธีผ่าตัดนั้นต้องไตรตรองให้ดีเสียก่อน ผู้ป่วยควรมีอาการมากจนตัวเองรู้สึกเดือดร้อนร้าคัญ ก่อนการผ่าตัดต้องแน่ใจว่าคนไข้มีปัสสาวะเล็ดชนิดใด และสาเหตุเกิดจากอะไรด้วยจะได้ให้การพยาบาลได้ถูกต้อง

3.1 Stress urinary incontinence รายละเอียดดูในตารางที่ 2

เนื่องจากมีการผ่าตัดต่างๆ มากมายหลายอย่าง ในทางปฏิบัติแล้วมักมีปัญหาในการเลือกวิธีการผ่าตัดอยู่เสมอ Stamey เชื่อว่าการทำ vaginal repair สามารถช่วยผู้ป่วยที่มีอาการปัสสาวะเล็ดระดับกลางได้ (mildest form) เท่านั้น เพราะยกตำแหน่งของ bladder neck ได้ไม่เกิน 1 เซนติเมตร เช่นเช่น 2 วิชีเท่านั้น คือ Marchal-Marchetti-krantz และ Stamey procedure ที่สามารถแก้ไขตำแหน่งของ bladder neck และปลายท่อปัสสาวะ (urethrovesical junction) กลับสู่ปกติได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วย SUI ควรได้รับการตรวจทาง urodynamics และ colpocystourethrogram เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่ถูกต้องดังนั้นแล้ว ในกรณีที่มี urge incontinence ร่วมด้วย มีฉะนั้นผู้ป่วยอาจจะยังคงมีอาการปัสสาวะเล็ดอยู่อีกหลังจากการทำผ่าตัดไปแล้ว¹⁶

ภาวะปัสสาวะเล็ด

ตารางที่ 1 ยาที่ใช้รักษาปัสสาวะเล็ด*

ยา (drug)	กลไกการออกฤทธิ์ (mechanism)	ข้อบ่งใช้ (uses)	การประเมินผู้ป่วยหลังได้รับยา (nursing implication)
Anticholinergics/ spasmodics (propantheline, imipramine, oxybutynin, flavoxate, dicyclomine)	เพิ่มความจุของกระเพาะปัส- สาวะลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ	urge incontinence ที่มี อาการร่วมกับ bladder instability	<ul style="list-style-type: none"> ประเมินสภาวะจิตใจ (mental status), ปัสสาวะคั่งค้าง (urinary retention), การมองเห็น, การกินลำบาก (difficulty swallowing) และห้องผูก วัดความดันโลหิต
Alpha-adrenergic agonists (pseudoephedrine, imipramine, phenyl propanolamine)	ทำให้การบีบตัวกล้ามเนื้อ เรียบบริเวณห่อปัสสาวะตื้นเพื่อเพิ่มความดันในห่อ	SUI ที่มีอาการร่วมกับการ อ่อนแรงของกล้ามเนื้อหูรูด (sphincter weakness)	<ul style="list-style-type: none"> ประเมินสภาวะจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป, อาการอ่อนเพลีย มึนง, กินลำบาก วัดความดันโลหิต
Conjugated estrogens (oral, topical)	การให้เหลวในโพรงร่องๆ ห่อปัสสาวะมากขึ้น, เพิ่ม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ บริเวณนั้น	SUI ที่มีอาการร่วมกับการ อ่อนแรงของกล้ามเนื้อหูรูด	<ul style="list-style-type: none"> ประเมินการมีเลือดออกทางช่องคลอด ปวดห้องห้องหรือปวดบริเวณอวัยวะสีบานถุ, ผื่นแดงตามผิวน้ำ, ความต้องการทารก เพศ เปลี่ยนแปลงไป ชั้งน้ำหนัก และวัดความดันโลหิต
Cholinergic agonists (bethanechol)	เพิ่มการบีบตัวของกระเพาะ ปัสสาวะ	overflow incontinence ที่ มีภาวะการบีบตัวของกระเพาะ ปัสสาวะอ่อนแรง (atonic bladder)	<ul style="list-style-type: none"> คลื่นไส้, อาเจียน, กินลำบาก, การ ทำงานของการย่อยอาหารเปลี่ยนไป (bowel patterns) วัดความดันโลหิต ควบคุมน้ำดื่ม และดูจำนวนปัสสาวะ (intake and output)
Antibiotics (general classifications)	รักษาการติดเชื้อในกระเพาะ ปัสสาวะ	การติดเชื้อของระบบทาง เดินปัสสาวะ	<ul style="list-style-type: none"> ส่งปัสสาวะตรวจหาเชื้อโรคก่อนได้ รับยา
Oral penicillin	antibacterial		<ul style="list-style-type: none"> การแพ้ยา เช่นคลื่นไส้ อาเจียน มึนง
Oral cephalosporins	bactericidal หรือ bacteriostatic		<ul style="list-style-type: none"> ผื่นแดงตามผิวน้ำ
Oral tetracyclines	antibacterial		<ul style="list-style-type: none"> การพักผ่อนนอนหลับ
Oral sulfonamides	inhibit bacterial growth		<ul style="list-style-type: none"> หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด นานๆ ประเมินการทำงานของตับ และไตจาก ผลเตือด การตรวจส่องยานหามดอายุ และการ เก็บรักษามาให้เก็บในที่ซึ่น หรือถูกแสงแดด

อุบัติคันน์ รุ่งเรืองศิริปง

ตารางที่ 2 การผ่าตัดผู้ป่วย Stress urinary incontinence¹³

วิธีผ่าตัด (procedure)	อุดมุ่งหมาย (purpose)	ผลการรักษา (cure rate)	ภาวะแทรกซ้อน (complication rate)	สิ่งที่พยาบาลต้องคำนึงถึง (nursing consideration)
Anterior vaginal repair (Kelly procedures)	ยกตัวแทนของ bladder neck ให้สูงขึ้นได้ประมาณ 1 ซม.	62%	14%	ผู้ตัดทางช่องคลอด การพักฟื้นจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็ว ผู้ป่วยมีสายสวนปัสสาวะคาดไว้ประมาณ 24-48 ชั่วโมง
Retropubic suspension (Marshall-Marchetti Krantz or Bruch colposuspension)	ยกตัวแทนของ bladder neck และปลายห่อปัสสาวะให้สูงขึ้น	78%	18%	ผู้ป่วยมีผลผ่าตัดทางหน้าท้อง คาดสายสวนผ่านทางหน้าท้อง (suprapubic cystostomy) ไว้หลายวัน บางครั้งผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะไม่ออกร่องรอยที่ห้องน้ำให้ได้ ขาดสายสวน หรือเส้นด้ายที่ห้องน้ำหลุดร่องรอยที่ห้องน้ำ ผู้ป่วยมีอาการเพาะปัสสาวะมีการบีบตัวผิดปกติ (detrusor instability) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด
Needle bladder neck suspension (Pereyra or Sterney procedures)	ยกตัวแทนของ bladder neck และห่อปัสสาวะให้สูงขึ้น	84%	2%-60%	มีผลที่ผนังช่องคลอดด้านหน้าและแมลงเล็กๆ เนื่องหัวเหง่า อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การอักเสบติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แมลงเป็นหนอง ปวดบริเวณหัวเหง่า หายใจลำบากเป็นต้น vesicovaginal fistula
Pubovaginal sling procedures	ทำ sling คล้องห่อปัสสาวะเพื่อให้ปิดได้ดียิ่งขึ้นโดยใช้เนื้อเยื่อของร่างกายเอง หรือใช้สารสังเคราะห์เคมีไม่คายบินยนให้	62%-81%	17%-22%	ผู้ป่วยมีผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง อาการแทรกซ้อนที่พบ เช่น อักเสบเป็นหนอง vesicovaginal fistula บางครั้งอาจเกิดปัสสาวะไม่ออกร่องรอยที่ห้องน้ำ ไม่สามารถกินผู้ป่วย หายใจลำบากเนื่องจากห้องเดินทางไปทางเดินหายใจ และการแสดงอาการที่ไม่ทราบสาเหตุ การรับประทานอาหารยาก
Artificial sphincters	การใส่หุ้รุคเทียมให้ปิดห่อปัสสาวะ	82%-92%	พบ 32%	ทำกันมากในผู้ป่วยชาย อาการแทรกซ้อนที่พบ การอักเสบติดเชื้อกิ่ง erosion cuff ที่พันรอบห่อปัสสาวะ กลไกของหุ้รุคเทียมบกพร่อง

ภาวะปัสสาวะเล็ด

3.2 Urge incontinence

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ แล้วไม่ดีขึ้น การผ่าตัดที่ได้รับความนิยมมากในขณะนี้คือ augmentation cystoplasty¹⁷ (ตารางที่ 3) แต่ถ้าผู้ป่วยที่มี neurogenic bladder dysfunction ขั้นรุนแรง เช่น ผนังกระเพาะปัสสาวะหนามากต้องพิจารณาทำ substitution cystoplasty¹⁷ ต่อไป

4. จิตบำบัด (psychological therapy) การประเมินปัญหาทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยปัสสาวะเล็ดได้ พยาบาลจะได้ข้อมูลที่ถูกต้องมาวางแผนการพยาบาล เพื่อนำไปเชื่อมโยงกับการ

รักษาอีก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 4

หัวใจสำคัญที่จะดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยปัสสาวะเล็ดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลจะต้องสามารถที่จะประเมินผู้สูงอายุให้ได้ว่าปัสสาวะเล็ดนั้นมีสาเหตุมาจากอะไร มีอาการที่เกี่ยวข้องอย่างไรบ้างซึ่งต้องอาศัยจากการซักประวัติการตรวจร่างกาย แบบแผนการปัสสาวะและคุณลักษณะทางห้องปัสสาวะ การเบื้องต้นได้ จะทำให้พยาบาลสามารถวินิจฉัยผู้ป่วยได้เอง ว่าปัสสาวะเล็ดนั้นมาจากสาเหตุใดอันจะนำไปสู่การวางแผน และให้การพยาบาลได้ทุกชั้นตอนของการรักษาด้วย

ตารางที่ 3 จุดมุ่งหมายและการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำ Augmentation cystoplasty

วิธีการผ่าตัด (procedures)	จุดมุ่งหมาย (purpose)	สิ่งที่พยาบาลต้องคำนึงถึง (nursing consideration)
Augmentation cystoplasty หรือ ทำกระเพาะปัสสาวะเทียม หรือ มีผลผ่าตัดทางหน้าท้อง คายส่วนปัสสาวะทางหน้าท้อง substitution cystoplasty ตกแต่งกระเพาะปัสสาวะ	(suprapubic cystostomy) และคายส่วนทางท่อปัสสาวะ (urethral catheterization) เพื่อช่วยระบายน้ำปัสสาวะ เพราะ น้ำปัสสาวะจะมีเยื่อเมือกที่ขับออกจากลำไส้มาก อาการแทรกซ้อนที่พบ เสื่อมดูดห้องผ่าตัด การอักเสบติดเชื้อ หลอดไต (ureter) เสื่อมหลุดจากกระเพาะปัสสาวะเทียม (anastomotic leakage)	

อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิริปี

ตารางที่ 4 กลไกทางจิตที่มีส่วนเสริมให้เกิดภาวะปัลส์ทางจิต และการพยายามงา¹⁸

ตารางที่ 4 กลไกทางจิตที่มีส่วนเสริมให้เกิดภาวะปัสสาวะเล็ด และการพยาบาล¹⁸ (Symptoms of micturition incontinence due to psychological factors) พัฒนาโดย

Psychological mechanisms contributing to incontinence and nursing intervention

กลไกทางจิต (psychological mechanisms)	การพยาบาล (nursing intervention)
พฤติกรรมลดด้อย (regression) ผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึมเศร้า (stressful)	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความสามารถในการปฏิบัติภาระประจำวัน
ความไม่แน่นอน (uncertainty)	<ul style="list-style-type: none"> พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องเมื่อเกิดปัจจัยเสี่ยงความสามารถ
ความไม่แน่นอน (uncertainty)	<ul style="list-style-type: none"> ความรับผิดชอบก่อนมีอาการปัสสาวะเสีย ความซึมเศร้า ความโกรธ ความสูญเสีย
ความไม่แน่นอน (uncertainty)	<ul style="list-style-type: none"> - จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยสามารถกระบายอารมณ์
ความไม่แน่นอน (uncertainty)	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และปรับสภาพตนเองให้เข้ากับความเป็นจริง
ความไม่แน่นอน (uncertainty)	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุน หรือแนะนำ วิธีการ อุปกรณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถลดลงได้เดิมที่
การพึ่งพาผู้อื่น (dependency)	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความสามารถในการรับรู้เรื่องราวต่างๆ ความแข็งแรงของร่างกาย การปรับวิถีชีวิต ทัศนคติ หรือมติ
การพึ่งพาผู้อื่น (dependency)	<ul style="list-style-type: none"> - กระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักพัฒนาตนเอง อย่างมีแบบแผนเพื่อกลับมาดูแลตนเองได้มากขึ้น ให้กำลังใจ และปฏิบัติช้าๆ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ตามแผนที่วางไว้ โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน อุปกรณ์ และวิธีการต่างๆ ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยต้องการ
ขัดขืนไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ บางครั้งแสดงอารมณ์โกรธ (rebellion)	<ul style="list-style-type: none"> - หาสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตาม หรือแสดงความโกรธ
ขัดขืนไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ บางครั้งแสดงอารมณ์โกรธ (rebellion)	<ul style="list-style-type: none"> - อะไรบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยลดความโกรธลง หรือปฏิบัติตาม เช่นผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลา (cystoplasty, B)
ความไม่แน่นอน (uncertainty)	<ul style="list-style-type: none"> - ยอมรับพัฒนาของผู้ป่วย ให้ความเคารพในบทบาทของความเป็นคน ไม่มีภาริยาโดยชอบกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงสาเหตุของความโกรธ และการแสดงบทบาทที่ไม่เหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ตนเอง หาอุปกรณ์หรือจัดสภาพแวดล้อมของตนเอง เพื่อสนับสนุนการฝึกฝนการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ เช่น จัดห้องน้ำที่จะอำนวยความสะดวกให้มากขึ้นในการถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง

ภาควิชานิรัฐศาสตร์

กลไกทางจิต (psychological mechanisms)	การพยาบาล (nursing intervention)
ความไม่มั่นคง (insecurity)	- ประเมินการมองภาพพจน์ของตนเอง มีอะไรที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะถูกคุกคาม (threatened)
AB augmentation cystoplasty ¹⁷ (การหดท 3) (noīt̪rəm̪ət̪n̪ ɔ̄st̪ōplāst̪i) หรือ external urovesical neurogenic bladder dysfunction ¹⁸ หรือ膀胱外擴張手術ที่บินดูดในกระเพาะปัสสาวะที่มีสาเหตุ จากประสาทหลังที่เสื่อมเสีย เช่น หลอดประสาทที่ไปทำให้เกิด การหดตัวของกระเพาะปัสสาวะ หรือการหดตัวของกระเพาะปัสสาวะที่ ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การหดตัวของกระเพาะปัสสาวะที่มีสาเหตุ จากการหดตัวของกระเพาะปัสสาวะที่มีสาเหตุจากประสาทที่เสื่อมเสีย ¹⁹	- พูดคุยกับผู้ป่วย ถึงอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจะช่วยลด ความกังวลได้ สอนให้รู้จักการใช้ช่วนการแก้ปัญหา หลักเลี้ยงภาวะตึงเครียด จัดสภาพแวดล้อมที่สงบและ เหมาะสมกับตนเอง
การเรียกว่องความสนใจ (attention-seeking) therapy ²⁰	- พฤติกรรมอะไรบ้างที่แสดงออกถึงการเรียกว่องความ สนใจ หาเหตุผลของพฤติกรรมนั้น ปัจจัยอะไรที่เป็นเหตุ ส่งเสริมให้เกิดมากขึ้น
ความรู้สึกสูญเสีย (sensory deprivation)	- ประเมินอารมณ์ผู้ป่วยเมื่อเกิดพฤติกรรมนั้น - จัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง จัดรูปแบบของ สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ในความเป็น จริง กระตุนให้ผู้ป่วยพูดคุยและแสดงความต้องการที่ เหมาะสมได้ว่าควรจะอยู่ในลักษณะใด
ความไม่ต้องตอบโต้ ขาดทิ้งบ้า ลืมหายใจ อาการหัวใจเต้นเร็ว (pulse palpitation) ความรู้สึกสูญเสีย (sensory deprivation)	- ประเมินความรู้สึก และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป - แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำ และ ความจำเป็นในการปฏิบัติตัวว่าควรทำอะไร ก่อน-หลัง - จัดเวลา สถานที่ ให้ผู้ป่วยได้พักกับสมาชิกในครอบครัว และทำกิจกรรมร่วมกัน ให้เวลาพูดคุย และมีปฏิสัมพันธ์ กับญาติสนิม่าเสมอ
ความไม่ต้องตอบโต้ ขาดทิ้งบ้า ลืมหายใจ อาการหัวใจเต้นเร็ว ความรู้สึกสูญเสีย (sensory deprivation)	- จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน จัดรูปแบบและกลิ่นให้ น่ารับประทาน
ความไม่ต้องตอบโต้ ขาดทิ้งบ้า ลืมหายใจ อาการหัวใจเต้นเร็ว ความรู้สึกสูญเสีย (sensory deprivation)	- ย้อนให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์เกี่ยวกับความรู้สึกสูญเสียบ้าง

ឧបលទ្ធន់ សំរួលភូប់

ផែកសារអ៉ាង់អ៉ាង

1. Herzog AR, Diokno AC, Brown MB, Fultz NH, Goldstein NE. Urinary incontinence as a risk factor for mortality. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42 : 264-8.
2. Stein M, Discipio W, Davia M, Taub H. Biofeedback for the treatment of stress and urge incontinence. *J Urol* 1995; 153 : 641-3.
3. Thomas TM, Playmat KR, Blannin J, Medade TW. Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J* 1980; 38 : 1243-5.
4. Tanagho EA. Vesico-urethral dynamics. In : Lutzeyer W, Melchior H, editors. *Urodynamics*. New York : Springer-Verlag, 1973 : 95-7.
5. Enhorning G. Simultaneous recording of intra-vesical and intra-urethral pressure. *Acta Chir Scand Suppl* 1961; 1 : 276-8.
6. Wyman JF. Urinary incontinence in elderly : Nursing assessment of the incontinence geriatric outpatient population. *Nurs Clin North Am* 1988; 23 : 173-4, 182.
7. Bates P, Bradley WE, Glen E. First report on the standardization of terminology of lower urinary tract function. *Br J Urol* 1976 ; 48 : 39.
8. Andersen JT. Prostatism III : Clinical and urodynamic aspects and the influence of surgery on the prostate. *Scand J Urol Nephrol* 1982; 16 : 25-6.
9. Whiteside CG. Symptoms of micturition disorders in relation to dynamic function. *Urol Clin North Am* 1979; 6 : 55.
10. Bonney V. Bonney's *Gynaecological surgery* Cassell, London. Macleod-Hawkins, 1964.
11. Ratana-olarn K, Udompanich O. Female stress urinary incontinence : A radiological and urodynamic evaluation. *Ramathibodi Med J* 1982; 5 : 284-8.
12. Mc Guire EJ. Bladder instability and stress incontinence. *Neuro Urol Urodyn* 1988; 7 : 563-7.
13. Pierson CA. Urinary incontinence. In : Ignatavicius, Workman ML, Mishler MA, editors. *Medical surgical nursing* Pennsylvania : W.B. Saunders, 1995 : 2059-62.
14. Burgio KL, Stutzman RE, Engel BT. Behavioral training for post prostatectomy urinary incontinence. *J Urol* 1989; 14 : 303-6.
15. កញ្ចប់ វណ្ណន់ខោរ. ការរក្សាការប័ត្រសារប៊ូយនៃសំរួលភូប់ និងវិនិគិតការដឹកឃនការប័ត្រសារ. រាយកិច្ចប៊ូយ 1985; 8 : 108-12.
16. កញ្ចប់ វណ្ណន់ខោរ. ការរក្សាការប័ត្រសារប៊ូយនៃសំរួលភូប់ និងវិនិគិតការដឹកឃនការប័ត្រសារ. រាយកិច្ចប៊ូយ 1985; 8 : 108-12.
17. Bramble FJ. The treatment of adult enuresis and urge incontinence by enterocystoplasty. *Br J Urol* 1982; 54 : 693-6.
18. McCormick KA, Scheve AA, Leahy E. Urinary incontinence in elderly : Nursing management of urinary incontinence in geriatric inpatient. *Nurs Clin North Am* 1988; 23 : 285-7.

Urinary incontinence

Ubolrat Roonggruangslip* Bsc. (Nursing)

Cassell London Masson-Fawcett, 1994

Abstract: Urinary incontinence is found among 15-35% of the aged. It is more common in women than in men. The underlying causes include anatomical and physiological changes, hormonal imbalance, pelvic floor muscles weakness, prostatic enlargement, neurological disease etc. Side effect of some particular drugs, urinary tract infection, constipation, stress and other emotional changes are also the important predisposing factors. Careful history taking, physical examination and various investigation are the important approach to the diagnosis. Pharmacological or surgical intervention is not the only management for this condition but also the behavioral therapy as well. Counseling, encouraging, and good follow up including the patient's attitude to such therapy will also improve his or her quality of life.

Keywords: Incontinence, elderly

* Department of Nursing, Faculty of Ramathibodi Hospital, Mahidol University.