

คำแนะนำ
สำหรับแพทย์ในการดูแลรักษา
ผู้ป่วยที่มี

ภาวะกระเพาะปัสสาวะ บีบตัวไวเกิน ในประเทศไทย



โดย ชมรมควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะแห่งประเทศไทย
(Thai Continence Society (ThCS) Consensus
for Physicians managing Overactive Bladder in Thailand)

Website : <https://www.tcssthailand.org> Facebook : @ThaiContinenceSociety

คำแนะนำ
สำหรับแพทย์ในการดูแลรักษา
ผู้ป่วยที่มี

ภาวะกระเพาะปัสสาวะ บีบตัวไวเกิน ในประเทศไทย



โดย ชมรมควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะแห่งประเทศไทย
(Thai Continence Society (ThCS) Consensus
for Physicians managing Overactive Bladder in Thailand)

Website : <https://www.tcssthailand.org> Facebook : @ThaiContinenceSociety

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2563

จำนวน 2,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : ไอเดีย อินสแตนท พรินท์

โทรศัพท์ : 0-2285-2835 แฟกซ์ : 0-2285-2368

e-mail : idea.print1122@gmail.com

สารบัญ

หลักการและเหตุผล 4

คำแนะนำสำหรับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย
ที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินในประเทศไทย 6

ภาคผนวก ก

อาการของภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน 9

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม Overactive Bladder Symptom Score (OABSS)
ฉบับภาษาไทย 10

ภาคผนวก ค

การตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัย
ภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน 11

ภาคผนวก ง

การตรวจเพิ่มเติม (further investigations) 13

ภาคผนวก จ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral modification) 14

ภาคผนวก ฉ

กลุ่มยาที่ใช้รักษาภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน 16

ภาคผนวก ช

การรักษาภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน
ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น 20

หลักการและเหตุผล

คณะทำงาน

ชมรมควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะแห่งประเทศไทย (Thai Continence Society) สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (Thai Urological Association under the Royal Patronage)

กิตติกรรมประกาศ

คณะทำงานขอขอบคุณสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และชมรมนรีแพทย์ทางเดินปัสสาวะแห่งประเทศไทย (Thai Urogynecologists Society) ในการร่วมจัดทำ เสนอแนะและประมวลเนื้อหาในครั้งนี้

บทนำและวัตถุประสงค์

ภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน (Overactive bladder, OAB) เป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่ระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเนื่องจากการปวดปัสสาวะอย่างฉับพลัน พบได้ทั้งในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ ในปัจจุบันมียาที่ใช้ในการรักษาภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินมากขึ้นรวมถึงมีแนวทางเวชปฏิบัติของต่างประเทศหลายฉบับที่แนะนำเรื่องของการวินิจฉัยและการรักษาซึ่งมีความแตกต่างไปตามบริบทของแต่ละประเทศ ในประเทศไทยความตระหนักรู้ของภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินยังมีน้อยทั้งในแพทย์และผู้ป่วยทำให้การวินิจฉัย การรักษาและการดูแลตัวเองของผู้ป่วยอาจยังไม่เหมาะสม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการจัดการและรักษาผู้ป่วยภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินให้กับแพทย์ทั่วไปและศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ ด้วยเหตุนี้ทางชมรมควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะแห่งประเทศไทย (Thai Continence Society) ได้เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าวจึงทำการรวบรวมบทความและความคิดเห็นจากศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะหลายท่านจัดทำ “คำแนะนำสำหรับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินใน

ประเทศไทย โดยชมรมควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะแห่งประเทศไทย (Thai Continence Society (ThCS) Consensus for Physicians managing Overactive Bladder in Thailand)” ฉบับนี้ขึ้นเพื่อหวังเป็นการยกระดับการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินให้มีมาตรฐานเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ป่วย

บทความนี้เป็นเพียงคำแนะนำในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน มิใช่กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะต้องปฏิบัติตาม แพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาสามารถพิจารณาให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมตามบริบทของความพร้อมในการรักษาของแต่ละพื้นที่โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับและผลเสียที่เกิดขึ้นจากการรักษาเป็นต้น

กลุ่มเป้าหมายที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้

1. ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ
2. สูตินรีแพทย์
3. อายุรแพทย์
4. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

คำแนะนำสำหรับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินในประเทศไทย

โดยชมรมควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะแห่งประเทศไทย
(Thai Continence Society (ThCS) Consensus
for Physicians managing Overactive Bladder in Thailand)

1. เป้าหมายในการรักษาภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน (overactive bladder; OAB) คือ บำบัดหรือบรรเทาอาการ เพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วย
2. แพทย์ควรให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะ OAB และแนวทางการรักษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจ อันจะนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีขึ้น
3. การวินิจฉัยภาวะ OAB สามารถทำได้โดย
 - การวินิจฉัยเบื้องต้น ด้วยการซักประวัติอาการของ OAB (ภาคผนวก ก.) และ/หรือร่วมกับการใช้แบบสอบถาม overactive bladder symptom score (OABSS) ฉบับภาษาไทย (ภาคผนวก ข.) การตรวจร่างกาย (ภาคผนวก ค.) และการตรวจปัสสาวะ (urinalysis)
 - ในการวินิจฉัยภาวะ OAB จำเป็นต้องประเมินอาการและอาการแสดงที่อาจเกี่ยวข้องกับโรคอื่นที่มีอาการคล้ายคลึงกัน เช่น นิ่วในทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น
 - ในกรณีที่การวินิจฉัยไม่ชัดเจน ให้พิจารณาสืบค้นเพิ่มเติมตามความเหมาะสม (ภาคผนวก ง.) และ/หรือพิจารณาส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทางเดินปัสสาวะ
4. หลังจากการวินิจฉัยภาวะ OAB ตามแนวปฏิบัติในข้อที่ 3 สามารถเริ่มการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral modification) (ภาคผนวก จ.) หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral modification) ควบคู่ไปกับการใช้ยา (pharmacological therapies) โดยการรักษาด้วยยา แบ่งตามกลุ่มของผู้ป่วย ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีอาการของ OAB สามารถเริ่มการรักษาด้วยยาในกลุ่ม antimuscarinics และ/หรือ $\beta 3$ -adrenoceptor agonist (ภาคผนวก ฉ.)

- ผู้ป่วยชายที่มีอาการของ OAB ร่วมกับ อาการปัสสาวะลำบาก (voiding symptoms) สามารถเริ่มการรักษาด้วยยากกลุ่ม alpha-blockers เพียงอย่างเดียว หรือพิจารณาใช้ยากกลุ่ม alpha-blockers ควบคู่กับ ยากลุ่ม antimuscarinics หรือ $\beta 3$ -adrenoceptor agonist

- ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (frail elderly) ให้รักษาด้วยความระมัดระวังในการใช้ยากกลุ่ม antimuscarinics และ/หรือ $\beta 3$ -adrenoceptor agonist

5. ติดตามผลการรักษาหลังจากใช้ยา 1 – 3 เดือน เพื่อประเมินผลการรักษา อาการข้างเคียง และอาการแทรกซ้อนอื่นๆ หากอาการดีขึ้นและไม่พบอาการข้างเคียง แนะนำให้ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่อาการไม่ดีขึ้นจนเป็นที่น่าพอใจ หรือผู้ป่วยไม่สามารถทนอาการข้างเคียงจากยาได้ แนะนำให้ส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะ

6. สำหรับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาหลังได้รับยา 1 ชนิด แนะนำให้

- ตรวจประเมินซ้ำเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง (ภาคผนวก ง.)
- หากผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม $\beta 3$ -adrenoceptor agonist เป็นชนิดแรก แนะนำให้เปลี่ยนเป็นยาในกลุ่ม antimuscarinics หรือใช้ควบคู่กันไป
- หากผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม antimuscarinics เป็นชนิดแรก แนะนำให้
 - เพิ่มขนาดยาในกลุ่ม antimuscarinics จนถึงขนาดยาสูงสุดที่แนะนำของยาชนิดนั้น
 - เปลี่ยนเป็นยาในกลุ่ม antimuscarinics ชนิดอื่น
 - เปลี่ยนเป็นยาในกลุ่ม $\beta 3$ -adrenoceptor agonist
 - พิจารณาใช้ควบคู่กับยาในกลุ่ม $\beta 3$ -adrenoceptor agonist

7. การรักษาที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ควรทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะ (ภาคผนวก ข.)

หมายเหตุ บทความนี้เป็นเพียงคำแนะนำในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน มิใช่กฎเกณฑ์หรือข้อบังคับที่จะต้องปฏิบัติตาม แพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาสามารถพิจารณาให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมตามบริบทของความพร้อมในการรักษาของแต่ละพื้นที่โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับและผลเสียที่เกิดขึ้นจากการรักษาเป็นที่ตั้ง

ภาคผนวก ก

อาการของภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

ภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน (overactive bladder, OAB) เป็นชื่อของกลุ่มอาการของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ซึ่งประกอบด้วย 4 อาการ ดังนี้

- ปวดปัสสาวะรีบเร่ง (urgency) หมายถึง อาการรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะซึ่งเกิดขึ้นฉับพลันและรุนแรงจนไม่สามารถรอได้ (โดยปกติคนเราจะสามารถกลั้นปัสสาวะและชะลอการถ่ายปัสสาวะได้)
- ปัสสาวะบ่อย (frequency) หมายถึง มีการถ่ายปัสสาวะที่บ่อยกว่าปกติ คือ มากกว่า 8 ครั้งต่อวัน (24 ชั่วโมง) (จำนวนครั้งที่แต่ละบุคคลถ่ายปัสสาวะในระหว่างวันอาจแตกต่างกันแต่ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการปัสสาวะมากกว่า 8 ครั้ง ในหนึ่งวัน เข้าข่ายว่า “ปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ”)
- กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือปัสสาวะเล็ดราด (urge incontinence) หมายถึง การเล็ดราดของปัสสาวะที่ไม่สามารถควบคุมได้เนื่องจากความรู้สึกปวดปัสสาวะอย่างฉับพลัน (แม้อาการเล็ดราดของปัสสาวะอาจเป็นอาการอย่างหนึ่งของภาวะ OAB แต่ไม่ใช่ทุกคนที่จะต้องมีอาการนี้ร่วมด้วย)
- ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (nocturia) หมายถึง ตื่นขึ้นมาเพื่อปัสสาวะตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปหลังจากเข้านอนแล้ว (คนส่วนใหญ่สามารถนอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมงโดยไม่ต้องปัสสาวะ ดังนั้นการตื่นขึ้นมาเพื่อปัสสาวะตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป จึงเข้าเกณฑ์พิจารณา)

ปัจจุบันให้ความสำคัญของอาการปัสสาวะเร่งรีบ (urgency) เป็นอาการสำคัญ โดยอาจมี ปัสสาวะเล็ดราดตามหลังอาการปัสสาวะเร่งรีบ (urge incontinence) ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ และพบว่าผู้ป่วยมักจะมีอาการปัสสาวะบ่อย (frequency) ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (nocturia) ร่วมอยู่ด้วย

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม Overactive Bladder Symptom Score (OABSS) ฉบับภาษาไทย

คำถาม	ความถี่	คะแนน
1. ปกติท่านปัสสาวะกี่ครั้งในหนึ่งวัน ตั้งแต่หลังตื่นนอนในตอนเช้าถึงก่อนนอนตอนกลางคืน	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ครั้ง	0
	8-14 ครั้ง	1
	เท่ากับหรือมากกว่า 15 ครั้ง	2
2. ปกติท่านต้องตื่นมาปัสสาวะตอนกลางคืนกี่ครั้งนับตั้งแต่นอนหลับแล้วถึงตื่นนอนในตอนเช้า	0 ครั้ง	0
	1 ครั้ง	1
	2 ครั้ง	2
	เท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้ง	3
3. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกปวดปัสสาวะอย่างทันทีทันใด ที่ไม่สามารถกลั้นไว้ได้	ไม่มีเลย	0
	น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง	1
	เท่ากับหรือมากกว่าสัปดาห์ละครั้ง	2
	1 ครั้งต่อวัน	3
	2 ถึง 4 ครั้งต่อวัน	4
4. บ่อยแค่ไหนที่ท่านมีปัสสาวะเล็ดราด ในขณะที่ท่านรู้สึกปวดปัสสาวะอย่างทันทีทันใด ที่ไม่สามารถกลั้นไว้ได้	เท่ากับหรือมากกว่า 5 ครั้งต่อวัน	5
	ไม่มีเลย	0
	น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง	1
	เท่ากับหรือมากกว่าสัปดาห์ละครั้ง	2
	1 ครั้งต่อวัน	3
	2 ถึง 4 ครั้งต่อวัน	4
	เท่ากับหรือมากกว่า 5 ครั้งต่อวัน	5

รวมคะแนน =

หมายเหตุ หากมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 และมีคะแนนการปวดปัสสาวะรบกวน (คำถามข้อ 3) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 อาจแสดงถึงภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

ภาคผนวก ค

การตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัย ภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

การตรวจร่างกายเพิ่มเติมในกรณีที่อาการและการแสดงไม่ชัดเจน ตัวอย่างเช่น

1. การตรวจร่างกายทั่วไป (General physical examination)

1.1 การตรวจบริเวณขาทั้งสองข้าง เพื่อประเมินภาวะบวมน้ำ (Pitting edema)

1.2 การตรวจช่องท้อง (Abdominal examination) ได้แก่

1.2.1 การดูบริเวณผนังหน้าท้อง เพื่อตรวจหาแผลเป็นจากการผ่าตัดในอดีต

1.2.2 การคลำช่องท้องเพื่อตรวจหาตำแหน่งกดเจ็บ (Tenderness) หรือพยาธิสภาพอื่นๆ ได้แก่ ก้อนเนื้องอกมดลูก (Uterine fibroids) ไส้เลื่อน (Hernias) และกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง (Full bladder) จากการมีปัสสาวะค้าง

2. การตรวจภายใน และการตรวจทางทวารหนัก (Vaginal and rectal examination)

2.1 เพศหญิง

2.1.1 การตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก เพื่อประเมินภาวะแห้งและฝ่อลีบ (Vaginal atrophy) ของผิวหนังและเยื่อบุบริเวณรูเปิดท่อปัสสาวะ ปากช่องคลอด และแคมทั้งสองข้าง รวมทั้งตรวจหาผื่นคัน ผิวหนังลอก และบาดแผล ซึ่งอาจมีผลมาจากความอับชื้นเรื้อรัง อันเกิดจากการที่มีปัสสาวะเล็ดอยู่เป็นประจำ

2.1.2 การตรวจประเมินตำแหน่งและความรุนแรงของอวัยวะอุ้งเชิงกรานหย่อนด้วย Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)

2.1.3 การตรวจภายในช่องคลอด (Bimanual examination) เพื่อประเมินภาวะแห้ง ฝ่อลีบ และอักเสบของเยื่อบุช่องคลอด (Atrophic vaginitis) การตรวจหาจุดกดเจ็บและภาวะบีบเกร็งของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Pelvic floor muscle spasticity) และการตรวจหาก้อนในอุ้งเชิงกราน

2.1.4 การตรวจประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานขณะตรวจภายใน โดยให้ผู้ป่วยขมิบช่องคลอด หรือขมิบก้นกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก

2.1.5 การตรวจทางทวารหนักเพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน โดยให้ผู้ป่วยขมิบก้นกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก และการตรวจหาภาวะอุจจาระแข็งคั่ง (Fecal impaction)

2.2 เพศชาย

2.2.1 การตรวจทางทวารหนักเพื่อประเมินเพื่อประเมินภาวะต่อมลูกหมากโต

3. การตรวจระบบประสาท (Neurological examination) ได้แก่

3.1 การตรวจประเมินความรู้และความเข้าใจ (Cognitive function) ตั้งแต่ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการแต่งกาย พฤติกรรม อารมณ์ ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ความจำ การพูด และการตัดสินใจ

3.2 การตรวจประเมินการทำงานของเส้นประสาท Pudendal ซึ่งมีต้นกำเนิดจาก Sacral nerve roots ที่ 2, 3 และ 4

3.3 การตรวจประเมินการรับความรู้สึกบริเวณอวัยวะเพศภายนอก (Perineal sensation) โดยการตรวจ pinprick test ด้วยเข็มกลัดซ่อนปลาย

3.4 การตรวจประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Pelvic floor muscle power) โดยใช้นิ้วตรวจทางทวารหนัก และให้ผู้ป่วยขมิบก้นกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (Anal sphincter)

3.5 การตรวจรีเฟล็กซ์อาร์ก (Sacral reflex arcs) ได้แก่ Bulbocavernosus reflex คือ การตรวจโดยใช้ปลายไม้พันสำลีแตะด้านข้างของ clitoris ในเพศหญิง หรือการบีบปลายองคชาติในเพศชาย จะพบการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก Anocutaneous reflex (Anal wink) คือ การตรวจโดยใช้ปลายไม้พันสำลีแตะผิวหนังรอบรูเปิดทวารหนัก ซึ่งจะทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักเช่นเดียวกัน

ภาคผนวก ง

การตรวจเพิ่มเติม (further investigations)

Post-voiding residual volume (PVR) เป็นการวัดปริมาณปัสสาวะที่ตกค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังจากผู้ป่วยปัสสาวะเสร็จทันที โดยอาจวัดด้วยการใส่สายสวนปัสสาวะหรือ ultrasound การตรวจนี้ไม่จำเป็นต้องตรวจในผู้ป่วยทุกราย อาจพิจารณาในผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนเช่นมีอาการปัสสาวะลำบากร่วมกับอาการปัสสาวะบ่อย หรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิด urinary retention หรือในผู้ป่วยที่มีประวัติผ่าตัด anti-incontinence surgery

Imaging of KUB system (ultrasound, CT scan, MRI), Cystoscopy, Urodynamics ไม่แนะนำให้ตรวจในผู้ป่วย OAB ทุกราย แต่ให้พิจารณาตรวจในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรืออาการไม่ดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษาขั้นต้น การพิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติมขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทางเดินปัสสาวะ โดยคำนึงถึงอาการแสดงและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น

ภาคผนวก จ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral modification)

ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสามารถกระทำได้ด้วยตนเองหรือโดยผู้ดูแลมีส่วนช่วย เนื่องจากเป็นแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไม่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียง อีกทั้งยังสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และใช้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาอีกด้วย

คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สรุปได้ดังนี้

วิธีการ	รายละเอียดเพื่อการปฏิบัติ	ระดับของหลักฐาน (level of evidence: LOE)/การให้น้ำหนัก คำแนะนำ (Strength of recommendation)
การฝึกควบคุมการขับถ่ายของกระเพาะปัสสาวะ (Bladder training)	เพิ่มระยะห่างของการถ่ายปัสสาวะให้มากขึ้น (Incremental voiding schedules) โดยใช้เทคนิคการดึงความสนใจจากความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะ (Distraction) และการสร้างความมั่นใจในความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ (Self-assertion)	LOE 1 / Strong
การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Pelvic floor muscle training)	เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อลดความรู้สึกปวดปัสสาวะที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง (Urge suppression)	LOE1 / Strong
การลดน้ำหนัก	ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก (Obesity) แนะนำให้ลดน้ำหนักประมาณร้อยละ 8 ของน้ำหนักตัวเดิม	LOE 1 / Strong

วิธีการ	รายละเอียดเพื่อการปฏิบัติ	ระดับของหลักฐาน (level of evidence: LOE)/การให้น้ำหนัก คำแนะนำ (Strength of recommendation)
การจำกัดน้ำดื่ม (Fluid restriction)	ลดปริมาณน้ำดื่มให้เหลือ 3 ใน 4 ของ ปริมาตรเดิม แต่ควรหลีกเลี่ยงในรายที่ ดื่มน้ำในปริมาณน้อยอยู่แล้ว ทั้งนี้ควร พิจารณาให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย	LOE 2 / Weak
การหลีกเลี่ยงหรือลด ปริมาณเครื่องดื่มที่มี คาเฟอีน	พิจารณาตามความเหมาะสม เพื่อลด อาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะเร่งรีบ	LOE 2 / Strong
การถ่ายปัสสาวะทันที ที่รู้สึกปวดปัสสาวะ (Prompted voiding) หรือ การถ่ายปัสสาวะ ตามเวลา (Timed voiding)	มีประโยชน์ในผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้าน การเคลื่อนไหวหรือมีความผิดปกติทาง ระบบประสาท	LOE 1 / Strong

ภาคผนวก จ

กลุ่มยาที่ใช้รักษาภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

กลุ่ม antimuscarinics

ชื่อสามัญ	รูปแบบยา	ขนาดยา
Oxybutynin	ยาเม็ดชนิดออกฤทธิ์ทันที	ขนาดยาที่แนะนำ รับประทานยาขนาด 5 มิลลิกรัม วันละ 2 ถึง 3 ครั้ง ขนาดยาสูงสุด รับประทานยาขนาด 5 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง
	ยาเม็ดชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (Sustained release)	ขนาดยาที่แนะนำ รับประทานยาขนาด 5 – 10 มิลลิกรัม วันละ ครั้ง เวลาเดียวกันในแต่ละวัน การเพิ่มขนาดยา อาจเพิ่มขนาดยาสัปดาห์ละ 5 มิลลิกรัมเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพและความปลอดภัยตามต้องการ ขนาดยาสูงสุด 30 มิลลิกรัม วันละครั้ง
Tolterodine	ยาเม็ดชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (Sustained release)	ขนาดยาที่แนะนำ รับประทานยาขนาด 2 - 4 มิลลิกรัม วันละครั้ง โดยขึ้นกับการตอบสนองและการทนต่อยาของผู้ป่วย
Trospium	ยาเม็ดชนิดออกฤทธิ์ทันที	รับประทานยาขนาด 15 – 30 มิลลิกรัม วันละ 1 – 2 ครั้ง (ควรรับประทาน ก่อนมื้ออาหาร)
	ยาเม็ดชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (Sustained release)	รับประทานยาขนาด 60 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง (ควรรับประทาน ก่อนมื้ออาหาร)

ชื่อสามัญ	รูปแบบยา	ขนาดยา
Solifenacin	ยาเม็ดชนิดออกฤทธิ์ทันที	ขนาดยาเริ่มต้น รับประทานยาขนาด 5 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ขนาดยาต่อเนื่อง รับประทานยาขนาด 5 – 10 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
Imidafenacin	ยาเม็ดชนิดออกฤทธิ์ทันที	ขนาดยาเริ่มต้น รับประทานยาขนาด 0.1 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ขนาดยาสูงสุด รับประทานยาขนาด 0.2 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง

หมายเหตุ

1. ยึดตามรายการข้างต้นเป็นยาที่มีอยู่ในประเทศไทย
2. ยาบางชนิดควรพิจารณาการปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคตับหรือโรคไตบกพร่อง

อาการข้างเคียงของยากลุ่ม antimuscarinics

อาการข้างเคียงของยากลุ่ม antimuscarinics ที่พบบ่อยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และนำไปสู่การหยุดยา

- ปากแห้ง
- ตาพร่า
- ตาแห้ง
- ท้องผูก
- ปัสสาวะไม่ออก
- มึนเวียนศีรษะ
- ภาวะความทรงจำบกพร่อง
- จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ

ควรระมัดระวังการใช้ยากลุ่ม antimuscarinics ในผู้ป่วยต่อไปนี้

- สภาวะหัวใจเต้นไม่คงที่

- ภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อลุกขึ้นยืน
- ต้อหิน
- ท้องผูกเรื้อรัง
- ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง
- โรคลำไส้ใหญ่อักเสบชนิดเรื้อรัง
- ระบบทางเดินปัสสาวะอุดตัน
- ภาวะความทรงจำบกพร่อง (ตัวอย่างเช่น ภาวะสมองเสื่อม)
- โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Myasthenia gravis)

ปฏิกิริยาระหว่างยากลุ่ม antimuscarinics กับยาอื่น

ยากลุ่ม antimuscarinics มีปฏิกิริยากับยาอื่นหลายชนิด โดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ทางระบบประสาท cholinergic หรือมีอาการข้างเคียงของ anticholinergic ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาเหล่านั้นร่วมกัน

- ตัวอย่างยาที่เพิ่มฤทธิ์ anticholinergic เมื่อให้ยาร่วมกับยากลุ่ม antimuscarinics

- ยาด้านซึมเศร้า ตัวอย่างเช่น amitriptyline nortriptyline paroxetine fluoxetine และ monoamine oxidase inhibitors (MAOI)

- ยาด้านฮิสตามีนที่ใช้รักษาโรคหอบ ไซ้ละอองฟางและลมพิษ

- Tiotropium ipratropium bromide และ potassium chloride

- ตัวอย่างยาที่ออกฤทธิ์แอนตาโกนิสต์กับยากลุ่ม antimuscarinics เช่น ยากลุ่ม acetylcholinesterase inhibitors ซึ่งใช้รักษาโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง และโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease)

การใช้ยากลุ่ม antimuscarinics ในหญิงตั้งครรภ์

ยากลุ่ม antimuscarinics ส่วนใหญ่จัดอยู่ใน pregnancy category B2 ซึ่งข้อมูลความปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ยังไม่แน่ชัด ดังนั้น ไม่ควรใช้ในหญิงตั้งครรภ์หรือผู้ที่กำลังจะตั้งครรภ์อย่างน้อยเห็นว่ามีประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงที่จะได้รับ

กลุ่ม $\beta 3$ -adrenoceptor agonist

ชื่อสามัญ	รูปแบบยา	ขนาดยา
Mirabegron	ยาเม็ดชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (Sustained release)	ขนาดยาที่แนะนำ รับประทานขนาด 50 มิลลิกรัม วันละครั้ง

หมายเหตุ ควรพิจารณาการปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคตับหรือโรคไตบกพร่อง

อาการข้างเคียงของยากกลุ่ม $\beta 3$ -adrenoceptor agonist

อาการข้างเคียงที่พบทั่วไป (พบไม่เกิน 1 ใน 10 ราย)

- ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ
- ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
- คลื่นไส้
- ท้องผูก
- ปวดหัว
- ท้องเสีย
- มีเนื้องอก

อาการข้างเคียงที่พบไม่บ่อย (พบไม่น้อยกว่า 1 ใน 1,000 ถึง ไม่เกิน 1 ใน 100)

- ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

ภาคผนวก ช

การรักษาภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะ จะพิจารณาให้การรักษาโดยวิธีที่ซับซ้อนขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้ยารับประทาน

- Intravesical onabotulinumtoxinA injection การฉีดยา onabotulinumtoxinA ที่ผนังกระเพาะปัสสาวะเพื่อลดการบีบตัวของ detrusor muscle
- Neuromodulation (peripheral tibial nerve stimulation – PTNS, sacral neuromodulation – SNS) เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นเส้นประสาท tibial nerve หรือ sacral nerve
- Augmentation cystoplasty การผ่าตัดโดยใช้ส่วนหนึ่งของลำไส้มาขยายขนาด เพิ่มความจุกระเพาะปัสสาวะ

บรรณานุกรม

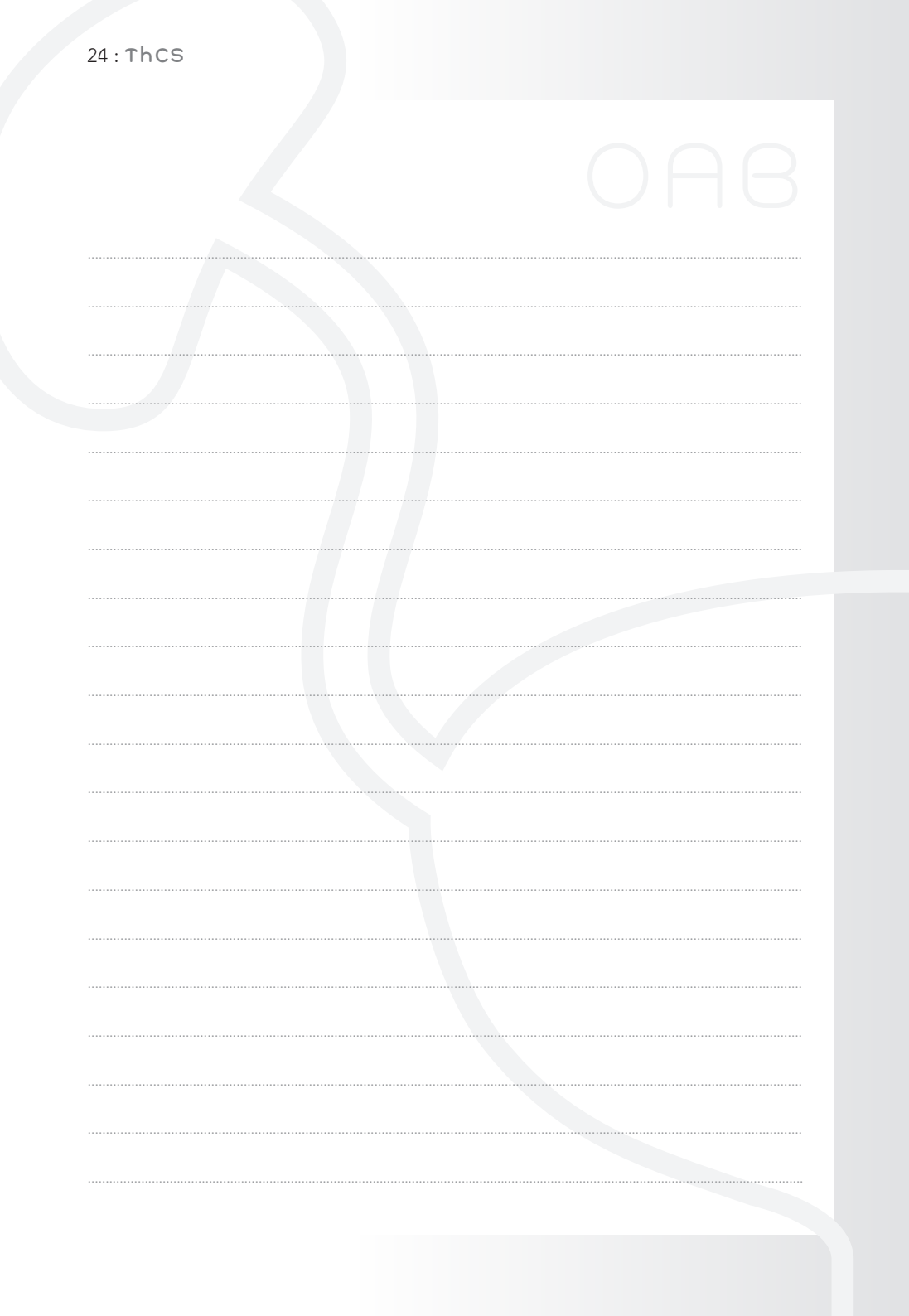
1. Lightner DJ, Gomelsky A, Souter L and Vasavada SP. Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline Amendment 2019. The Journal of Urology. 2019; 202: p. 558-563.
2. Corcos J, Przydacz M, Campeau L, Witten J, Hickling D, Honeine C, et al. CUA guideline on adult overactive bladder. Canadian Urological Association Journal. 2017; 11(5): p. E142-E173.
3. Homma Y, Yoshida M, Seki N, Yokoyama O, Kakizaki H, Gotoh M et al. Symptom assessment tool for overactive bladder syndrome - overactive bladder symptom score. Adult Urology. 2006; 68(2): p. 318-323.
4. Yamaguchi O, Nishizawa O, Takeda M, Yokoyama O, Homma Y, Kakizaki H, et al. Clinical guidelines for overactive bladder. International Journal of Urology. 2009; 16: p. 126-142.
5. Suvit B. Reliability of Thai-Version Overactive Bladder Symptom Scores (OABSS) Questionnaire and the Correlations of OABSS with Voiding Diary, International Prostate Symptom Score (IPSS), and Patient Perception of Bladder Condition (PPBC) Questionnaires. Journal of the Medical Association of Thailand. 2015; 98(11): p. 1064-1074.
6. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, et al. American Urological Association. [Online].; 2019 [cited 2019 September 11. Available from: [https://www.auanet.org/guidelines/overactive-bladder-\(oab\)-guideline#x2907](https://www.auanet.org/guidelines/overactive-bladder-(oab)-guideline#x2907).
7. Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE. European Association of Urology. [Online].; 2018 [cited 2019 September 11. Available from: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Urinary-Incontinence-2018-large-text.pdf>.
8. สังข์คุ้ม ป. Approach to lower urinary tract symptoms. In ชูณหทล้าย ว, สันติงามกุล อ, editors. Common urologic problems for medical student. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2558. p. 1-10.

9. Gravas S., Cornu JN, Drake MJ, Gacci M, Gratzke C, Herrmann TRW, Madersbacher S, Mamoulakis C, Tikkinen KAO. European Association of Urology. [Online].; 2018 [cited 2019 September 16. Available from: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-the-Management-of-Non-neurogenic-Male-LUTS-2018-large-text.pdf>.
10. Leron E, Weintranub AY, Mastrolia SA, Schwarzman P. Overactive Bladder Syndrome: Evaluation and Management. 2018; 11(3): p. 117-125.

OAB

A series of horizontal dotted lines for handwriting practice. A large, light gray, stylized letter 'S' is drawn across the page, serving as a background watermark. The 'S' starts at the top right, curves down and left, then curves back up and right, and finally curves down and left again, ending near the bottom left. The dotted lines are evenly spaced and run horizontally across the page, providing a guide for letter height and placement.

OAB



A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page below the header.

ชมรมควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะแห่งประเทศไทย
สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
เลขที่ 2 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี
ชั้น 7 ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10250