



บทความพิเศษวิชาการ
Review Article

ภาวะไม่อยากอาหารในผู้สูงอายุ

รวิวรรณ สุรเศรษฐ์ พ.บ.ว.ว. สาขาอายุรศาสตร์ อนุสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
Corresponding author, e-mail : raveewan.gluay@gmail.com

บทคัดย่อ

วันรับบทความ : 1 สิงหาคม 2567
วันแก้ไขบทความ : 17 ตุลาคม 2567
วันตอบรับบทความ : 21 ตุลาคม 2567

บทนำ : ภาวะไม่อยากอาหารเป็นกลุ่มอาการแสดงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ซึ่งแพทย์มักมองข้าม และไม่ค้นหาสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพโภชนาการ และในที่สุดนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนซึ่งก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์ : เพื่อรวบรวมข้อมูลและนำเสนอสาเหตุของภาวะไม่อยากอาหาร ทั้งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามอายุ (aging anorexia or physiologic anorexia) หรือเกิดจากโรคหรือยาประจำตัวที่ใช้ (pathologic anorexia) เพื่อนำไปสู่การรักษาสาเหตุและการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่การเสียชีวิต

วิธีดำเนินการศึกษา : สืบค้นเพื่อรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยต่าง ๆ ในฐานข้อมูลวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ได้รับการยอมรับ เรียบเรียงเนื้อหาเพื่อนำเสนอในแต่ละด้าน

ผลการศึกษา : ภาวะไม่อยากอาหารมักเป็นสิ่งที่ถูกมองข้ามในผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างทันทั่วถึงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคอื่น ๆ โดยเฉพาะภาวะทุพโภชนาการตามมา สาเหตุของภาวะไม่อยากอาหารในผู้สูงอายุแบ่งเป็น ภาวะไม่อยากอาหารที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามอายุของผู้สูงวัย (physiologic anorexia) เช่น เกิดจากการขาดความสมดุลระหว่างสารสื่อประสาทในสมองและฮอร์โมนที่ชื่อ orexigenic กับ anorexigenic หรือเกิดการหดตัวของกระเพาะอาหารบริเวณ antrum ทำให้อิ่มเร็วกว่าปกติ เป็นต้น ส่วนภาวะไม่อยากอาหารที่เกิดจากพยาธิสภาพอื่น ๆ (pathologic anorexia) แบ่งย่อยเป็นจากทางด้านร่างกาย (โรคประจำตัวหรือยาที่ผู้สูงอายุใช้) สภาวะทางจิต (โรควิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้า) และสภาวะทางด้านสังคม เช่น อยู่คนเดียว เป็นต้น ภาวะไม่อยากอาหารเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการทางผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่ควรได้รับการตรวจหาสาเหตุและได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ



ภาวะไม่อยากอาหารในผู้สูงอายุ

รวิวรรณ สุระศรีวงศ์ พ.บ.ว. สาขาอายุรศาสตร์ อนุสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
Corresponding author, e-mail : raveewan.gluay@gmail.com

บทคัดย่อ (ต่อ)

วันรับบทความ : 1 สิงหาคม 2567

วันแก้ไขบทความ : 17 ตุลาคม 2567

วันตอบรับบทความ : 21 ตุลาคม 2567

สรุป : ภาวะไม่อยากอาหารในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ถูกมองข้ามโดยแพทย์ทั่วไป สามารถแบ่งสาเหตุได้จากความเปลี่ยนแปลงตามวัย (physiologic anorexia) และจากพยาธิสภาพ (pathologic anorexia) ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น จากโรคประจำตัว ยา สภาพทางจิตใจ และสภาพทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและรักษาให้ตรงสาเหตุเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดอัตราการเกิดความพิการหรือการเสียชีวิตตามมา

คำสำคัญ : ภาวะไม่อยากอาหาร ผู้สูงอายุ ความเปลี่ยนแปลงตามวัย พยาธิสภาพ



Anorexia in the older people

Raveewan Suraseranivong M.D., Dip.Thai Board of Internal Medicine, Thai Subboard of Geriatric Medicine

Department of geriatrics, Bangkok Metropolitan Hospital, Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration (BMA)

*Corresponding author, e-mail : raveewan.gluay@gmail.com

Abstract

Received : August 1, 2024

Revised : October 17, 2024

Accepted : October 21, 2024

Introduction : Anorexia in older people is a Geriatric syndrome that is often overlooked by medical professionals. It can be classified into two categories: physiologic and pathologic anorexia, which should be diagnosed quickly and provided timely treatment. If the elderly receive correct treatment, it can prevent complication, comorbidity, and mortality.

Objective : To collect information and present the causes of anorexia, whether caused by age-related changes (Aging anorexia or Physiologic anorexia) or by diseases or personal medicine used (Pathologic anorexia), in order to lead to treatment and prevention.

Method of study : To investigate the updated evidence published in the qualified and acceptable both Thai and international review journal. Then, present the relevant information in each section.

Results : Loss of appetite or Anorexia is often an overlooked symptom in older people. If not treated or diagnosed quickly, it may lead to complications or other diseases, especially malnutrition. The causes of anorexia are classified into: Physiologic anorexia is caused by age-related changes such as an imbalance of orexigenic and anorexigenic neurotransmitters and hormones secreted by the brain or early contraction of the antral area of the stomach, causing early satiety etc. and Pathologic anorexia that classified by physical (diseases of the older people, drug usage), mental (depression and anxiety), and social (living alone). Anorexia is a geriatric syndrome that needs early investigation and treatment to improve the quality of life of older people.



Anorexia in the older people

Raveewan Suraseranivong M.D., Dip.Thai Board of Internal Medicine, Thai Subboard of Geriatric Medicine

Department of geriatrics, Bangkok Metropolitan Hospital, Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration (BMA)

*Corresponding author, e-mail : raveewan.gluay@gmail.com

Abstract (Cont.)

Received : August 1, 2024

Revised : October 17, 2024

Accepted : October 21, 2024

Conclusion : Anorexia in the elderly is an overlooked symptom by many physicians. It can be classified into physiologic anorexia caused by aging change and pathologic anorexia caused by many reasons, such as underlying disease in the elderly, drug usage, depression, anxiety, and social problems. These symptoms should be early detected and treated to improve quality of life and decrease morbidity and mortality rates.

Keywords : anorexia, elderly, aging change, pathologic

บทนำ

ในผู้สูงอายุมักพบปัญหาทุพโภชนาการ (malnutrition) โดยจากการศึกษาของ Chuansangam M, et al ในปี 2565 พบว่า ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการโดยที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Kg/m^2) อยู่ที่ร้อยละ 10.4 และตรวจพบว่า มีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการสูงถึงร้อยละ 42.6 โดยใช้การประเมิน Mini Nutritional Assessment (MNA)¹ ซึ่งพบว่า เป็นจำนวนที่สูง อีกทั้งตั้งแต่ปี 2565 ประชากรผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเกินร้อยละ 20 ซึ่งถือว่าเข้าสู่ภาวะ “สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์” และมีการคาดการณ์ว่า ในปี 2583 ผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด² ซึ่งจะทำให้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปัญหาทุพโภชนาการมีสาเหตุหนึ่งมาจากความไม่ยอมอาหารของผู้สูงอายุ โดยความไม่ยอมอาหารถูกถือเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่จำเป็นจะต้องหาสาเหตุและได้รับการรักษา เพราะหากไม่ได้รับการรักษานำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนตามมา คือ เกิดภาวะเปราะบาง (frailty) จากทุพโภชนาการ และส่งผลให้เกิดการติดเชื้อง่ายขึ้นนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ (morbidity) และเสียชีวิตตามมาได้ ดังนั้น ความไม่ยอมอาหารในผู้สูงอายุจึงเป็นอาการแสดงที่สำคัญอย่างหนึ่งที่แพทย์ควรให้ความสนใจ ซึ่งความไม่ยอมอาหารเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างโดยแบ่งหลัก ๆ คือ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ (physiologic change) และเกิดจากพยาธิสภาพอื่น ๆ (pathologic change) ดังนี้

1. จากความเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามอายุ (physiologic change)

การควบคุมความอยากอาหารในร่างกายนั้นเป็นโครงสร้างที่ซับซ้อน โดยมีการควบคุมผ่านทาง central และ peripheral orexigenic และ anorexigenic signals การเกิดความไม่ยอมอาหารนั้นมีข้อสันนิษฐานว่าเกิดจากความถดถอยของความสามารถในสมอง โดยเฉพาะบริเวณ hypothalamus ซึ่งมีผลกระทบต่อ peripheral stimuli (การส่งสัญญาณจากเซลล์ไขมัน สารอาหารและฮอร์โมน) จากการศึกษพบว่า ฮอร์โมนมีส่วนสำคัญต่อความอยากอาหารหรือไม่อยากอาหาร เช่น ghrelin เป็นฮอร์โมนทำให้เกิด insulin sensitivity และกระตุ้น Glucose-Like Peptide 1 (GLP-1) ซึ่งจะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความรู้สึกลึกซึ้ง ในขณะที่ cholecystikinin เป็นฮอร์โมนที่ทำให้รู้สึกอิ่ม การเสียสมดุลของฮอร์โมนเหล่านี้ทำให้เกิดความไม่ยอมอาหารตามมาในผู้สูงอายุได้³ นอกจากนี้ทางส่วนสมองแล้ว ในระบบทางเดินอาหารนั้นพบว่า มีการคลายตัวที่ผิดปกติของกระเพาะอาหารส่วนต้นทำให้รับประทานอาหารเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกอิ่ม⁴ หลายการศึกษาพบว่า มีการหลั่ง gastric acid ที่ลดลง รวมทั้ง gastric emptying time ที่นานขึ้นเมื่อเทียบกับคนที่อายุน้อยกว่า^{5,6,7} นอกจากนี้การรับรู้กลิ่นและรสชาติก็ลดลง เนื่องจากพบว่า taste bud มีจำนวนลดลง และน้ำลายก็มีส่วนผสมของโปรตีนที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้การรับรสเปลี่ยน⁸ ในขณะที่ olfactory bulb ที่เป็น ส่วนของการได้กลิ่นนั้นยังไม่พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงชัดเจนในผู้สูงอายุปกติ แต่จะมีจำนวนลดลงที่ชัดเจนในผู้ป่วยที่มีโรคสมองเสื่อมร่วมด้วยโดยเฉพาะ Lewy body diseases⁹

2. จากพยาธิสภาพอื่น ๆ (pathologic change)

2.1 จากการที่มี chronic inflammation เป็นระยะเวลานาน เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวหลายโรค ซึ่งก่อให้เกิดภาวะอักเสบเรื้อรังในร่างกาย ซึ่งภาวะอักเสบเรื้อรังนี้จะกระตุ้นการหลั่งสาร interleukin-1, interleukin-6 และ tumour necrosis factor-alpha สารเหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่อยากอาหาร delay gastric emptying time และลดการบีบตัวของลำไส้ ทำให้รับประทานอาหารได้ลดลงและอ้วนเร็ว⁸

2.2 การรับรู้ที่บกพร่องจากโรคของผู้สูงอายุ เช่น การบกพร่องทางการมองเห็นจากโรคต้อกระจก หรือต้อหิน ทำให้ไม่เห็นหน้าตาของอาหาร การสูญเสียการรับกลิ่นโดยเฉพาะผู้ป่วยสมองเสื่อม Alzheimer's disease, Lewy body disease ทำให้ความอยากอาหารลดลงได้

2.3 ภาวะทางช่องปากจากการศึกษาของ Nomoto A, et al¹⁰ ซึ่งจัดทำในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่า ในจำนวนผู้เข้ารับการวิจัย 160 คน ภาวะช่องปากที่ไม่ดีมีส่วนเกี่ยวข้องกับความไม่อยากอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (odd ratios 2.7; 95% CI 1.3-5.9) ซึ่งในผู้สูงอายุมีโรคในช่องปากที่พบได้บ่อย ดังนี้

2.3.1 ภาวะฟันผุหรือฟันหลุด เมื่อเกิดฟันผุจำเป็นจะต้องมีการถอนฟัน หรือเมื่อมีฟันหลุดจนกระทั่งจำนวนฟันน้อยกว่า 20 ซี่ จะทำให้การบดเคี้ยวมีปัญหา เมื่อเคี้ยวไม่ละเอียดเกิดการสำลักบ่อย ๆ จะทำให้ไม่เกิดความอยากอาหาร

2.3.2 โรคปริทันต์ (periodontitis) และโรคเหงือกอักเสบ ก่อให้เกิดความเจ็บปวดภายในช่องปาก ทำให้ความอยากอาหารลดลงและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง

2.3.3 ภาวะปากแห้ง น้ำลายแห้ง ซึ่งมักสัมพันธ์กับการใช้ยาซึ่งจะกล่าวต่อไป เพศหญิงอายุที่มากขึ้น เมื่อเกิดภาวะปากแห้งทำให้รับประทานอาหารไม่สะดวก การกลืนติดกลืนลำบากเกิดขึ้นได้ จึงทำให้ความอยากอาหารลดลง^{11,12,13}

2.4 ภาวะทางสมอง เช่น โรคสมองเสื่อมหรือโรค Alzheimer's disease เมื่อถึงระยะหนึ่งจะสูญเสียความจำระยะสั้น ทำให้จำไม่ได้ว่ายังไม่ได้รับประทานอาหารร่วมกับการที่มี hormone dysregulation ทำให้ไม่เกิดความรู้สึกหิว และเข้าใจไปเองว่ารับประทานไปแล้ว จึงไม่ยอมรับประทานความอยากอาหารจึงลดลงหรือผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายจะสูญเสียความสามารถในการรับประทานอาหารได้เอง รับประทานแล้วสำลัก จึงไม่มีความอยากอาหาร อีกทั้งผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจมีวงจรการหลับ-ตื่นที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้การรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลงจากปกติได้¹⁴

2.5 ยา (drug-induce anorexia) เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวหลายโรค ทำให้มีการใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) ซึ่งยาหลายชนิดก็มีผลทำให้เกิดภาวะความไม่อยากอาหารได้ โดยมีสันนิษฐานว่า เกิดจาก

- ยาบางชนิดจะยับยั้ง reuptake dopamine และ serotonin ทำให้ไม่อยากอาหาร เช่น ยาพาร์กินสัน ทำให้คลื่นไส้อาเจียน

- ยาบางชนิดมีผลต่อการหลั่ง neurotransmitter จาก hypothalamus ทำให้อ้วนเร็ว

- ยาทำให้เกิด disruption ของ endogenous digoxin-like factors

- ยากระตุ้นการหลั่ง leptin ในเลือดที่ผิดปกติ ทำให้อ้วนเร็ว

- ยาบางชนิดมีผล anticholinergics ทำให้ปากแห้ง น้ำลายแห้ง ทำให้การรับรสเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความอยากอาหารลดลง

- ยาบางชนิดมีส่วนผสมของ amphetamine ซึ่งเป็น potent appetite suppressant ทำให้ไม่อยากอาหาร

ตารางที่ 1 ตัวอย่างยาที่พบได้บ่อยในการทำให้เกิดความไม่อยากอาหาร¹⁵

กลุ่มยา	ชนิดยา
antipsychotic drugs	aripiprazole
	clozapine
	haloperidol
	quetiapine
	risperidone
antidepressants	duloxetine
	fluoxetine
	escitalopram
	sertraline
	desvenlafaxine
anticholinesterase inhibitors	donepezil
	rivastigmine
	galantamine
parkinson's drugs	levodopa
	stalevo®
	ropinirol
opioid agonists	morphine
	pethidine
	tramadol
	captopril
antihypertensive drugs	indapamide
	amlodipine
antiarrhythmic drugs	digoxin

ตารางที่ 1 ตัวอย่างยาที่พบได้บ่อยในการทำให้เกิดความไม่ยอมอาหาร¹⁵ (ต่อ)

กลุ่มยา	ชนิดยา
antiepileptic drugs	lamotrigine
	levetiracetam
	depakine
	topiramate
antibiotics	fluoroquinolones
	doxycycline
	ertapenem
anticholinergic drugs	diphenhydramine
	dimenhydrinate
	chlorpheniramine
	orphenadrine
	trihexyphenidryl
	solifenacin (vesicare®)
	tiotropium (spiriva®)
	anti-tuberculosis drugs ¹⁶
others	chemotherapy
	immunosuppressant (prograf)
	filgastrim
	atorvastatin
	metformin

2.6 ภาวะทางจิตใจ

2.6.1 ภาวะซึมเศร้า เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดภาวะไม่ยอมอาหาร ซึ่งถือเป็นอาการแสดงที่แตกต่างจากในวัยรุ่นที่แพทย์ควรคำนึงถึง ซึ่งจะแตกต่างจากอาการแสดงที่มีออกมาทางอารมณ์เศร้า ร้องไห้ เสียใจ แต่จะมาด้วยภาวะไม่ยอมอาหาร น้ำหนักลดแทน^{17,18}

2.6.2 ภาวะวิตกกังวล ก็เป็นอีกภาวะ

ทางจิตใจที่มีหลายการศึกษาพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับภาวะไม่ยอมอาหารในผู้สูงอายุ^{19,20}

2.7 ภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ

ในสังคมปัจจุบันซึ่งมักเป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวนประชากรในครอบครัวไม่มาก รวมทั้งในสังคมปัจจุบันพบผู้สูงอายุอยู่คนเดียวมากขึ้น ซึ่งจากสถิติของประเทศไทยพบว่า ในปี 2565 มีผู้สูงอายุ

อาศัยอยู่ลำพังถึงร้อยละ 12 และในอนาคตจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ลำพังมากขึ้นเรื่อย ๆ²¹ จากความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพตามวัยที่ทำให้ไม่ยอมกินอาหารแล้ว การต้องรับประทานอาหารคนเดียวนั้น ยิ่งทำให้ไม่รู้สึกลอยกินอาหารเพิ่มขึ้น และในทางสังคมนั้นไม่เพียงแต่ความไม่ยอมกินอาหาร ยังมีปัญหาเศรษฐกิจฐานที่การเงินไม่เพียงพอสำหรับอาหารที่ครบ 5 หมู่และครบ 3 มื้อในผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้เอง ทำให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในผู้สูงอายุ โดยสรุป สาเหตุของความไม่ยอมกินอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นจากพยาธิสภาพ ใช้หลักตัวย่อที่ง่าย คือ “MEALS ON WHEELS” โดยย่อมาจาก

M ย่อมาจาก Mediactions คือ ผลกระทบจากการใช้ยาทำให้ไม่ยอมกินอาหาร

E ย่อมาจาก Emotional เช่น ภาวะซึมเศร้า

A ย่อมาจาก Alcoholism, Anorexia nervosa ซึ่งเป็นภาวะหนึ่งของโรค anorexia nervosa, abuse in older people

L ย่อมาจาก Late life paranoia ซึ่งเกิดได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีภาวะทางจิตทำให้เกิดการหวาดระแวง ไม่ยอมรับอาหารจากผู้อื่น เพราะกลัวว่าจะมีการวางยาพิษหรือมาทำร้ายร่างกายเกิดขึ้น

S ย่อมาจาก Swallowing problems

O ย่อมาจาก Oral problems

N ย่อมาจาก No money, Nosocomial infection

W ย่อมาจาก Wandering ซึ่งเป็นภาวะทางพฤติกรรมที่ผิดปกติในผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ พฤติกรรมเดินวนซ้ำไปมา จนไม่ยอมรับประทานอาหาร

H ย่อมาจาก Hypothyroidism, Hypercalcemia ซึ่งหากมีภาวะ calcium สูงมากขึ้นจะทำให้ซึมลง และความอยากอาหารลดลง

E ย่อมาจาก Enteric problems (malabsorption)

E ย่อมาจาก Eating problems เช่น มีภาวะมือสั่น (tremors) ทำให้ไม่สามารถตักข้าวได้สะดวก และรับประทานอาหารได้

L ย่อมาจาก Low salt, Low cholesterol diet คือ การจำกัดอาหารทำให้ความอยากอาหารหายไป

S ย่อมาจาก Shopping, meal preparation problems คือ ในผู้สูงอายุอาจมีปัญหาการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถออกไปซื้ออาหาร หรือปรุงอาหารด้วยตนเองได้

การรักษา

- รักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่ยอมกินอาหาร
- หากรักษาสาเหตุไม่ได้ อาจจำเป็นต้องให้อาหารเสริม (oral nutritional supplement)

ซึ่งอาหารเสริมก็มีความแตกต่างของพลังงาน โปรตีน ส่วนประกอบของน้ำตาลแล้วแต่ยี่ห้อ ซึ่งต้องเลือกให้ตามความเหมาะสมของโรคประจำตัวของผู้ป่วย

- ยาเพิ่มความอยากอาหารที่แพทย์ส่วนใหญ่รู้จัก คือ megace® หรือ magesol acetate

จากการศึกษาในผู้สูงอายุนั้น พบว่า ไม่มีความแตกต่างในการเพิ่มความอยากอาหารให้กับผู้สูงอายุ^{22,23} ในขณะที่พบว่า มีกรณีที่เกิด deep vein thrombosis และ pulmonary embolism ในผู้สูงอายุได้ จึงควรหลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงหรือเคลื่อนไหวน้อย^{24,25}

- ยาเพิ่มความอยากอาหารอีกชนิดหนึ่ง คือ cyproheptadine เป็นยาที่มักเป็นที่นิยมใช้ใน

ผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งมีการศึกษาว่า ได้ผลในการเพิ่มความอยากอาหารได้ดี แต่จากการศึกษานั้นทำในผู้ป่วยวัย 19-64 ปี ไม่ได้ทำในผู้สูงอายุ^{26,27} และตัว cyproheptadine มีส่วนผสมของ anticholinergics²⁸ ซึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิด delirium ในผู้สูงอายุได้ ดังนั้น หากจะให้การรักษาด้วยยาชนิดนี้ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

- รัฐบาลควรมีนโยบายที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง หรือมีปัญหาไม่มีคนดูแลอย่างครอบคลุม เพื่อลดปัญหาการเกิดโรคทางผู้สูงอายุ รวมทั้งภาวะไม่อยากอาหารในผู้สูงอายุ เช่น สวัสดิการเงินเพื่ออาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ขาดรายได้ หรือมีหน่วยสาธารณสุขใกล้บ้านคอยจัดหาอาหารให้กับผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเพียงลำพัง หรือบ้านที่มีแต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพร่วม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Chuansangam M, Wuthikraikun C, Supapung O, Muangpaisan W. Prevalence and risk for malnutrition in older Thai people: a systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Clin Nutr* 2022;31(1):128-41.
2. คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย. “มิติด้านสุขภาพ”ของสังคมสูงวัยในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=222
3. Abd-El-Gawad WM, Rasheedy D. Nutrition in the hospitalized elderly. *Molecular Basis of Nutrition and Aging* 2016;6:55-72.
4. Jones KL, Doran SM, Hveem K, Bartholomeusz FD, Morley JE, Sun WM, et al. Relation between postprandial satiation and antral area in normal subjects. *Am J Clin Nutr* 1997;66(1):127-32.
5. Cave DR. Transmission and epidemiology of *Helicobacter pylori*. *Am J Med* 1996;100(5A):12S-8.
6. Clarkston WK, Pantano MM, Morley JE, Horowitz M, Littlefield JM, Burton FR. Evidence for the anorexia of aging: gastrointestinal transit and hunger in healthy elderly vs. young adults. *Am J Physiol* 1997; 272(1 Pt 2):R243-8.
7. Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *Am J Clin Nutr* 1997;66(4):760-73.
8. Landi F, Calvani R, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, Saveria G, et al. Anorexia of aging: risk factors, consequences, and potential treatments. *Nutrients* 2016;8(2):69.
9. Tremblay C, Serrano GE, Intorcchia AJ, Sue LI, Wilson JR, Adler CH, et al. Effect of olfactory bulb pathology on olfactory function in normal aging. *Brain Pathol* 2022;32(5):e13075.
10. Nomoto A, Shimizu A, Ohno T, Tohara H, Hashidume M, Hatano M, et al. Poor oral health and anorexia in older rehabilitation patients. *Gerodontology* 2022;39(1):59-66.
11. Olsen-Noll CG, Bosworth MF. Anorexia and weight loss in the elderly: causes range from loose dentures to debilitating illness. *J Postgrad Med* 1989;85(3):140-4.

12. Donini LM, Poggiogalle E, Piredda M, Pinto A, Barbagallo M, Cucinotta D, et al. Anorexia and eating patterns in the elderly. *PloS one* 2013; 8(5):e63539.
13. Gil-Montoya JA, Ferreira de Mello AL, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging* 2015;10:461-7.
14. Fostinelli S, De Amicis R, Leone A, Giustizieri V, Binetti G, Bertoli S, et al. Eating behavior in aging and dementia: the need for a comprehensive assessment. *Front Nutr* 2020;7:604488.
15. The HONcode standard for trustworthy health. List of medications that may cause anorexia [Internet]. 2017[cited 2024 Feb 14]. Available from: <https://www.emedexpert.com/side-effects/anorexia.shtml>
16. Choi H, Park HA, Hyun IG, Kim JH, Hwang YI, Jang SH, et al. Incidence and outcomes of adverse drug reactions to first-line anti-tuberculosis drugs and their effects on the quality of life: a multicenter prospective cohort study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2022;31(11): 1153-63.
17. Morley JE, Silver AJ. Anorexia in the elderly. *Neurobiol Aging* 1988;9(1):9-16.
18. Tetsuka S, Otsuka M, Hashimoto R, Kato H. Anorexia due to depression in the elderly from the viewpoint of primary care. *J Med Cases* 2017;8(4):119-23.
19. Firoozjah MH, Sheikh M, Mohammadnia S, Homayouni S. Increasing in eating disorders and their role in social-physical anxiety in active elderly men. *The Journal of Toloo-e-Behdasht* 2015;14(3):25-37.
20. Sanford AM. Anorexia of aging and its role for frailty. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2017; 20(1):54-60.
21. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. น่าห่วง! ผู้สูงอายุ 12% อยู่คนเดียว อีก 21.1% อยู่ลำพังกับคู่สมรส ชี้สารพัดปัญหา สวัสดิการไม่เพียงพอ [อินเทอร์เน็ต]. 2565[เข้าถึงเมื่อ 22 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2022/08/25865>
22. Simmons SF, Walker KA, Osterweil D. The effect of megestrol acetate on oral food and fluid intake in nursing home residents: a pilot study. *J Am Med Dir Assoc* 2005;6 suppl 3: S5-11.
23. Yeh SS, Lovitt S, Schuster MW. Usage of megestrol acetate in the treatment of anorexia-cachexia syndrome in the elderly. *J Nutr Health Aging* 2009;13(5):448-54.
24. Marshall LL. Megestrol acetate therapy in geriatric patients: case reviews and associated deep vein thrombosis. *Consult Pharm* 2003; 18(9):764-73.
25. Kropsky B, Shi Y, Cherniack EP. Incidence of deep-venous thrombosis in nursing home residents using megestrol acetate. *J Am Med Dir Assoc* 2003;4(5):255-6.

26. Kim SY, Yun JM, Lee JW, Cho YG, Cho KH, Park YG, et al. Efficacy and tolerability of cyproheptadine in poor appetite: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Clin Ther* 2021;43(10):1757-72.
27. Harrison ME, Norris ML, Robinson A, Spettigue W, Morrissey M, Isserlin L. Use of cyproheptadine to stimulate appetite and body weight gain: a systematic review. *Appetite* 2019;137:62-72.
28. Remy DC, Rittle KE, Hunt CA, Anderson PS, Engelhardt EL, Clineschmidt BV, et al. (+)-and (-)-3-Methoxycyproheptadine. A comparative evaluation of the antiserotonin, antihistaminic, anticholinergic, and orexigenic properties with cyproheptadine. *J Med Chem* 1977;20(12):1681-4.