ประสาทจิตเวชศาสตร์ ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

(The BPSD book)

ฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง

ประสาทจิตเวชศาสตร์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

(The BPSD book)

แพทย์หญิงฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือเล่มนี้ได้รับทุนสนับสนุนการจัดทำผลงานวิชาการจาก
มูลนิธิเพื่อการศึกษา และประชาสงเคราะห์
(The Education and Public Welfare Foundation)

ประสาทจิตเวชศาสตร์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (The BPSD book)

บรรณาธิการ แพทย์หญิงจิฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง

จัดทำโดย แพทย์หญิงจิฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เผยแพร่ กรกฎาคม 2566

ราคา 240 บาท

ISBN (e-Book) 978-616-603-887-3

สงวนลิขสิทธิ์

ออกแบบ บริษัท ปริ้นท์แอนด์มอร์ จำกัด
โทรศัพท์ 064 592 6359

คำนำ

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรไทยในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่มีผลกระทบกับสังคมไทยอย่างมาก องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคสมองเสื่อมก็เพิ่งเริ่มได้รับความสนใจมากขึ้นในช่วงทศวรรษนี้ อย่างไรก็ดี ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของโรคสมองเสื่อม และ ปัญหาทางประสาทจิตเวชศาสตร์ ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด และจิตใจที่เกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อม ถือเป็นความรู้ที่ยังขาดแคลนอยู่ในวงการแพทย์ไทย ซึ่ง ณ ปัจจุบัน พ.ศ. 2566 ยังไม่มีหนังสือ หรือตำราภาษาไทย ในเรื่องการจัดการปัญหาเหล่านี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยตรง

ผู้เขียนจึงได้เขียนหนังสือเล่มนี้ มุ่งเน้นให้ผู้อ่านเกิดความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนสามารถวางแผน จัดการดูแล ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด จิตใจ ของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ โดยเนื้อหาของหนังสือเล่มนี้ได้มาจากการรวบรวม เรียบเรียง สังเคราะห์ ศึกษาค้นคว้าจาก ฐานข้อมูลทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ หนังสือ ตำรา เอกสารวิชาการ ผลงานวิจัยของผู้เขียนเองที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับนานาชาติ ผลงานวิจัยอื่นๆ ที่สำคัญในศาสตร์นี้ คำแนะนำในเวชปฏิบัติของต่างประเทศ และของประเทศไทย โดยปรับให้ทันสมัยและเข้ากับบริบทประเทศไทย ผสมผสานกับประสบการณ์ของผู้เขียนที่ได้ปฏิบัติงานในแผนกจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คลินิกความจำและคลินิกสมองเสื่อม ที่มหาวิทยาลัยโตรอนโต ประเทศแคนาดา ร่วมกับประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนในด้านนี้แก่ นิสิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด นิสิต ป.บัณฑิตสุขภาพจิต ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้ ผู้เขียนมีความหวังเป็นอย่างยิ่งให้หนังสือเล่มนี้ สามารถใช้เป็นแหล่งความรู้สำหรับผู้เกี่ยวข้องที่สนใจ ได้ศึกษาค้นคว้าและนำไปปรับใช้ กับผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัวได้ และสามารถจัดการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมให้มีคุณภาพดีขึ้นได้ ลดอคติของสังคม ช่วยลดภาระพึ่งพิง และค่าใช้จ่ายในการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุข ส่งเสริมให้คนในสังคมไทย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ต่อไป

หากมีข้อผิดพลาดหรือข้อเสนอแนะประการใด ผู้เขียนขอน้อมรับไปปรับปรุงในโอกาสหน้า ผู้อ่านสามารถติดต่อผู้เขียนได้ที่อีเมล thitiporn.s@chula.ac.th

แพทย์หญิงฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง

เมษายน พ.ศ. 2566

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียน ขอขอบพระคุณ มูลนิธิเพื่อการศึกษา และประชาสงเคราะห์ (The Education and Public Welfare Education) ที่ได้สนับสนุนทุนในการจัดทำหนังสือเรื่องประสาทจิตเวชศาสตร์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม มาโดยตลอด

คุณความดีของหนังสือเล่มนี้ ขอมอบแด่ บิดา มารดา ครูบาอาจารย์ ผู้มีพระคุณ เพื่อนๆ ครอบครัวที่เป็นกำลังใจ และผู้ป่วยทุกท่านที่ถือว่าเป็นครูของผู้เขียน

ทุนสนับสนุน

หนังสือเล่มนี้ได้รับทุนสนับสนุนการจัดทำผลงานวิชาการ จากมูลนิธิเพื่อการศึกษา และประชาสงเคราะห์ (The Education and Public Welfare Foundation) https://epwf.net

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	3
กิตติกรรมประกาศ	4
บทที่ 1 บทนำ (Introduction)	11
1. ความสำคัญของปัญหาสมองเสื่อม	14
2. ความหมายของโรคสมองเสื่อม	16
3. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	23
สรุปบทที่ 1	26
เอกสารอ้างอิง	26
บทที่ 2 อาการทางประสาทจิตเวชศาสตร์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (neuropsychiatric symptoms of dementia)	29
1. คำนิยาม และความสำคัญ	29
2. ระบาดวิทยาของ BPSD	32
3. สาเหตุของการเกิดปัญหา BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อม	35
3.1 ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)	38
3.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม	40
3.3 ปัจจัยด้านสารสื่อประสาท	41
3.4 ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม	43
4. กลุ่มอาการของ BPSD	44
4.1 BPSD ประกอบด้วยอาการอะไรบ้าง	44
4.2 อารมณ์เรียบเฉยชา ไม่ยินดียินร้าย	45

4.3 ก้าวร้าว เกรี้ยวกราด (aggression) 46

4.4 กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง กระวนกระวาย (agitation, and/or restlessness) 47

4.5 พฤติกรรมเดินเร่ร่อน (wandering) 48

4.6 พฤติกรรมตามติดเป็นเงา (shadowing) 49

4.7 อาการทางจิต (psychosis): ประสาทหลอน (hallucinations), หลงผิด (delusions), ระบุตัวตนผิด (misidentification), ระแวงสงสัย (suspiciousness) 49

4.7.1 อาการหลงผิด (delusion) 50

4.7.2 อาการประสาทหลอน (hallucinations) 51

4.7.3 อาการระบุตัวตนผิด (misidentifications) 51

4.8 ปัญหาวงจรการนอนที่ผิดปกติ (sleep-wake cycle disturbance) 52

4.9 การเปลี่ยนแปลงของการรับประทานอาหาร (alterations of appetite and eating) 52

4.10 การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม (sexual disturbances) 53

4.11 ซึมเศร้า (depression) 53

4.12 แมเนียครื้นเครง (mania) 53

สรุปบทที่ 2 54

เอกสารอ้างอิง 55

บทที่ 3 แนวทางการประเมินภาวะปัญหาทางประสาทจิตเวชศาสตร์สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองเสื่อม 59

1. ขอบเขตกรอบแนวคิดในการประเมินปัญหา BPSD 60

2. การตรวจสภาพจิตในผู้สูงอายุ 65

3. การตรวจประเมินคัดกรองทางปริชานปัญญา (cognitive assessment) 72

4. การตรวจร่างกายทั่วไป และการตรวจร่างกายทางระบบประสาท 74

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสีวิทยา 75

6. ประเด็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่เป็นสาเหตุของ BPSD 76

6.1 ภาวะปัญหาที่มักพบร่วมกันได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง 78

6.1.1 ภาวะสับสน เพ้อ (delirium) 78

6.1.2 ปัญหาความเปราะบางในผู้สูงอายุ (frailty) 80

6.1.3 ปัญหาเรื่องการหกล้ม (falls) 81

7. การประเมินเพื่อป้องกันอันตราย และการจัดการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม 82

7.1 การป้องกันการหกล้ม (falls prevention) 83

7.2 ปัญหาความเจ็บปวด (pain) 84

7.3 ปัญหาการขับถ่าย ท้องผูก (constipation) 85

7.4 ปัญหาการกลั้นอุจจาระปัสสาวะ (incontinence) 86

7.5 ปัญหาสุขภาพฟัน (dental health) 86

8. การประเมินปัญหาด้านจิตสังคม และปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่จำเป็น 87

9. การประเมินความเสี่ยง การเกิดอันตราย และผู้อื่น จากปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือจากสิ่งแวดล้อม 89

10. การประเมินบทบาทความสามารถ และการช่วยเหลือผู้ดูแลครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม และให้การสนับสนุนทีมรักษา 90

สรุปบทที่ 3 91

เอกสารอ้างอิง 92

บทที่ 4 การจัดการกับปัญหาประสาทจิตเวชศาสตร์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD management) 95

1. การรักษาแบบที่ไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatment) 96

2. การรักษาด้วยการใช้ยา (pharmacological treatment) 102

สรุปบทที่ 4 112

เอกสารอ้างอิง 113

บทที่ 5 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (caregiver) 119

1. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 120
2. ปัญหาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องเผชิญ 121
3. ภาวะเหนื่อยหน่ายหมดไฟในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 121
4. แบบคัดกรองภาวะเหนื่อยหน่ายหมดไฟในผู้ดูแล 122
5. คำแนะนำและลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ดี 122
6. คำแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในการดูแลตนเอง 125
7. คำแนะนำสำหรับผู้ดูแลในการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม 126
8. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง คงความสามารถในการดูแลตนเอง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างตั้งใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม 128

สรุปบทที่ 5 129

เอกสารอ้างอิง 130

บทที่ 6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบผสมผสาน [Integrated Care Pathway (ICP) for the elderly] 131

1. หัวใจหลักของแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน 132

เอกสารอ้างอิง 138

ภาคผนวก 141

ดัชนี 143

เกี่ยวกับผู้เขียน 154

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1.1	หัวข้อในการประเมินการดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic ADL, bADLs)	17
ตารางที่ 1.2	หัวข้อในการประเมินการดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นสูงหรือต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental, iADLs)	17
ตารางที่ 1.3	แสดงชนิดของสมองเสื่อมที่พบได้บ่อย อาการสำคัญ และอาการ BPSD	22
ตารางที่ 1.4	แสดงรายละเอียดในการวินิจฉัย major neurocognitive disorder ตามเกณฑ์ DSM-5	24
ตารางที่ 1.5	แสดงความแตกต่างที่เป็นจุดเด่นในรายละเอียดของเกณฑ์การวินิจฉัยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ของแต่ละสมาคมผู้เชี่ยวชาญ	25
ตารางที่ 2.1	แสดงตัวอย่างความต้องการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมและพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็น	39
ตารางที่ 3.1	แบบประเมินระดับสมรรถนะของผู้ป่วยสมองเสื่อม	62
ตารางที่ 3.2	แบบรายงานปัญหาพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม	63
ตารางที่ 3.3	ตัวอย่างของอาการแสดงในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ และภาวะโรคที่ต้องนึกถึงและการส่งตรวจเพิ่มเติม	76
ตารางที่ 3.4	หัวข้อและคำถามในการประเมินภาวะความเปราะบางในผู้สูงอายุ (frailty)	82
ตารางที่ 4.1	แสดงวิธีการให้ยากลุ่ม cognitive enhancer สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม กลไก และข้อควรระวัง	105

สารบัญแผนภูมิ กราฟ แผนภาพ

		หน้า
กราฟที่ 1.1	แสดงความสัมพันธ์ของระยะในการเกิดโรคสมองเสื่อม ความเสื่อมถอยของพุทธิปัญญา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	19
แผนภูมิที่ 1.2	แสดงร้อยละความถี่ของการเกิดอาการ BPSD ในแต่ละอาการในสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ กัน	21
แผนภูมิที่ 2.1	แสดงร้อยละความชุกของอาการ BPSD ในผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย	32
แผนภูมิที่ 2.2	แสดงร้อยละความชุกของอาการ BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์	33
แผนภูมิที่ 2.3	แสดงถึงร้อยละความชุกของ BPSD ที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะของความรุนแรงของโรค	33
แผนภูมิที่ 2.4	แสดงร้อยละความถี่ของการเกิด BPSD ในแต่ละอาการในสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ	34
แผนภาพที่ 2.5	แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการ BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อม	38
แผนภาพที่ 2.6	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างยีน ApoE กับภาวะโรคต่าง ๆ โดยขนาดแสดงถึงระดับของความสัมพันธ์	41
แผนภาพที่ 2.7	ภาพสรุปแสดงปัจจัยด้านผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกัน ส่งผลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดที่ผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม	43
แผนภาพที่ 2.8	แสดงกลุ่มอาการ BPSD (BPSD clusters)	45

บทที่ 1
บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 แล้ว และนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยก็กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสัมบูรณ์ (aged society) โดยถือจากนิยามขององค์การอนามัยโลกที่ให้คำจำกัดความของสังคมที่มีสัดส่วน ประชากรที่อายุ 60 ปี ขึ้นไปรวมทั้งเพศชายและเพศหญิง มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ[1] ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่มีจำนวนสัดส่วนประชากรผู้สูงวัยมากกว่าวัยเด็กในประเทศไทย และจากการคาดการณ์ไปในอนาคตของสำนักประชากรศาสตร์ โดยคาดการณ์กันไว้ว่าในปี พ.ศ. 2585 จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยสูงถึง 17 ล้านคน[2, 3] โดยคิดเป็นสัดส่วนจำนวนร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด อุปมาคือหากเราเดินสุ่มไปตามท้องถนนในปี พ.ศ. 2585 หากเราพบคน 4 คน จะเจอผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งนับเป็นอัตราส่วนที่สูงขึ้นกว่าในยุคก่อนมาก ทั้งนี้ แนวโน้มสถานการณ์ของการเพิ่มสัดส่วนของผู้สูงอายุนั้นมีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เกือบทั่วทั้งโลก ไม่เพียงแต่เฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น โดยหากพยากรณ์ต่อไปในอนาคตสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นทั่วโลก และผลที่ตามมาก็คือปัญหาวิกฤตของการเกิดสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งขณะนี้ก็ได้เกิดขึ้นหลายที่ในโลกของเรา โดยส่วนใหญ่จะเป็นประเทศในกลุ่มที่พัฒนาแล้วที่โครงสร้างของประชากรกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากสัดส่วนประชากรสูงอายุในสังคมมากขึ้น จากการคาดการณ์อัตราจำนวนประชากรโลก โดยการทำนายไปข้างหน้าคาดว่าในปี ค.ศ. 2050 ประเทศในกลุ่มยุโรปส่วนใหญ่ และประเทศสหรัฐอเมริกา จะมีจำนวนสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงถึง 88.5 ล้านคน โดยนับเป็นร้อยละ 20.2 ของประชากรทั้งหมด[1] ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่อัตราการเกิดของประชากรได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉลี่ยทั่วโลก และ อายุขัยค่าเฉลี่ยชีวิต (life expectancy) ของประชากรยืนยาวขึ้นหากเมื่อเทียบกับในอดีต ดังนั้นจากสองปัจจัยนี้ ทำให้หลายประเทศทั่วโลกเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงอายุ จากตัวชี้วัดสัดส่วนจำนวนประชากรของ

คลิกกลับสารบัญ

ผู้สูงอายุที่มีมากขึ้น ซึ่งหลายประเทศในโลกขณะนี้ก็จัดอยู่ในกลุ่มประเทศสังคมผู้สูงอายุแล้ว และบางประเทศก็กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสัมบูรณ์แล้ว เช่น ประเทศไทยเป็นต้น หรือในบางประเทศก็อาจจะเพิ่งเริ่มกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างไรก็ดี ในประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างเช่นประเทศไทยจะเกิดปัญหาวิกฤตสังคมผู้สูงอายุได้มากกว่า เนื่องจากยังขาดการตระหนักรู้ของสังคม ขาดการเตรียมการณ์ และแผนพัฒนาด้านสังคมผู้สูงวัยอย่างยั่งยืน เพราะการที่สังคมใดสังคมหนึ่งได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุนั้นไม่ได้หมายความถึงแค่การที่ประเทศใดประเทศหนึ่ง มีสัดส่วนประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในสังคมเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีสัดส่วนของปัญหาอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้นตามมา ดังที่เรียกกันว่าวิกฤตสังคมผู้สูงอายุ และหลายประเทศจะต้องเผชิญปัญหานี้เหมือนกันทั่วโลก เพราะสังคมผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนในหลาย ๆ ด้าน ตั้งแต่ทัศนคติของผู้คนในชุมชนต่อผู้สูงอายุ ตลอดจนการปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเอื้ออำนวยแก่การใช้ชีวิตของผู้สูงวัย การดูแลส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจของผู้สูงอายุ การป้องกันและติดตามดูแลรักษาโรคประจำตัวและโรคเรื้อรัง ซึ่งจะมีภาระค่าใช้จ่าย นอกจากความต้องการทางด้านการแพทย์ การดูแลทางสาธารณสุขในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีภาระการดูแลด้านอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้นด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยเกษียณจากการทำงาน จะทำให้มีปัญหาเรื่องรายได้ และประเด็นเรื่องเศรษฐกิจสังคม ดังนั้นนโยบายการดูแลสวัสดิการรัฐ เบี้ยยังชีพสำหรับคนชรา[3] และ การปรับสภาพแวดล้อม และสังคมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุในสังคม การมีระบบขนส่งสาธารณะ การปรับผังเมือง ที่เอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ฯลฯ ก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่ประเทศไทยควรปรับ ทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในด้านการดูแลผู้สูงอายุทั้งสิ้น นอกจากนี้อัตราการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจสังคม ของประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ ก็จะเกิดการชะลอตัวลง เนื่องจากอัตราส่วนของวัยทำงาน และผู้ใช้แรงงานลดลง นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายจากการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัย การที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ก็จะทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำเป็นต้องพึ่งพิงต่อครอบครัว และเป็นภาระทางสังคมได้มากกว่าบุคคลที่สุขภาพดี หรืออายุยังน้อย และ หากผู้สูงอายุยิ่งมีปัญหาสุขภาพร่างกาย สมองเสื่อม หรือมีปัญหาทางอารมณ์พฤติกรรมจนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวัน ก็จะเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมมากขึ้น และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมโดยรวมจะลดลง ชลอการพัฒนาประเทศก็จะหากไม่ได้เตรียมการรับมือกับปัญหาที่ท้าทายสำหรับการเกิดสังคมผู้สูงอายุเหล่านี้ให้ดีมาก่อนแล้วก็จะเป็นปัญหาใหญ่ต่อเนื่องยาวนาน กลายเป็นลูกโซ่ที่มีผลกระทบต่อสังคมได้ไปในอนาคต ดังนั้นการมีองค์ความรู้ ในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการเตรียมการ ตลอดจนการจัดการที่ดีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งกายและใจ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จะช่วยป้องกัน และ

ลดปัญหาเศรษฐกิจสังคมที่สืบเนื่องกับปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และของสังคมไทย โดยรวมในระดับประเทศได้

สืบเนื่องจากการที่มีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นในสังคม ดังนั้น ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุก็มากขึ้นเป็นเงาตามตัว โรคที่ก่อให้เกิดปัญหา ก่อภาระต่อครอบครัว และค่าใช้จ่าย ที่พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ คือ โรคหรือภาวะสมองเสื่อม โดยอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นทุก 5.9 ปี ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อมมากกว่า 55 ล้านคน และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยอุบัติใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 9.9 ล้านคนทุกปีทั่วโลก และมีการคาดการณ์ต่อไปอีกว่าในปี ค.ศ. 2030 จะเพิ่มขึ้นถึง 75 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ คาดการณ์กันว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากขึ้นถึงร้อยละ 16 ของประชากรโลก ภายหลังปี ค.ศ. 2050 และจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมนั้นจะเพิ่มมากถึง 152 ล้านคนเลยทีเดียว[4] โดยร้อยละ 60 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมเหล่านั้น อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยระดับปานกลางถึงระดับต่ำ และร้อยละ 70 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมอุบัติใหม่ทั้งหมดก็อยู่อาศัยในกลุ่มประเทศมีรายได้เฉลี่ยระดับปานกลางถึงระดับต่ำเช่นกัน ซึ่งจะกลายเป็นปัญหาใหญ่ของโลกในยุคปัจจุบัน ทั้งนี้ภาวะสมองเสื่อมนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดทุพพลภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุได้ รวมถึงผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นจะมีภาวะพึ่งพิงสูงและต้องการการดูแลเป็นมากขึ้นตามลำดับความรุนแรงของโรค ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทางสุขภาพมากขึ้นตามตัวเช่นกัน ทั้งนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นไม่ได้มีปัญหาเพียงแค่สุขภาพกายอย่างเดียว ยังอาจมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และจิตสังคม และทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และครอบครัว รวมถึงสังคมในวงกว้างด้วยเช่นกัน จากการสำรวจของสมาพันธ์อัลไซเมอร์โลก (World Alzheimer's Report) พบว่าร้อยละ 62 ของบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลก เข้าใจว่าสมองเสื่อมเป็นสิ่งปกติของผู้สูงวัย และจากการสำรวจความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป พบว่าร้อยละ 25 คิดว่าสมองเสื่อมเป็นภาวะที่หมดหวัง และไม่สามารถทำอะไรให้ดีขึ้นได้[5] ต้องยอมรับชะตากรรม ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิด เพราะจำนวน 1/3 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีในปัจจุบันนี้ เกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยที่ป้องกันได้โดยเริ่มตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ และหากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้วได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง[6] ถูกวิธี โดยการดูแลแบบเป็นองค์รวม (Holistic Care) จะสามารถเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต เพิ่มความสุขของผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ และโรคสมองเสื่อมเองจะทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลมากขึ้นเช่นกัน ต้นทุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นก็มากขึ้นด้วยทั้งในชุมชน ครอบครัว และตัวบุคคล ดังนั้น

องค์ความรู้ทางด้านการดูแล ป้องกัน และรักษา ผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้ จึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อประเทศไทย และทั่วโลกเป็นอย่างมาก

องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นความสำคัญ และมองเห็นภาระที่จะเกิดขึ้นกับโลกในอนาคต จึงได้จัดทำแนวทางการจัดการภาวะปัญหาสมองเสื่อมสำหรับสาธารณสุข โดยล่าสุดได้จัดทำเป็นแผนการดำเนินงานใน ช่วงปี ค.ศ. 2017-2025[7] โดยมีหัวใจหลัก คือ การจัดให้ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วน ของการสาธารณสุขทั่วโลก ความพยายามให้ทุกคนตระหนักถึงและจัดการอย่างเป็นมิตร ลดอคติ ป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดสมองเสื่อม ส่งเสริมองค์ความรู้ด้านการวินิจฉัย การรักษาการดูแล ตลอดจนสนับสนุน ทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล และเพิ่มระบบข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม และสนับสนุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมองเสื่อมและนวัตกรรมใหม่ ๆ

1. ความสำคัญของปัญหาสมองเสื่อม

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และสืบเนื่องจากการที่หลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญวิกฤตสังคมผู้สูงอายุ ก็จะพบว่าอุบัติการณ์ของปัญหาสมองเสื่อมนั้นเพิ่มสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว โดยในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 55 ล้านคน และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นใหม่ในแต่ละปีโดยประมาณกว่า 9.9 ล้านคนทุกปีทั่วโลก และในการคาดการณ์จากองค์การอนามัยโลก และ สมาพันธ์อัลไซเมอร์นานาชาติ[5, 7] โดยคาดว่าในอนาคต 30 ปีข้างหน้า จะมีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมทั่วโลกมากถึง 132 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์เพิ่มสูงขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1999-2019 จากอัตราส่วน 16 ต่อ 100,000 เป็น 30 ต่อ 100,000 ซึ่งคิดเป็นอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 88 รวมถึงในระยะที่ผ่านมาจะพบว่าอายุเฉลี่ยในการเกิดโรคสมองเสื่อมในครั้งแรกนั้น ต่ำกว่าในยุคก่อนด้วยเช่นกัน และแนวโน้มจะเกิดอาการสมองเสื่อมที่อายุน้อยลงขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนใหญ่ภาวะสมองเสื่อมมักเกิดในผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป โดยจะพบได้ประมาณร้อยละ 6-8 ของผู้สูงอายุ ส่วนในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ทางสมาพันธ์อัลไซเมอร์นานาชาติ รายงานว่าปัจจุบันอัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมในคนที่อายุต่ำกว่า 65 ปี ณ ปัจจุบันเกิดขึ้นโดยเฉลี่ย 10 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ทั้งนี้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมจะมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นตามลำดับ โดยอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุก ๆ 5 ปี หลังจากอายุ 60 ปีขึ้นไป[5] และในประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อม จากข้อมูลของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยที่รายงานในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 617,000 คน โดยพบในผู้สูงอายุ

คลิกกลับสารบัญ

เพศหญิงเป็นสองเท่าของผู้สูงอายุเพศชาย และอัตราความชุกของผู้ป่วยสมองเสื่อมในไทยมีจำนวนถึงร้อยละ 8 และในประชากรอายุ 70-79 ปี และเกือบร้อยละ 50 ในประชากรสูงอายุที่อายุเกิน 85 ปีขึ้นไป ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2580 จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นจำนวน 1,350,000 คน โดยประมาณ[8]

อย่างไรก็ดี ปัญหาสำคัญอีกอันหนึ่งคือ มีผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวนมากที่ไม่ได้รับทั้งการวินิจฉัยและเข้าระบบการดูแลรักษา โดยจากการศึกษาของ Lang และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากถึงร้อยละ 61.7 ไม่ได้รับการวินิจฉัย[9] และจากการสำรวจและศึกษาโดย สุทธิชัย และคณะ ในปี ค.ศ. 1997-1999 พบว่ามีผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย และเข้าระบบดูแลรักษาในประเทศไทยถึงร้อยละ 95.6[10] โดยตัวเลขที่รายงาน พบว่าสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับรายงานจากต่างประเทศ ดังนั้นตัวเลขจากการประมาณการณ์ข้างต้น จึงอนุมานได้ว่าในความเป็นจริงอาจจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ของประเทศไทยมากกว่าตัวเลขสำรวจ และคาดการณ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานจริง

ในการมุ่งหมายที่จะลดระบาดวิทยาของโรคสมองเสื่อมนั้น ได้มีการศึกษาวิจัยที่น่าสนใจเรื่องปัจจัยป้องกันสมองเสื่อม โดยพบว่าหากจัดการปัจจัยเหล่านี้แล้ว จะสามารถลดอุบัติการณ์และจำนวนของผู้ป่วยสมองเสื่อมจากปัจจุบันได้ถึง 1 ใน 3 โดยการเน้นที่การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทั้งนี้แม้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภารรู้คิดที่เสื่อมถอยลง แต่ก็เป็นปัจจัยที่ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยคำแนะนำจะมีตั้งแต่ในปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงสมองเสื่อมที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น พันธุกรรม ของ apolipoprotein E (*APOE*) mutation ที่พบได้ค่อนข้างมาก และพันธุกรรมที่พบได้ไม่มาก เช่น APP gene mutation และ Presiniline-1, PS1 และ Presinilin-2 genes, PS2 ซึ่งจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีประวัติครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และในปัจจัยที่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้หากจัดการได้ดีก็จะทำให้อุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมลดลงในอนาคตได้ ได้แก่ การลดปัจจัยในเรื่องวิถีการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม เช่น การขาดการมีกิจกรรมทางร่างกาย หรือ การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ยาเส้นยาสูบ การใช้สารเสพติด การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การได้รับมลพิษหรือมลภาวะ และพบว่าโรคทางกายบางชนิดที่จัดการไม่ดีในวัยกลางคน ก็จะทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน และโรคซึมเศร้า การขาดการเข้าสังคม และขาดกิจกรรมที่กระตุ้นสมอง ภาวการณ์ได้ยินที่บกพร่องและปล่อยไว้ยาวนาน การป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุสมองกระทบกระเทือน การเป็นโรค

คลิกกลับสารบัญ

ซึมเศร้า ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่แก้ไขและจะทำให้ป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ทั้งสิ้น[6]

2. ความหมายของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม (dementia) คือ กลุ่มอาการที่มีการเสื่อมถอยของ การรู้คิดหรือปริชานปัญญา (cognitions) ซึ่งจัดเป็นสมรรถภาพของสมองในด้านต่าง ๆ เช่น ความจำ (memory) สมาธิเชิงซ้อน (complex attention) ทำให้การเรียนรู้สิ่งใหม่ (new learning) เสียไป ความสามารถในการจัดการแก้ปัญหา (executive function) การใช้ภาษา (language) ทิศทาง (visuospatial function) แย่ลง โดยการรับรู้และการสั่งการสิ่งแวดล้อม (perceptual & manipulating environment) จะเสื่อมถอยลง ความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อเพื่อทำกิจกรรมที่มีหลายขั้นตอน (praxis) ลดลงจากที่เคยทำได้มาก่อน หรือไม่สามารถทำได้เลย และการรู้คิดในบริบททางสังคม (social cognition) เสียไป โดยดังกล่าวข้างต้น จะผิดปกติไปอย่างน้อย 1 ด้าน หรือมากกว่าก็ได้ โดยอาจมีหลายด้านก็ได้ขึ้นกับความรุนแรงและชนิดของโรคสมองเสื่อม ทั้งนี้ การเสื่อมถอยของสมองนี้จะต้องลดลง และเปลี่ยนไปจากระดับเดิมที่เคยทำได้ ต้องไม่ได้เป็นมาตั้งแต่กำเนิด และมาเกิดขึ้นในภายหลังจากสาเหตุต่าง ๆ นอกจากนี้ การสูญเสียความสามารถของสมองเหล่านี้ต้องเป็นมากผิดปกติเกินกว่าวัย และหากทำแบบทดสอบทางจิตประสาทวิทยา (neuropsychological test) จะพบว่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ย เมื่อเทียบกับกลุ่มบุคคลในช่วงอายุเดียวกัน และผลจากการที่ความสามารถของสมอง หรือการรู้คิดที่ถดถอยลง ก็จะส่งผลต่อหน้าที่การทำงาน (functions) เช่น การดูแลตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (activities of daily livings, ADLs) ในด้านต่าง ๆ แย่[11-14] ลง ทั้งนี้ภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางความคิด การตัดสินใจ พฤติกรรม และอารมณ์ที่ผิดปกติไปได้ด้วยเช่นกัน ซึ่งถือเป็นกลุ่มอาการ non-cognitive symptoms of dementia[15] โดยการเสื่อมลงทั้งหมดนี้จะมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การจัดการดูแลตนเอง หรือการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้ มีระดับของความสามารถหรือสมรรถภาพที่เสียไป ตั้งแต่เริ่มเป็นปัญหาเล็กน้อย และค่อย ๆ เริ่มทำกิจกรรมที่ซับซ้อนไม่ได้ จนถึงเป็นมากต้องพึ่งพิง ดูแลช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด โดยสามารถสังเกตได้ชัดจากความสามารถในการจัดการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย[16, 17] ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (functional abilities)[18] จากตารางที่ 1.1 และ ตารางที่ 1.2

คลิกกลับสารบัญ

ตารางที่ 1.1 หัวข้อในการประเมินการดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic ADL, bADLs)

ชนิดของกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	ทำได้ปกติดี ไม่ต้องพึ่งพิงเลย	ไม่ต้องพึ่งพิงแต่มีความลำบากในการทำ (มาก/น้อย)	ทำด้วยตนเองไม่ได้เลย	ต้องช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย	ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก	ใครเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล	สาเหตุของการพึ่งพิง
อาบน้ำ/สุขอนามัย							
แต่งตัว							
ขับถ่าย							
เคลื่อนไหว ลุกนั่ง เดิน							
ทานอาหาร							

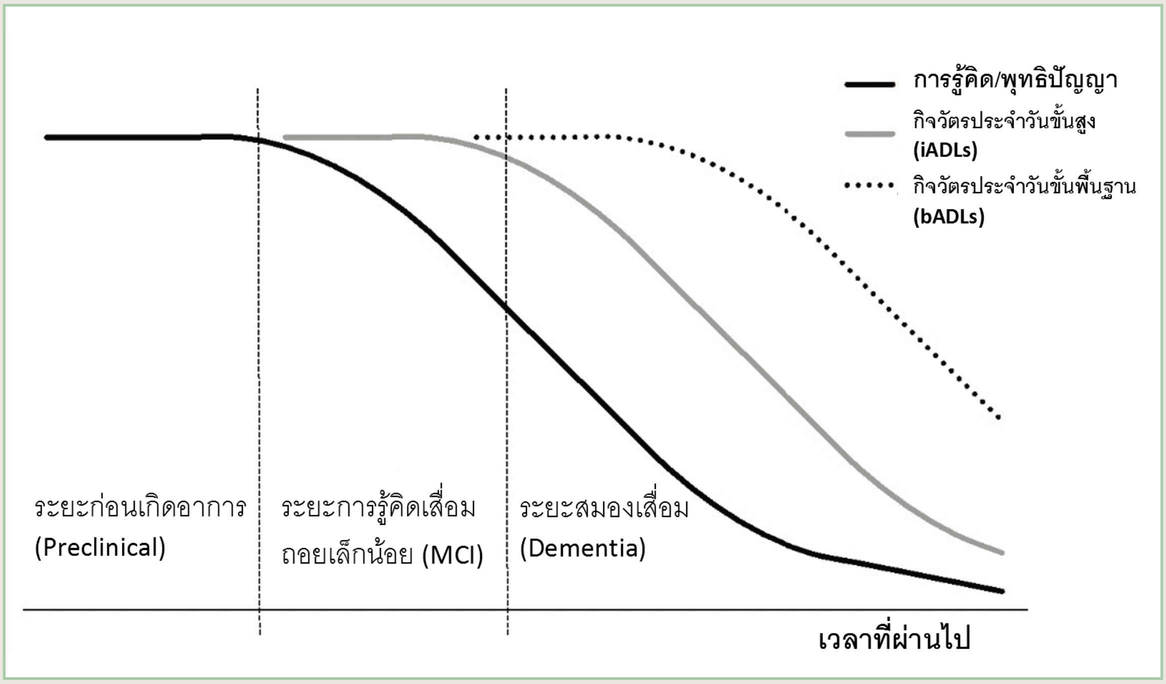
ตารางที่ 1.2 หัวข้อในการประเมินการดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นสูงหรือต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental, iADLs)

ชนิดของกิจวัตรประจำวันขั้นสูงหรือต้องใช้อุปกรณ์	ตัวอย่างลำดับขั้นของความสามารถที่ทำได้
ความสามารถในการใช้โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ/สมาทโฟน	สามารถโทรศัพท์เองได้คล่อง สามารถรับได้แต่โทรออกไม่ได้ สามารถโทรได้แต่เบอร์คุ้นเคย ใช้ไม่ได้เลย สามารถใช้แอปพลิเคชั่นต่าง ๆ ได้คล่อง สามารถใช้ได้บางแอปพลิเคชั่นแต่ผิด ๆ ถูก ๆ บ้าง ทำไม่ได้เลย
การซื้อของจ่ายตลาด	สามารถทำได้โดยไม่มีปัญหา ซื้อของเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ ต้องมีคนไปด้วยเสมอ ไม่สามารถไปซื้อของเองได้

ชนิดของกิจวัตรประจำวันขั้นสูงหรือต้องใช้อุปกรณ์	ตัวอย่างลำดับขั้นของความสามารถที่ทำได้
การเตรียมอาหาร	สามารถทำได้อย่างดี สามารถทำได้ถ้าเตรียมส่วนผสมให้ สามารถอุ่นอาหารทานได้เอง แต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ต้องมีคนเตรียมหุงหาอาหารให้
การดูแลบ้านและครัวเรือน	สามาถดูแลบ้านได้ดี ยังดูแลงานบ้านเล็กน้อยได้ เช่น ล้างจาน, ปูที่นอน ดูแลงานบ้านได้แต่ไม่ค่อยสะอาด ต้องมีคนช่วยเหลือบ้างในการทำงานบ้าน ไม่สามารถทำได้เลย
ซักผ้า	สามารถทำเองได้ดี สามารถซักผ้าเองเล็กน้อยได้ เช่น ถุงเท้า ต้องมีผู้ช่วยทำให้
การออกไปข้างนอกบ้าน	สามารถไปได้เอง อาจจะขับรถหรือใช้ขนส่งสาธารณะ สามารถไปได้แต่ต้องเรียกรถรับจ้าง สามารถไปได้แต่ต้องมีผู้อื่นไปด้วย ไม่สามารถไปได้เลย
การจัดยารับประทาน	จัดยาทานได้เองถูกต้องตรงเวลา ต้องจัดไว้ล่วงหน้า แต่ถูกต้อง ไม่สามารถจัดยาได้ถูกต้อง
การจัดการการเงินภายในบ้าน	สามารถจัดการและวางแผนการเงินได้ดี สามารถจัดการได้แต่ต้องมีผู้ช่วย ไม่สามารถจัดการได้เลย

ในผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment, MCI) จะยังจัดการดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (bADLs) ของตนเองได้ดีอยู่ และอาจเริ่มเสียหน้าที่การดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (iADLs) เล็กน้อย หรือยังสามารถทำได้อยู่แต่ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก เมื่อเทียบกับเมื่อก่อนในการจัดการ ทั้งนี้ในผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) หากถูกทดสอบด้วย แบบทดสอบทางจิตประสาทวิทยา (neuropsychological test) ก็จะพบว่าผู้ป่วยจะทำคะแนนตกเกณฑ์เล็กน้อย

แสดงให้เห็นถึงภาวะที่ผู้ป่วยมีการรู้คิดบกพร่อง อย่างไรก็ดี ต้องทำความเข้าใจก่อนว่าภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยนั้น อาจเป็นระยะแรกของภาวะสมองเสื่อมได้ แต่ก็ไม่จำเป็นที่ผู้ป่วยรายนั้นจะมีการดำเนินโรคต่อไปเป็นภาวะสมองเสื่อมเสมอไป ซึ่งจุดตัดที่จะบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมแล้ว คือ การที่บกพร่องในหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง และจำเป็นต้องพึ่งพิง (dependency) ต้องมีผู้ดูแลหรือช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน โดยความบกพร่องนี้จะต้องเกิดจากการที่สมองเสื่อม และมีระดับการรู้คิดบกพร่อง จึงต้องการผู้ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่ใช่เป็นผลจากสภาพร่างกายที่ทำให้ต้องพึ่งพิง[19]



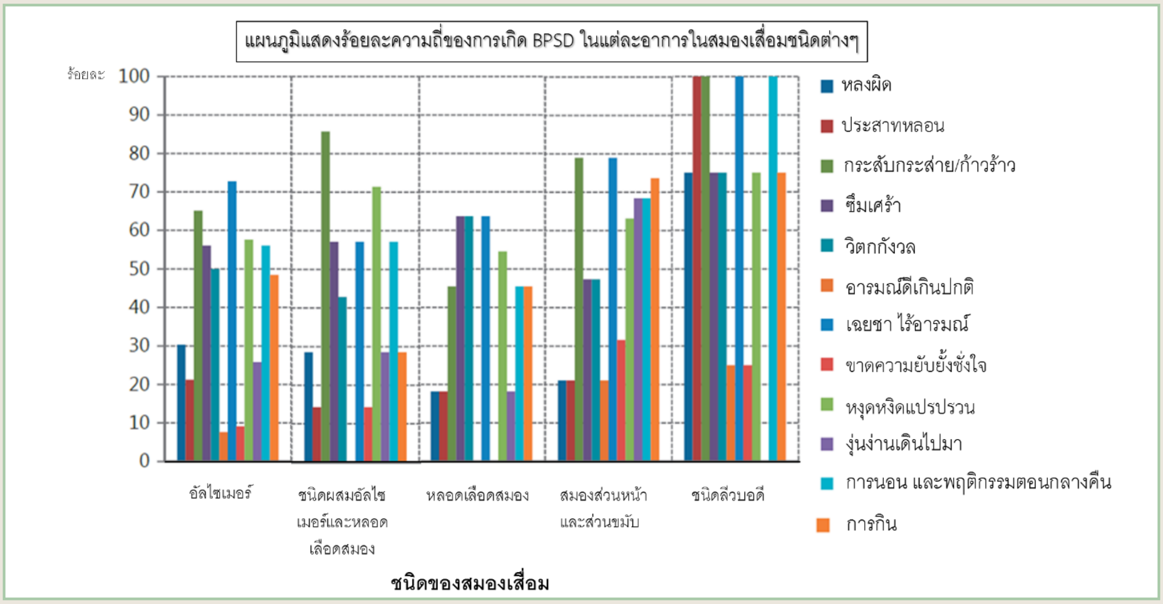
กราฟที่ 1.1 แสดงความสัมพันธ์ของระยะในการเกิดโรคสมองเสื่อม ความเสื่อมถอยของพุทธิปัญญา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

จะเห็นได้ว่าในระยะที่ก่อนเกิดอาการสมองเสื่อม preclinical จะยังไม่มีการเสียหน้าที่การดูแลตนเองแต่เมื่อเวลาผ่านไปในระยะของการรู้คิดเสื่อมถอยเล็กน้อย (mild cognitive impairment, MCI) จะพบว่าเริ่มสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูงก่อนกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และเมื่อเข้าสู่ระยะที่มีอาการสมองเสื่อม dementia โดยที่สมรรถภาพของปริชานปัญญา หรือการรู้คิดจะตกลงอย่างมาก และ การดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นสูง และการดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานนั้นก็จะเสียไปอย่างมากทั้งคู่ ตามเวลาที่ผ่านไปและตามการดำเนินโรค

นอกจากที่กล่าวข้างต้นไปแล้วว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีอาการหลักที่การรู้คิดที่เสื่อมถอยลง (cognitive symptoms) ในหลาย ๆ ด้าน ส่งผลให้เสียหน้าที่ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (functional disabilities) โดยจะไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังได้อย่างสมบูรณ์ดี ซึ่งระดับของการพึ่งพิง (dependency) จะมากน้อยตามระดับของความมากน้อยของการรู้คิดที่เสื่อมลง ยังมีอีกกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมร่วมด้วย ซึ่งนอกเหนือจากการรู้คิด โดยเรียกว่า non-cognitive symptoms of dementia (NCSD)[20] หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)[21] หรือ neuropsychiatric symptoms of dementia (NPS) จะหมายถึง กลุ่มอาการที่การรับรู้ เนื้อหาความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรมผิดปกติไป[22] ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อม ซึ่งจะสังเกตได้ว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรม หรือบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปร่วมด้วย และโดยมากผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะ ขาดความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับอาการเหล่านี้ (lack of awareness, lack of insight) โดยกลุ่มอาการ non-cognitive symptoms (NCSD) นี้จะเป็นประเด็นหลักของหนังสือเล่มนี้ โดยจะลงรายละเอียดลำดับต่อไป

การจะทำความเข้าใจเรื่อง non-cognitive symptoms (NCSD) หรือ behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) ได้นั้นจะต้องปูพื้นฐานมีความเข้าใจในเรื่องสมองเสื่อม และต้องวินิจฉัยสมองเสื่อม รวมถึงสาเหตุของสมองเสื่อมให้ได้ก่อน โดยภาวะสมองเสื่อมถือเป็นร่มใหญ่ที่ครอบคลุมถึงกลุ่มอาการที่มีความถดถอยของสมรรถภาพสมองในด้านต่าง ๆ โดยต้องแยกจากผู้สูงอายุที่ปกติ หรือหากระดับสติปัญญาอ่อนแต่กำเนิดจะไม่ถือว่าเป็นสมองเสื่อม โดยสมองเสื่อมจะต้องมาเป็นภายหลัง การรู้คิดที่เสื่อมถอยลงนี้จะส่งผลให้เกิดปัญหาต่อการใช้ชีวิต และการดำเนินกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยต้องพึ่งพิงผู้ดูแล ดังกล่าวข้างต้น สิ่งที่ต้องทำความเข้าใจภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเติม คือ มีหลายภาวะหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยแต่ละสาเหตุนั้นทำให้เกิดลักษณะอาการ และอาการแสดงของโรค รวมถึงมีการดำเนินโรคแตกต่างกันในรายละเอียดปลีกย่อย จึงถูกเรียกเป็นสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ กันไปตามสาเหตุ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมให้ดีว่าเป็นจากสาเหตุชนิดใด โดยอันดับแรกควรแยก*ภาวะสมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น ๆ ที่สามารถรักษาหรือแก้ไขได้* (treatable causes) ก่อนเสมอ ยกตัวอย่างเช่น ภาวะสมองเสื่อมจากการขาดวิตามินบี 12 ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากเนื้องอกในสมอง ภาวะสมองเสื่อมจากหลังเกิดอุบัติเหตุกระทบกระเทือนสมอง ภาวะสมองเสื่อมจากการใช้สารเสพติด หรือภาวะสมองเสื่อมจากการใช้ยาบางชนิด ภาวะสมองเสื่อมจากโรคติดเชื้อของสมองและระบบประสาท ภาวะสมองเสื่อมจากโรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิก ภาวะสมองเสื่อมจากภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองชนิดความดันปกติ (normal

pressure hydrocephalus, NPH) ฯลฯ อย่างไรก็ดีภาวะบางอย่างที่สามารถรักษาหรือแก้ไขได้เหล่านี้อาจไม่ได้เป็นสาเหตุอย่างเดียวที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสมองเสื่อม และสามารถเกิดขึ้นร่วมกันกับโรคสมองเสื่อม (comorbidities) ได้ ทำให้การรู้คิดเสื่อมถอยลงได้มากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น ภาวะซึมเศร้า การขาดวิตามินบางชนิด พร่องฮอร์โมนบางอย่าง เช่นไทรอยด์ต่ำ การที่มีระดับของเกลือแร่ผิดปกติในเลือด การใช้สารเสพติด หรือผลจากการใช้ยาบางชนิด ทั้งนี้ จำเป็นต้องค้นหาและแก้ไขสาเหตุเหล่านี้ก่อนเสมอ ในกลุ่มสาเหตุ*สมองเสื่อมที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของเซลสมอง* เอง (neurodegenerative causes) ได้แก่ โรคสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's dementia, AD) ซึ่งพบได้มากที่สุด โรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia, VaD) โรคสมองเสื่อมชนิดผสมอัลไซเมอร์และ โรคหลอดเลือดสมอง (mixed Alzheimer's disease with cerebrovascular disease, mixed AD with CvD) โรคสมองเสื่อมจากสมองส่วนหน้าและส่วนขมับ (frontotemporal dementia, FTD) โรคสมองเสื่อมชนิดลิววีบอดี (dementia of Lewy bodies, DLB) โรคพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม (Parkinson's disease dementia, PDD) ฯลฯ ทั้งนี้การระบุวินิจฉัยให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยเป็นสมองเสื่อมประเภทใด และการหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยก็จำเป็นเพื่อการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับชนิดของสมองเสื่อมนั้น ๆ แสดงในตารางที่ 1.3 ถึงสาเหตุที่พบได้บ่อยของภาวะสมองเสื่อม อาการสำคัญ และอาการ BPSD ที่พบได้บ่อยในสมองเสื่อมชนิดนั้น ๆ และ แผนภูมิที่ 1.2 แสดงร้อยละความถี่ของการเกิดอาการ BPSD ในแต่ละอาการในสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ กัน[23]



แผนภูมิที่ 1.2 แสดงร้อยละความถี่ของการเกิดอาการ BPSD ในแต่ละอาการในสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ กัน (ดัดแปลงจาก Mukherjee et al 2017)

ตารางที่ 1.3 แสดงชนิดของสมองเสื่อมที่พบได้บ่อย อาการสำคัญ และอาการ BPSD

ชนิดของสมองเสื่อม	ลักษณะสำคัญ	อาการ BPSD ที่พบได้บ่อย
สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer's dementia, AD)	ระดับการรู้คิดค่อย ๆ เสื่อมถอยลง ทีละเล็กละน้อย โดยอาการจะเริ่มจากมีปัญหาความจำโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ การใช้ภาษา สับสนทิศทาง และความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาลดลง	ซึมเศร้า เฉยชา ไร้อารมณ์ วิตกกังวล ปัญหาการนอน หากการดำเนินโรครุนแรงขึ้นในระดับกลางถึงรุนแรง จะพบมีอาการ หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด ทำอะไรซ้ำ ๆ วุ่นวาย ก้าวร้าวได้
สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia, VaD)	ระดับของความเสื่อมสมรรถภาพสมองจะตกลงเป็นขั้นบันได ทั้งนี้ระดับการรู้คิดที่เสื่อมลงจะขึ้นกับพยาธิสภาพในสมองที่เป็น	ไร้อารมณ์ ขาดแรงจูงใจ ซึมเศร้า มีอาการหลงผิด หูแว่วประสาทหลอน โดยที่ระดับการรู้คิดยังไม่เสียไปมาก
สมองเสื่อมชนิดลิวบอดี้ (Dementia of lewy bodies, DLB)	ระดับความเสื่อมของการรู้คิดจะค่อย ๆ ลดลงโดยรวม แต่จะมีช่วงที่ขึ้น ๆ ลง ๆ ของระดับการรู้คิดได้ มักจะสับสนทิศทางและมิติสัมพันธ์ตั้งแต่ระยะแรก ผู้ป่วยมักจะไวต่อผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต	ภาพหลอน หลงผิด หวาดระแวง วิตกกังวล ปัญหาพฤติกรรมผิดปกติระหว่าง REM sleep
สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson disease dementia, PDD)	ผู้ป่วยจะมีอาการติดขัดของการเคลื่อนไหว ในโรคพาร์กินสันมานานเป็นปี (motor symptoms) ก่อนที่การรู้คิดจะเสื่อมลง เสียมิติสัมพันธ์ สมาธิมากกว่า ความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์	ซึมเศร้า เฉยชา ไร้อารมณ์ เห็นภาพหลอน วิตกกังวล และมีปัญหาพฤติกรรมผิดปกติระหว่าง REM sleep ได้
สมองเสื่อมจากสมองส่วนหน้าและส่วนขมับ (Frontotemporal dementia, FTD)	ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุยังน้อยกว่ากลุ่มอื่น (45-64 ปี) สูญเสียความสามารถทางภาษา และความยับยั้งชั่งใจ บุคลิกภาพเปลี่ยน และความสามาถในการจัดการแก้ปัญหาลดลง โดยจะเสียมากกว่าความจำในช่วงแรก	ขาดความยับยั้งชั่งใจ พูดซ้ำซาก ก้าวร้าว หงุดหงิด หรือเฉยชา ไม่เข้าใจบริบททางสังคม

คลิกกลับสารบัญ

3. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมนั้นมีหลายเกณฑ์ จัดตั้งแล้วแต่สมาคมผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ โดยที่นิยมใช้แพร่หลายมากที่สุด ณ ปัจจุบันคือ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่เสนอโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, APA) โดยปัจจุบันอ้างอิงฉบับที่ 5 ซึ่งออกเผยแพร่ในปี ค.ศ. 2013 โดยเรียกเป็นตัวย่อว่า DSM-5

นอกจากเกณฑ์การวินิจฉัยสมองเสื่อมของ DSM-5 แล้ว ยังมีกลุ่มสมาคมผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ ที่ได้จัดทำเกณฑ์ในการวินิจฉัยสมองเสื่อมเช่นกันอย่างแพร่หลาย ได้แก่

1) International Statistical Classification of Diseases and Related Health, 10th Revision (ICD-10) จากองค์การอนามัยโลก[14]

2) The International Working Group (IWG) for New Research Criteria for the Diagnosis of AD proposed research criteria (หรือที่รู้จักกันในอีกชื่อหนึ่งว่า Dubois criteria)[24]

3) The National Institute on Aging and Alzheimer's Association (NIA-AA)[25]

4) The National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA)[26]

5) The National Institute of Neurological Disorders and Stroke and the Association International pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN) สำหรับภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง[27]

6) Revised criteria for the clinical diagnosis of probable and possible dementia with Lewy bodies (DLB) สำหรับโรคสมองเสื่อชนิดลีววีบอดี[28]

7) International consensus criteria for behavioral variant frontotemporal dementia (bvFTD) สำหรับโรคสมองเสื่อมจากสมองส่วนหน้าและส่วนขมับชนิดที่มีพฤติกรรมผิดปกติ[29]

*หมายเหตุ 2-4 เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยที่จำเพาะเจาะจงต่อสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

จะเห็นได้ว่ามีเกณฑ์วินิจฉัยจากสมาคมต่าง ๆ กัน ทั้งนี้จะมีความแตกต่างกันเล็กน้อยในรายละเอียดของแต่ละเกณฑ์[30] แสดงในตารางที่ 1.5

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ตาม DSM-5 (ค.ศ. 2013) โดยเปลี่ยนชื่อเรียกใหม่จากฉบับที่ 4 ก่อนหน้านั้น (DSM-IV) โดยที่เดิมใช้คำว่า "Dementia, Delirium, Amnestic, and Other Cognitive Disorders" ได้เปลี่ยนเป็น neurocognitive disorders (NCDs)[31] โดยจะแบ่งเป็น the major or mild NCD และ แยกย่อยชนิดจากสาเหตุได้แก่ NCD due to Alzheimer's disease; vascular NCD; NCD with Lewy bodies; NCD due to Parkinson's disease; frontotemporal NCD; NCE due to traumatic brain injury; NCD due to HIV infection; substance/medication-induced NCD; NCD due to Huntington's disease; NCD due to prion disease; NCD due to another medical condition; NCD due to multiple etiologies; และ unspecified NCD

คลิกกลับสารบัญ

ตารางที่ 1.4 แสดงรายละเอียดในการวินิจฉัย major neurocognitive disorder ตามเกณฑ์ DSM-5[32]

A. มีหลักฐานว่าความสามารถของการรู้คิดถดถอยลงอย่างมีนัยสำคัญจากระดับเดิมด้านใดด้านหนึ่งขึ้นไป ดังนี้ สมาธิเชิงซ้อน การบริหารจัดการ ความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่ การใช้ภาษา มิติสัมพันธ์ และการรู้คิดบริบทด้านสังคม
   1. ผู้ป่วย ผู้ให้ประวัติ หรือผู้ตรวจ ตระหนักว่าการรู้คิดที่ถดถอยลงอย่างมีนัยสำคัญ และ
   2. เมื่อตรวจทดสอบโดยแบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยามาตรฐาน หรือการประเมินทางคลินิกอื่นที่เทียบเท่ากัน แล้วพบว่าความสามารถของการรู้คิดถดถอยลงกว่ามาตรฐาน

B. การรู้คิดที่ลดลงส่งผลกระทบต่อการพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจวัตรต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (เช่น การต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน เช่น การจัดยารับประทานเอง การจัดการด้านการเงินในครัวเรือน)

C. ความสามารถของการรู้คิดที่ลดลงนั้นไม่ได้เกิดจากภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium)

D. การรู้คิดที่ลดลงไม่ได้เกิดจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท

ระบุสาเหตุ

Alzheimer's disease (โรคอัลไซเมอร์)

Frontotemporal lobar degeneration (สมองเสื่อมจากส่วนหน้าและส่วนขมับ)

Lewy body disease (สมองเสื่อมชนิดลิววีบอดี้)

Vascular disease (โรคหลอดเลือดสมอง)

Traumatic brain injury (อุบัติเหตุทางสมอง)

Substance/medication use (การใช้ยาหรือสารเสพติด)

HIV infection (การติดเชื้อ เอชไอวี)

Prion disease (โรคของพริออน)

Parkinson's disease (โรคพาร์กินสัน)

Huntington's disease (โรคฮันติงตัน)

Another medical condition (จากสาเหตุโรคทางกายอื่น ๆ)

Multiple etiologies (จากหลายสาเหตุ)

Unspecified (ระบุสาเหตุไม่ได้)

ระบุลักษณะ

- ไม่มีพฤติกรรมบกพร่อง
- มีพฤติกรรมบกพร่องร่วมด้วย (ให้ระบุลักษณะของความบกพร่องด้วย) คือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก เช่น อาการโรคจิต (psychotic symptom) อาการด้านอารมณ์ (mood symptom) พฤติกรรมกระสับกระส่าย (agitation) อาการเฉยเมยไม่ยินดียินร้าย (apathy) หรืออาการด้านพฤติกรรมอื่น ๆ

ระบุความรุนแรงในปัจจุบัน

- น้อย (mild) มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน หรือต้องใช้อุปกรณ์ (instrumental activities of daily living, iADL) เช่น การทำงานบ้าน การจ่ายบิล
- ปานกลาง (moderate) มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic activities of daily living, bADL) เช่น การแต่งตัว การรับประทานอาหารเอง
- รุนแรง (severe) ดูแลกิจวัตรของตนเองไม่ได้เลย ต้องช่วยเหลือ (fully dependent)

ตารางที่ 1.5 แสดงความแตกต่างที่เป็นจุดเด่นในรายละเอียดของเกณฑ์การวินิจฉัยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ของแต่ละสมาคมผู้เชี่ยวชาญ

ลักษณะเด่นในการวินิจฉัย	DSM-5	ICD-10	IWG-1	NIA-AA	NINCDS-ADRDA
อายุที่เริ่มเป็น (ปี)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	40-90
ระยะการดำเนินโรค	ค่อย ๆ เป็น	ค่อย ๆ เป็น	ค่อย ๆ เป็น	ค่อย ๆ เป็น	ค่อย ๆ เป็น
Cognitive domains ที่เสีย	2+ ด้าน	2+ ด้าน	*ความจำ	2+ ด้าน	2+ ด้าน
ปัญหาความจำ	ต้องมี	ต้องมี	ต้องมี	*ไม่จำเป็นต้องมี	ต้องมี
ปัญหาพฤติกรรม	สนับสนุน	ต้องมี	ให้ความสนใจ	สนับสนุน	สนับสนุน
Functional decline	ต้องมี	ต้องมี	ไม่จำเป็นต้องมี	จำเป็นต้องมี	สนับสนุน
รังสีวินิจฉัย	*ไม่จำเป็น	ใด ๆ ได้หมด	MRI & PET	MRI & PET	ใด ๆ ได้หมด
โรคร่วมอื่น ๆ	ให้ความสนใจ	ให้ความสนใจ	ตัดออก	ตัดออก	ให้ความสนใจ
พยาธิสภาพ	Genetics หรือAutopsy	Autopsy	*ต้องมี biomarkers	Biomarker หรือAutopsy	Autopsy

คลิกกลับสารบัญ

สรุปบทที่ 1

- โรคสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการ โดยประกอบด้วยอาการด้านการรู้คิด หรือปริชานปัญญา (cognition) ที่เสื่อมถอยลงในด้านต่าง ๆ และ กลุ่มอาการที่ไม่ใช่การรู้คิดหรือปริชานปัญญา ซึ่งจัดเป็น กลุ่มอาการที่ การรับรู้ เนื้อหาความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรมผิดปกติไป ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อม ซึ่งปัจจุบันนิยมเรียกว่า Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)
- Preclinical stage ระยะก่อนเกิดโรค ผู้ป่วยจะไม่มีอาการ ยังไม่เสีย function และจะเริ่มเสีย iADLs และ bADLs เมื่อการดำเนินโรคไปสู่ MCI ผู้ป่วยยังพอดูแลตัวเองได้โดยยังไม่พึ่งพิง จนถึงระยะสมองเสื่อม Dementia stage จะอยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการผู้ดูแล (dependency need)
- ในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม นอกจากจะต้องมีภาวะสมองเสื่อมแล้วจะต้องส่งผลกระทบต่อการดูแลหน้าที่ และกิจวัตรประจำวันของตนเอง จนถึงระดับที่ต้องมีการช่วยเหลือในการดูแลตนเอง หรือต้องพึ่งพิงมีผู้ดูแล
- ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่มีปัญหาด้านการรู้คิด หรือการดูแลตนเอง ในหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ควรได้รับการประเมินอย่างถี่ถ้วนเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง เพื่อหาสาเหตุ โดยเฉพาะสาเหตุที่แก้ไขได้ อย่างไรก็ตาม treatable causes ที่พบ ก็อาจจะเป็นโรคร่วมได้ด้วยเช่นกัน
- ในผู้ป่วยที่มีอาการ BPSD อาจจะทำให้การประเมินวินิจฉัยให้ถี่ถ้วนในครั้งแรก นั้นเป็นไปได้ยาก เพราะจำเป็นต้องจัดการกับปัญหาและสถานการณ์ของ BPSD ให้สงบดีก่อน แต่อย่างไรก็ตาม ก็จำเป็นต้องมีการประเมินอย่างถี่ถ้วน (comprehensive evaluation) ด้วย เพราะ BPSD บางอย่างพบได้ในสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ ได้มากน้อยต่างกัน ดังนั้นการวินิจฉัยที่ถูกต้อง สำคัญอย่างยิ่งเพื่อนำไปสู่การติดตามรักษาได้อย่างครอบคลุมเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. World_Health_Organization. Aging and health. 2023 2023 [cited 2023; Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ปี 61 ไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ. 2018 [cited 2023 23Jan2023]; Available from: https://www.thaihealth.or.th/category/infographic/elderly/.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปข้อมูลสำคัญผู้สูงอายุที่ในทะเบียนในบัตรสวัสดิการแห่งรัฐปี พ.ศ. 2560. 2018 [cited 2023; Available from: http://www.dop.go.th/th/know/1/139.

4. World_Health_Organization. Dementia. Key facts 2023 [cited 2023 15 March 2023]; Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia.
5. World_Alzheimer's_Report. World Alzheimer's Report 2022. 2022; Available from: https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/.
6. Livingston, G., et al., Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet, 2020. 396(10248): p. 413-446.
7. World_Health_Organization. Global action plan on the public health to dementia 2017-2025. 2017 10 March 2023]; Available from: https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025.
8. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี พ.ศ.2558. พ.ศ.2558.
9. Lang, L., et al., Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis. BMJ Open, 2017. 7(2): p. e011146.
10. Jitapunkul, S., et al., Prevalence estimation of dementia among Thai elderly: a national survey. J Med Assoc Thai, 2001. 84(4): p. 461-7.
11. Arvanitakis, Z., R.C. Shah, and D.A. Bennett, Diagnosis and Management of Dementia: Review. Jama, 2019. 322(16): p. 1589-1599.
12. Eramudugolla, R., et al., Evaluation of a research diagnostic algorithm for DSM-5 neurocognitive disorders in a population-based cohort of older adults. Alzheimers Res Ther, 2017. 9(1): p. 15.
13. Sachdev, P.S., et al., DSM-5 and Mental Disorders in Older Individuals: An Overview. Harv Rev Psychiatry, 2015. 23(5): p. 320-8.
14. World_Health_Organization The ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. 1992.
15. Berrios, G.E., Non-cognitive symptoms and the diagnosis of dementia: Historical and clinical aspects. The British Journal of Psychiatry, 1989. 154(S4): p. 11-16.
16. Reisberg, B., Functional assessment staging (FAST). Psychopharmacology bulletin, 1988.
17. Tible, O.P., et al., Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. Ther Adv Neurol Disord, 2017. 10(8): p. 297-309.
18. Desai, A.K., G.T. Grossberg, and D.N. Sheth, Activities of daily living in patients with dementia: clinical relevance, methods of assessment and effects of treatment. CNS drugs, 2004. 18: p. 853-875.
19. Maioli, F., et al., Conversion of mild cognitive impairment to dementia in elderly subjects: a preliminary study in a memory and cognitive disorder unit. Archives of gerontology and geriatrics, 2007. 44: p. 233-241.

20. McGowan, B., et al., Non-cognitive symptoms of dementia (NCSD): Guidance on non-pharmacological interventions for healthcare and social care practitioners. 2019.
21. Edberg, A.-K., W. Moyle, and S. Chan, The IPA complete guides to Behavioural and Psychological Symtoms of Dementia, BPSD: Nurses guide. 2012, International Psychogeriatric Association.
22. Laganà, V., et al., Neuropsychiatric or Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): focus on prevalence and natural history in Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia. Frontiers in Neurology, 2022. 13: p. 832199.
23. Mukherjee, A., et al., Behavioural and psychological symptoms of dementia: correlates and impact on caregiver distress. Dementia and geriatric cognitive disorders extra, 2018. 7(3): p. 354-365.
24. Dubois, B., et al., Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: recommendations of the International Working Group. The Lancet Neurology, 2021. 20(6): p. 484-496.
25. McCleery, J., et al., The National Institute on aging and Alzheimer's association research framework: a commentary from the Cochrane dementia and cognitive improvement group. Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association, 2019. 15(1): p. 179-181.
26. Blacker, D., et al., Reliability and validity of NINCDS-ADRDA criteria for Alzheimer's disease: the National Institute of Mental Health Genetics Initiative. Archives of neurology, 1994. 51(12): p. 1198-1204.
27. Lopez, O.L., et al., Reliability of NINDS-AIREN clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia. Neurology, 1994. 44(7): p. 1240-5.
28. McKeith, I.G., et al., Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology, 2017. 89(1): p. 88-100.
29. Piguet, O. and J.R. Hodges, Behavioural-variant frontotemporal dementia: an update. Dementia & neuropsychologia, 2013. 7: p. 10-18.
30. Varma, A., et al., Evaluation of the NINCDS-ADRDA criteria in the differentiation of Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 1999. 66(2): p. 184-188.
31. Regier, D.A., et al., The conceptual development of DSM-V. American Journal of Psychiatry, 2009. 166(6): p. 645-650.
32. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5, ed. A. American Psychiatric and D.S.M.T.F. American Psychiatric Association. 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Association.

คลิกกลับสารบัญ

บทที่ 2
อาการทางประสาทจิตเวชศาสตร์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (neuropsychiatric symptoms of dementia)

1. คำนิยาม และความสำคัญ

BPSD ย่อมาจาก “behavioral and psychological symptoms of dementia” โดยหมายความถึง “กลุ่มอาการที่ การรับรู้ เนื้อหาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดปกติไป ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อม” โดยบัญญัติคำนี้ ได้มาจากข้อสรุปจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญในการประชุม International Psychogeriatric Association (IPA) ค.ศ. 1996, ค.ศ. 1999 เพื่อใช้เรียกกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชศาสตร์ (neuropsychiatric symptoms, NPS) ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งแรกเริ่มเดิมทีได้ใช้คำว่า “behavioral disturbances of dementia, BDD” และต่อมาได้เปลี่ยนเป็น “behavioral and psychological signs and symptoms of dementia, BPSSD” และในปัจจุบันก็ได้ตัดคำให้สั้นลงตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 เป็นต้นมา โดยใช้คำว่า “behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD”[1] เพื่อความเข้าใจที่เป็นมาตรฐานสากล และในทางฝั่งประเทศอังกฤษก็จะนิยมเรียกว่าเป็นปัญหาพฤติกรรมที่ท้าทาย ของผู้ป่วยสมองเสื่อม “behaviour that challenges, Btc”[2] โดยนิยมเรียกผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อมว่า person living with dementia (PwD)[3]

เป็นที่ทราบกันดีกว่าปัญหา BPSD เป็น non-cognitive symptoms of dementia (NCSD) ปัญหาอารมณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น มักยากแก่การจัดการ และถือว่าเป็นปัญหาที่ท้าทายต่อทั้งผู้ป่วยเอง ญาติ และผู้ดูแล รวมถึงแพทย์ พยาบาล และทีมผู้รักษาด้วย โดยผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการเหล่านี้มักจะถูกมองและตีความไปในทางลบ เนื่องจากหลายครั้งพฤติกรรม

คลิกกลับสารบัญ

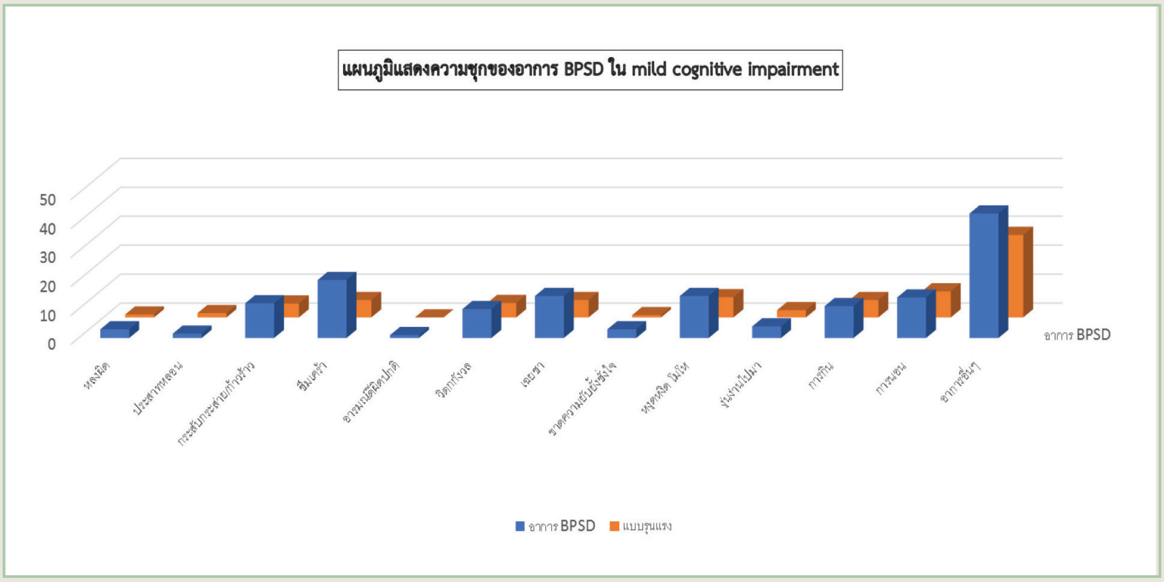
เหล่านี้จะมองไปในทางลบจากผู้ที่ไม่เข้าใจภาวะนี้ โดยถูกมองว่าผู้ป่วยตั้งใจทำเพื่อเป็นการเรียกร้องความสนใจ ป่วนหรือแกล้ง ให้ญาติ หรือผู้ดูแลลำบากขึ้น หรือเพียงเพราะผู้ป่วยต้องการควบคุมผู้อื่นให้อยู่ใต้อาณัติของตน มักจะถูกตีความไปในทางที่ผิดว่าเป็นจากนิสัยที่ไม่ดีของผู้ป่วยที่เรียกร้องมากเกินไป เอาแต่ใจ ฯลฯ ดังนั้น BPSD จึงมีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งเพื่อให้มีความเข้าใจ และปรับให้มีความรู้สึกเป็นกลาง โดยเอื้อประโยชน์เพื่อให้มองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเรียกว่า “responsive behavior” หมายความว่า เป็นพฤติกรรมที่ตอบสนองของผู้ป่วย ซึ่งโดยนัยเป็นการตอบสนองต่อความเครียดที่จัดการไม่ได้ ซึ่งนอกจากคำนี้จะทำให้เกิดทัศนคติความรู้สึกที่เป็นกลางมากขึ้น[4] ก็จะเป็นการสื่อความหมายที่ว่าปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อม เหล่านั้นเกิดขึ้นจากความรู้สึกและ การตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับมือ อดทนหรือจัดการกับสิ่งหรือสถานการณ์เหล่านั้นได้ หรือผู้ป่วยมีความต้องการหรือมีความทุกข์ทรมานบางอย่าง ที่ต้องการสื่อสารออกมา จึงเกิดเป็นอาการที่เป็นปัญหา BPSD ขึ้นมา ทั้งนี้ควรเปิดมุมมองกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและทีมผู้รักษา ว่าอาการ BPSD ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นจากผู้ป่วยมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างถูกต้องเหมาะสม และขีดจำกัดความอดทนของผู้ป่วยนั้นลดลงเมื่อมีภาวะสมองเสื่อม และควรมองและวิเคราะห์ว่าปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้พยายามที่จะตอบสนองจัดการต่อสถานการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้นนั้น ๆ รวมถึงเป็นความพยายามที่จะสื่อสารในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทั่วถึง ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมควรจะเน้นให้ความรู้กับผู้ดูแล ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้อง ไปที่การเพิ่มความรู้ความเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการอะไร หรือภายใต้พฤติกรรมเหล่านั้น ผู้ป่วยต้องการจะสื่ออะไร และอะไรเป็นเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สามารถกระตุ้น หรือส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละรายนั้น ๆ ได้บ้าง และจะต้องจัดการหรือตอบสนองอย่างไร ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละปัจเจกบุคคล และจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่ครอบคลุมเหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมรายนั้น ๆ ตามความเหมาะสม มากกว่าความพยายามที่จะไปควบคุม หรือกำจัดพฤติกรรมเหล่านั้นให้สิ้นซาก ทั้งนี้ควรยึดหลักมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลจำเพาะเป็นรายบุคคล และจัดการเป็นองค์รวม

จากสถิติพบว่า ร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม จะมีอาการของ BPSD ร่วมด้วย ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ในการดำเนินโรคของการเป็นโรคสมองเสื่อม[5] ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปแล้วแต่ชนิด และระยะความรุนแรงของสมองเสื่อมที่ผู้ป่วยเป็นด้วย โดยปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้ ไม่จำเป็นต้องคงอยู่ถาวร จะมีอาการขึ้น ๆ ลง ๆ และ เป็น ๆ หาย ๆ ได้ อาจจะมีได้หลายอาการร่วมกัน และบางอาการก็พบได้บ่อย ตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เช่น อาการวิตกกังวล ซึมเศร้าก็จะพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มมีปัญหาการรู้คิดที่เริ่มเสื่อมลงระยะเริ่มต้น (mild cognitive impairment, MCI) จนถึงสมองเสื่อมที่ยังมีอาการไม่รุนแรง ส่วนอาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมวุ่นวายก้าวร้าว

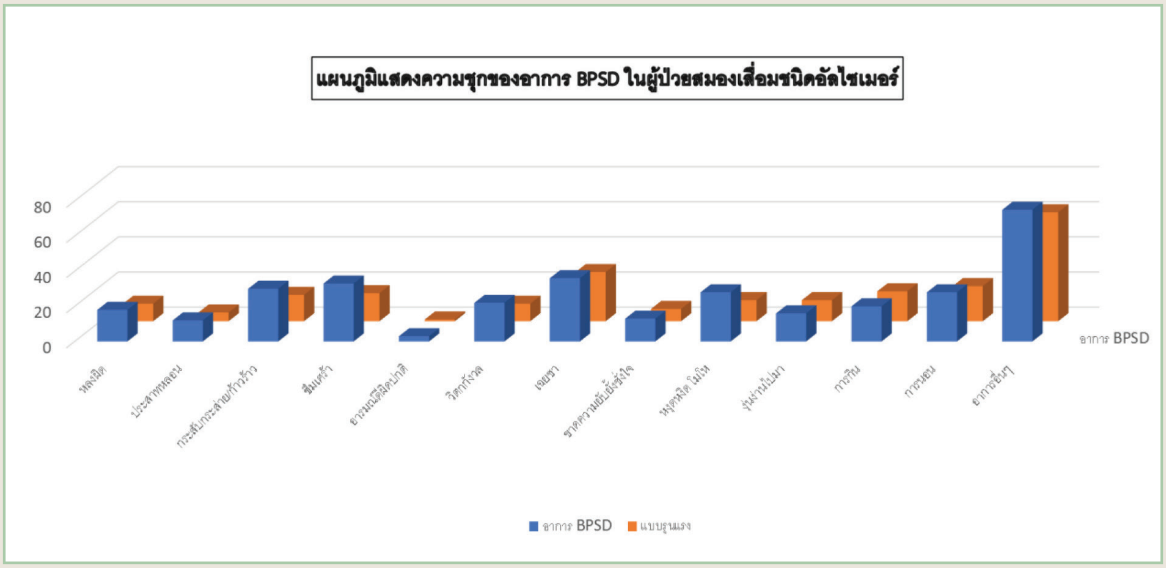
มักจะพบได้บ่อยขึ้น เมื่อการดำเนินโรคของสมองเสื่อมนั้นเข้าสู่ขั้นรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ และในสมองเสื่อมบางชนิดนั้น ในทางคลินิกก็นับอาการ BPSD อยู่ในเกณฑ์วินิจฉัยด้วย เช่น สมองเสื่อมชนิดลีววีบอดี้ (Dementia with Lewy bodies) ซึ่งจะรวมอาการของการเห็นภาพหลอน ในทางเวชปฏิบัตินั้นพบว่าหลายครั้งที่ปัญหาด้านประสาทจิตเวชศาสตร์ (neuropsychiatric symptoms, NPS) ที่เกิดขึ้น ซึ่งจัดเป็นอาการที่ไม่ได้เกี่ยวกับการรู้คิด (non-cognitive symptoms) ของภาวะสมองเสื่อมนั้น ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ การรับรู้ที่ผิดปกติไปของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือที่ปัจจุบันนี้เรียกกลุ่มอาการนี้ว่า BPSD นี้เอง จะเป็นอาการนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือจิตแพทย์ มากกว่าอาการทางด้านการรู้คิด หรือปริชานปัญญาด้านต่าง ๆ ที่เสื่อมถอย (cognitive symptoms) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยซ้ำ โดยเป็นปัญหามายาวนานแล้ว แต่เพิ่งได้รับความสนใจศึกษาจริงจังมากขึ้นในช่วง 20 ปีนี้เอง จากการศึกษาของ Steinberg และคณะ พบว่ากลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชเหล่านี้เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม เมื่อเทียบกับประชากรสูงอายุทั่วไปได้มากกว่าถึง 40 เท่า[6] แม้แต่ผู้ป่วยเคสอัลไซเมอร์คนแรกของโลกที่ชื่อ Auguste Deter ซึ่งเป็นบุคคลแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดย Dr. Alois Alzheimer ประสาทแพทย์ในประเทศเยอรมนี ในปี ค.ศ. 1901 โดยผู้ป่วยรายนี้ ก็ถูกนำตัวมาพบแพทย์และเข้ารักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เป็นระยะเวลายาวนานด้วยสาเหตุของ BPSD เช่นกัน[7] เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมหวาดระแวง และก้าวร้าว ดังนั้นกลุ่มอาการ BPSD นั้นจึงถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมากในทางคลินิก และ ปัญหาเหล่านี้มักจะยากต่อการประเมิน วินิจฉัย การจัดการ การดูแลรักษา และมักจะถูกมองข้ามไป และเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยเป็นอาการจิตเวชเพียงอย่างเดียว หรือผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมขั้นรุนแรงแล้ว อาจจะถูกมองไปด้วยอคติว่าผู้ป่วยนั้นนิสัยไม่ดี เรียกร้องความสนใจ จึงส่งผลต่อการเกิดความเจ็บป่วยอื่น ๆ เกิดภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพิงเกินควร และทำให้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ และปัญหา BPSD นี้เอง มักจะทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวนมากต้องเข้าสู่สถานบำบัดพักฟื้นคนชรา หรือสถานบำบัดเฉพาะทาง หรือต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้บ่อยที่สุด และก่อนเวลาอันสมควร และหากไม่ได้รับการดูแลภาวะนี้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยสมองเสื่อม จะสร้างภาระให้เกิดความทุกข์ของผู้ดูแล และครอบครัว และสังคมได้ด้วย

2. ระบาดวิทยาของ BPSD

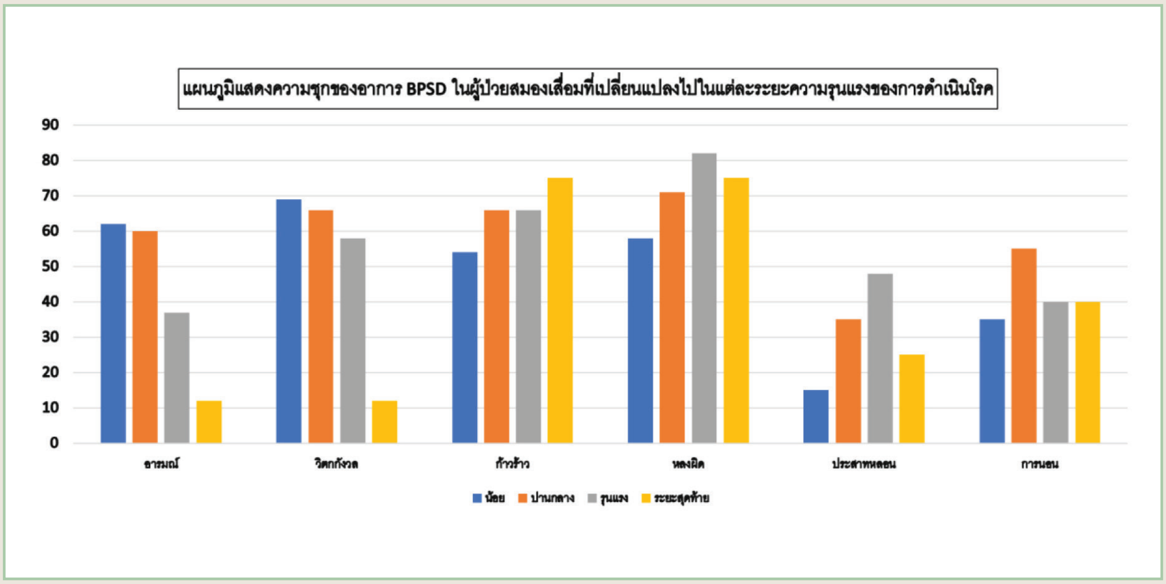
Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD คือ กลุ่มอาการที่การรับรู้ เนื้อหาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดปกติไป ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อย ๆ ในผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อม หรือที่เรียกชื่อย่อว่า BPSD นั้นเกิดได้บ่อยถึงร้อยละ 90-95 ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม[5, 8] โดยจะแตกต่างกันในช่วงระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม โดยพบได้ตั้งแต่ในระยะที่ยังมีอาการยังไม่รุนแรง ในแผนภูมิที่ 2.1 แสดงความชุกของอาการ BPSD ในผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) และเมื่อวินิจฉัยเป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นสาเหตุพบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม จะพบว่าร้อยละของอาการ BPSD นั้นจะเพิ่มสูงขึ้น ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1 ทั้งนี้ ความชุกของ BPSD จะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะ และความรุนแรงของโรค ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.2[9] จะเห็นได้ว่าในบางอาการจะมีปัญหามากในช่วงระยะที่สมองเสื่อมยังรุนแรงไม่มาก เช่น อาการด้านอารมณ์ และความวิตกกังวล ส่วนความก้าวร้าว และความคิดหลงผิดนั้นจะเกิดได้มากขึ้นเมื่อระยะของโรคสมองเสื่อมดำเนินไปมากขึ้น ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.3 นอกจากนี้ชนิดของสมองเสื่อมก็จะมีอาการของ BPSD ที่พบได้มากน้อยแตกต่างกัน[10, 11] แสดงในแผนภูมิที่ 2.4



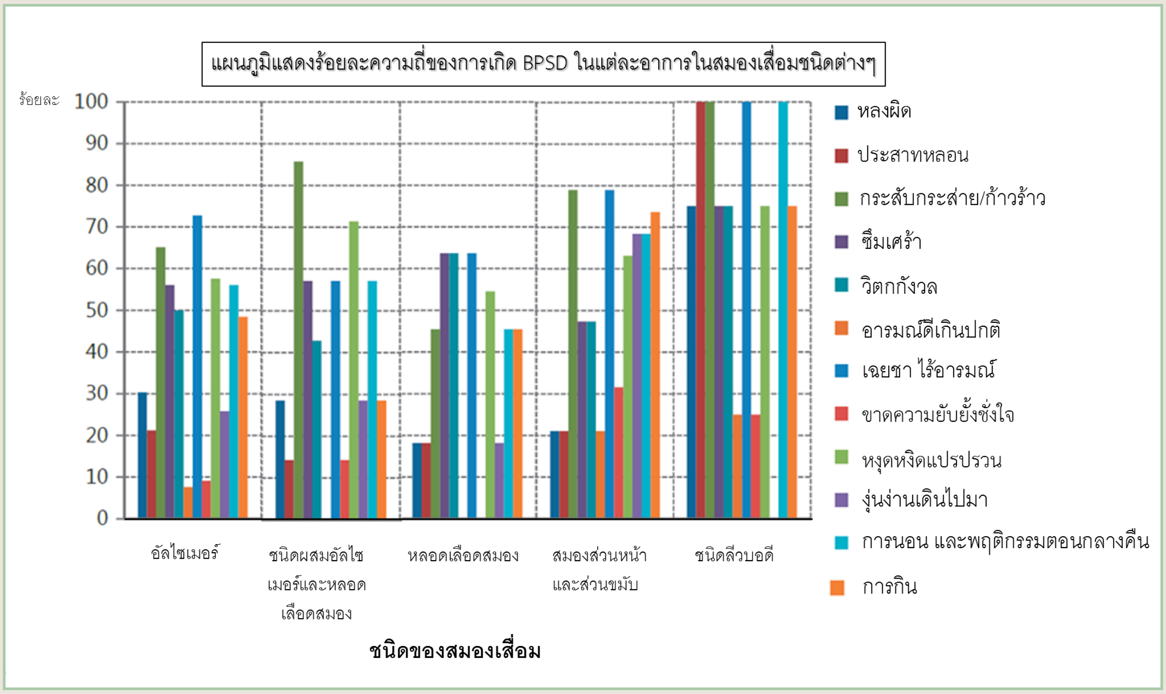
แผนภูมิที่ 2.1 แสดงร้อยละความชุกของอาการ BPSD ในผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (ดัดแปลงจาก Lyketsos et al., 2002)



แผนภูมิที่ 2.2 แสดงร้อยละความชุกของอาการ BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (ดัดแปลงจาก Lyketsos et al., 2002)



แผนภูมิที่ 2.3 แสดงถึงร้อยละความชุกของ BPSD ที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะของความรุนแรงของโรค (ดัดแปลงจาก Si-Sheng et al., 2017)



แผนภูมิที่ 2.4 แสดงร้อยละความถี่ของการเกิด BPSD ในแต่ละอาการในสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ (ดัดแปลงจาก Mukherjee et al 2017)

การศึกษาสำรวจความชุกเรื่อง BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย โดย มุฑิตา และคณะ[12] พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องระดับน้อย (mild cognitive impairment, MCI) มีปัญหาการนอนและมีปัญหาพฤติกรรมในตอนกลางคืนถึงร้อยละ 37.5 และ ในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบมี BPSD สูงถึงร้อยละ 97.5 และพบว่าผู้ป่วยมีอาการ BPSD พร้อมกัน 2 อาการมากที่สุด โดยอาการที่พบมากที่สุดคือปัญหาการกิน ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง ถึงร้อยละ 57.5 รองลงมาคืออาการเฉยชา เมินเฉย ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ และ พฤติกรรมงุ่นง่านไปมา ซึ่งพบได้เท่ากันคือ ร้อยละ 52.5 สาเหตุของสมองเสื่อมนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งเป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์นั้นมีมากที่สุด รองลงมาเป็นสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 15-20 และแบบผสมทั้งชนิดอัลไซเมอร์และหลอดเลือดสมองพบได้ประมาณร้อยละ 20 จากนั้นก็จะเป็นสมองเสื่อมชนิดอื่น ๆ เช่น สมองเสื่อมชนิดลิววีบอดี้ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 20 เช่นกัน ซึ่งในสมองเสื่อมแต่ละชนิดก็จะพบปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือ BPSD ในปริมาณมากน้อยต่างกัน รวมถึงความรุนแรงและการที่มี BPSD ชนิดต่างกันในระยะต่าง ๆ ของโรคก็เป็นจุดสังเกตได้เช่นกัน เช่นสมองเสื่อมชนิดลิววีบอดี จะพบอาการเห็นภาพหลอนได้บ่อย

คลิกกลับสารบัญ

กว่าสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ หรือ สมองเสื่อมที่เป็นจากพาร์กินสัน สอดคล้องกับแแผนภูมิที่ 3 และแผนภูมิที่ 4

ปัญหาพฤติกรมอารมณ์และจิตใจนั้น เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) ซึ่งเป็นปัญหาที่ยากและท้าทาย ต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม รวมทั้งมีความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับ BPSD อย่างมาก แม้ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาต่างเริ่มได้รับความสนใจ และมีงานวิจัยและแนวทางในเวชปฏิบัติได้ถูกพัฒนาขึ้นมาก อย่างไรก็ดีปัญหาเหล่านี้ยังมีอยู่ ความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการแก้ปัญหา BPSD เป็นทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของบุคลากรทางการแพทย์ และสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้หากดูแลจัดการเรื่องปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ไม่ดีพอ จะทำให้ผลต่อการรักษาดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ได้ดีเท่าที่ควร และจะทำให้เสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มาก และผู้ป่วยอาจต้องนอนโรงพยาบาลบ่อย ๆ หรือถูกส่งไปอยู่สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนวัยอันควร ดังนั้นหากจัดการปัญหาเหล่านี้ให้ดีแล้ว ก็จะช่วยยืดระยะเวลาในการเกิดความทุพพลภาพของผู้ป่วยและ ลดความทุกข์ของญาติและผู้ดูแล และส่งผลให้คุณภาพการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นดีขึ้นด้วย จุดประสงค์หลักของหนังสือเล่มนี้จะเน้นเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจการจัดการและการรักษา BPSD ครอบคลุมในแง่มุมต่าง ๆ

3. สาเหตุของการเกิดปัญหา BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ปัจจุบันความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดปัญหาทางพฤติกรรม จิตใจและอารมณ์ ที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือที่เรียกว่า BPSD นั้น มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์มากมาย[1] สรุปได้ว่าเกิดจากผลรวมของหลายสาเหตุประกอบเข้าด้วยกัน[13] ทั้งนี้มากน้อยต่างกันสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics, receptor polymorphism) ปัจจัยด้านสารสื่อประสาทและพยาธิสภาพของระบบประสาท (neurochemical, neuropathology) ปัจจัยทางจิตวิทยา (psychological factors) เช่น บุคลิกภาพเดิมก่อนป่วย วิธีการจัดการ การปรับตัวตอบสนองต่อความเครียด กลไกป้องกันทางจิตใจที่ใช้บ่อย หรือการที่มีความคับข้องกายและใจอยู่เดิม (premorbid personality, response to stress and discomfort) และแง่มุมทางสังคมอื่น ๆ (social aspects) เช่น ต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เปลี่ยนสถานที่อาศัย และ ปัจจัยด้านผู้ดูแล (environmental, caregiver factors) เช่น ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ดูแล ภูมิหลังความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย[14] หรือการที่ต้องเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ๆ ผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายอาจมีความไม่คุ้นชินและ ไม่ไว้วางใจผู้อื่นในการที่จะอนุญาตให้มาช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวันของตนเอง โดยปัจจัย

เหล่านี้ส่งผลต่อกัน และในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น ขีดความอดทนต่อความเครียด ความกดดันจะลดลงไปจากเดิม (lower stress threshold) จึงแสดงออกมาให้เห็น โดยเฉพาะเมื่อความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet needs) เกิดเป็นปัญหาของ พฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป[15] โดยขีดความอดทนต่อความเครียดที่มีจำกัดนี้ อาจจะเปลี่ยนแปลงขึ้นลงในระหว่างวันได้เช่นกัน ซึ่งในบางรายก็จะพบว่ามีปัญหาพฤติกรรมมากขึ้นในช่วงบ่าย ๆ หรือช่วงเย็น[16] ทั้งนี้หากผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการอย่างเหมาะสม ก็มักจะเกิดปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ และปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ ตามมาได้

ในผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อมจะมีปัญหาด้านการรู้คิด และพบมีการเสื่อมของสมรรถภาพสมองในด้านต่าง ๆ เช่น สูญเสียทักษะในการทำความเข้าใจกับบริบทต่าง ๆ ทางสังคม ความสามารถในการจำโดยเฉพาะสิ่งใหม่ ๆ ลดลง การให้เหตุผล การคิดวางแผน ความสามารถในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ จะลดลงไปจากเดิม และการที่สมองสูญเสียความสมรรถภาพไปนี้ สามารถส่งผลให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ และมักจะแสดงออกมาผ่านการกระทำต่าง ๆของผู้ป่วยให้เห็น ซึ่งในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีหลายราย จะพบว่ามีลักษณะพฤติกรรม นิสัยเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยประกอบกัน จากที่การรู้คิด และสมรรถภาพสมองเสียไปก็จะทำให้ขีดความอดทนต่อความเครียดและการถูกกระตุ้นนั้นแคบลงไปเรื่อย ๆ (progressively lowered stress threshold over the course of dementia) ดังนั้นหากมีเหตุปัจจัยมากระตุ้น เช่น การสูญเสียคนใกล้ชิด เพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว หรือการปรับตัวไม่ได้กับสิ่งแวดล้อมใหม่ การที่ต้องรับผิดชอบตัดสินใจดูแลกิจวัตรต่าง ๆ ในชีวิตที่เดิมอาจจะเคยทำได้ รวมทั้งปัญหาสุขภาพร่างกาย อาจรวมถึงความรู้สึกเป็นอิสระลดลงจากวัยที่เพิ่มขึ้น ก็จะทำให้อ่อนไหวเปราะบาง และไวต่อการเกิดความเครียดเมื่อไม่สามารถจัดการต่อปัญหาต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม และส่งผลให้เกิดปัญหา BPSD ขึ้นมาได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ยกตัวอย่างปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในสถานบริบาลระยะยาว คือผู้ป่วยสูญเสียความจำระยะสั้น (short-term memory) หากระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมนั้นยังไม่รุนแรงมาก ผู้ป่วยมักจะยังมีความจำระยะยาวได้ดีอยู่ (long-term memory) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสถานที่อยู่ปัจจุบัน และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมวุ่นวาย ผู้ป่วยอาจตกใจ พยายามหลบหนี หรือเดินเพ่นพ่าน อาละวาดโวยวายว่า ถูกกังขังหน่วงเหนี่ยวและ พยายามหนี ก็เป็นได้ ทั้งนี้ความรุนแรงดังกล่าวขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระดับความรุนแรงและชนิดของโรคสมองเสื่อมของผู้ป่วย ภาวะโรคทางกายอื่น ๆ ที่เข้ามาแทรกซ้อน และการมีโรคทางระบบประสาทร่วมด้วย รวมถึงระดับความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่ลดลง (functional decline) และหาก

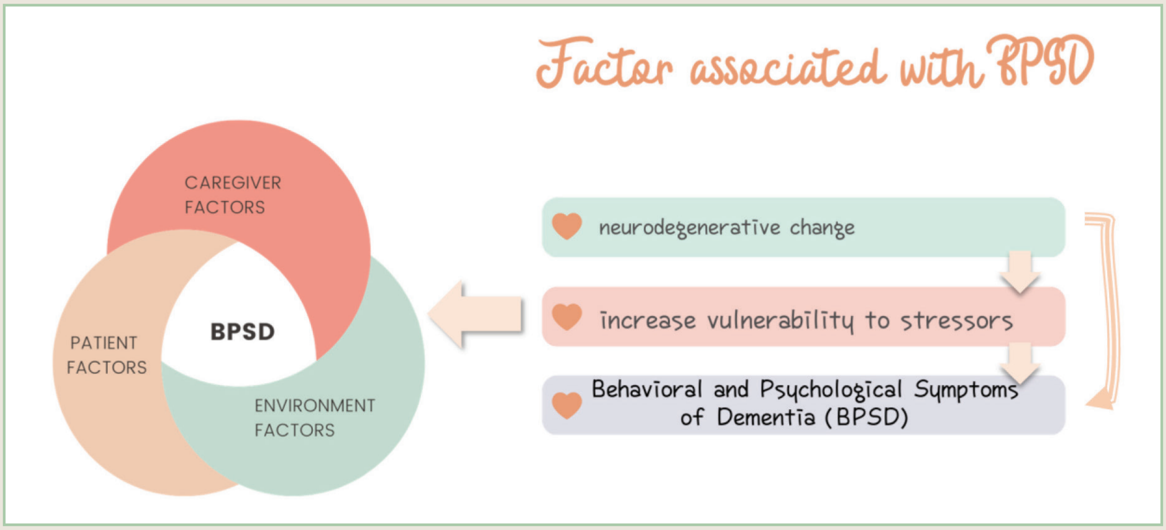
คลิกกลับสารบัญ

ผู้ป่วยมีปัญหาจิตเวช (previous psychiatric disorder) หรือปัญหาบุคลิกภาพมาก่อน (premorbid personality disorder) ก็ยิ่งจะทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา BPSD ได้มากขึ้น[17]

ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดปัญหาพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม ในบางครั้งอาจจะดูเหมือนเป็นเรื่องเล็กน้อยได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องสูญเสีย หรือเรื่องใหญ่โต ยกตัวอย่างเช่น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันไปจากเดิม หรือการเปลี่ยนผู้ดูแล หรือการอยู่ในสถานที่ที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่คุ้นเคย ก็ล้วนแล้วแต่เป็นตัวกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดความคับข้องใจ และมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ทั้งสิ้น สาเหตุที่อธิบายได้ คือปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมมักเกิดจากขีดจำกัดของความอดทนต่อความเครียดลดลง และ ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมลดลง มีความอ่อนเพลียทางร่างกายและจิตใจได้ง่ายขึ้น จึงทำให้เกิดความไม่สมดุล หากผู้ป่วยรายนี้ในตอนที่ยังไม่เป็นสมองเสื่อมก็อาจจะไม่ได้มีอาการแสดงของพฤติกรรม จิตใจ และอารมณ์ดังกล่าวออกมา เพราะโดยมากผู้ป่วยสมองเสื่อมมักอยู่ในวัยชรา มีความเหนื่อยล้าอ่อนเพลียได้ง่ายกว่าในวัยหนุ่มสาว รวมถึงปัจจัยจากการที่สมรรถภาพสมองที่ถดถอยทำให้ไม่สามารถชดเชยหรือจัดการปรับตัวได้ นอกจากนี้สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ ทั้งด้านภายนอก เช่น เสียง แสง ความร้อน ความเย็น การจัดวางข้าวของ ภูมิทัศน์ที่ไม่เอื้ออำนวย หรือปัจจัยกระตุ้นจากภายในตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมเอง เช่น ปัญหาสุขภาพกายร่วมกับสมองเสื่อมด้วย มีอาการคัน ระคายเคือง ความเจ็บปวด หรือมีปัญหาสุขภาพบางอย่าง เช่น การติดเชื้อ ปัสสาวะคั่ง ถ่ายไม่ออก หรืออาจเป็นอาการกระสับกระส่ายจากปัญหาผลข้างเคียงจากยาที่รับประทานอยู่ หรือจากการรักษาโรคทางกาย เช่นการใส่สายสวนปัสสาวะ หรือการใส่สายให้อาหารทางสายยางก็ได้ โดยหลาย ๆ ปัจจัยนี้มารวมกับปัญหาความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง มีความลำบากในการสื่อสารจึงเกิดเป็นพฤติกรรมหรืออาการออกมา โดยผู้ป่วยอาจจะแสดงอาการให้เห็นออกมาเป็นอาการตื่นกลัว ตื่นตระหนก หรือวิตกกังวลเกินกว่าเหตุได้ โดยพฤติกรรมแสดงออกนั้น ผู้ป่วยอาจแสดงออกให้เป็นลักษณะหงุดหงิด งุ่นง่าน กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง เดินไปมา หรืออาจเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวข่มขู่ทั้งทางวาจา สบถ หรือทุบตี ทำร้ายร่างกายได้ ซึ่งปัญหาพฤติกรรมที่ท้าทายต่อการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมเหล่านี้ จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต การดำรงชีวิตประจำวัน การช่วยเหลือตัวเอง และจะต้องพึ่งพิงมากขึ้น และมีความต้องการการดูแลในระดับที่สูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพ และความสุขของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น ๆ รวมถึงสุขภาพจิตของผู้ดูแลด้วยเช่นกัน และยังมีต้นทุนทางเศรษฐกิจ และบุคคลมากขึ้นในการดูแลรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้ด้วย

คลิกกลับสารบัญ

3.1 ปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)



แผนภาพที่ 2.5 แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการ BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อม[15]

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดต่างๆ เพิ่มมากขึ้นทั่วโลก จากที่จำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นในหลายๆ ประเทศทั่วโลก จึงทำให้มีอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นโดยรวมในแต่ละปี จึงนำไปสู่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ทั้งเพื่อเข้าใจหาสาเหตุ และวิธีการป้องกันรักษาบำบัด แม้ว่า ณ ปัจจุบันก็ยังไม่สามารถค้นพบวิธีการรักษาให้หายขาดจากโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากความเสื่อมของเซลประสาทได้ แต่องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นก็ได้ก้าวไกลไปมาก สามารถอธิบายและเข้าใจปัญหาในเรื่องของพฤติกรรม อารมณ์ที่ผิดปกติไป และเกิดขึ้นได้บ่อยๆ ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เรียกเป็นชื่อย่อว่า BPSD นั้น ก็มีการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ และมีความพยายามอธิบายในมุมมองของสารสื่อประสาทที่ผิดปกติหรือลดลงไปจากการที่เป็นสมองเสื่อม แต่อย่างไรก็ดี ยังไม่สามารถระบุชี้ชัดเกี่ยวกับพฤติกรรมอาการและสารสื่อประสาทตัวใดตัวหนึ่ง ณ องค์ความรู้ปัจจุบันก็ยังเชื่อในทฤษฎีว่า BPSD เป็นผลรวมจากหลายๆ ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นประกอบกัน วงจรของสารสื่อประสาทในมนุษย์นั้นซับซ้อน และหากมีความผิดปกติในหน้าที่การทำงานของวงจรของสารสื่อประสาทในสมอง ก็จะสามารถทำให้เกิดอาการทางจิตเวชได้ เช่นเดียวกับภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงออกให้เห็นถึง การที่เสียสูญเสียความสามารถของสมอง สมาธิ ความจำ ความสามารถในการจัดการ ตลอดจนเกิดปัญหาด้านอารมณ์ และพฤติกรรมที่

คลิกกลับสารบัญ

เกิดขึ้นได้ และโดยมากหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนถึงกับต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยปัญหานี้ก็มักจะมีปัญหาด้านจิตสังคมนำมาก่อนหรือมีร่วมด้วย ยกตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงในกิจวัตรประจำวัน การเกิดปัญหาโรคทางกาย การที่มีความอึดอัดไม่สบาย หรือมีความเจ็บปวด ที่ไม่ได้รับการแก้ไข รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ

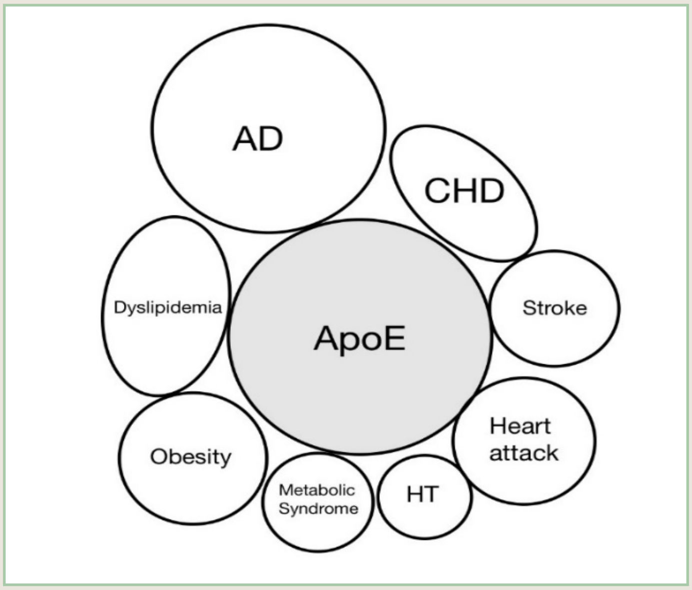
ตารางที่ 2.1 แสดงตัวอย่างความต้องการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม และพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็น เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย เนื่องจากทุกพฤติกรรมมักจะมีความหมายเสมอ และประเด็นที่พบบ่อยคือความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม (unmet needs)[18, 19]

ความต้องการ (needs)	พฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นในผู้ป่วยสมองเสื่อม
ทางร่างกาย : ความสบายทางร่างกาย พื้นฐานปัจจัยสี่ อากาศ อาหาร การนอน ความรู้สึกสบายทางกาย ไม่มีอาการเจ็บปวด	อารมณ์แสดงออกอาจจะหงุดหงิด โกรธ และการที่ผู้ป่วยร้องขอที่ระบุชัดเจน เช่น หิว ๆ ร้องขออาหาร ขอเงิน หรือบอกซ้ำ ๆ ว่าร้อน หรือหนาว เจ็บ ๆ บ่นอาการทางกายซ้ำ ๆ ปวดหัว ปวดท้อง หรือไม่ได้ระบุชี้ชัด เช่น ขอให้ช่วยด้วย ๆ
ความรู้สึกปลอดภัย มีความกลัว หรือความกังวล	วิตกกังวล ผู้ป่วยพูดว่ากลัว มีอาการเกาะติดตามผู้ดูแลแจไปทุกที่ หรืออาจจะเป็นไล่คนที่ไม่คุ้นเคย หรือคนที่ตนเองจำไม่ได้ออกไป มีอาการระแวง รู้สึกถูกขัง ต้องหนี
การสัมผัสที่นุ่มนวล	ผู้ป่วยร้องขอจับมือ หรือกอด หรือจับมือแน่น
ความรักและรู้สึกเป็นที่รัก	กลัวถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยร้องขออย่าทิ้งฉันไป อยากได้ความสนใจ ร้องไห้ คิดว่าตัวเองเป็นภาระ
ควบคุมสิ่งแวดล้อม	ไล่ผู้ดูแลออกไป ห้ามคนเข้ามาในบ้านในห้อง เปิดปิด ๆ ไฟ ม่าน ซ้ำ ๆ
เป็นอิสระ	จะออกนอกบ้าน อยากทำสิ่งที่เคยทำแต่ก่อน เช่น ขับรถ โกรธที่ถูกห้ามปรามในการทำบางอย่าง
เป็นตัวของตัวเอง	ไม่ต้องการให้ช่วยเหลือดูแลกิจวัตร อารมณ์โกรธเมื่อสิ่งแวดล้อม หรือผู้ดูแลไม่ได้ดั่งใจ ตี หยิก
สนุกสนาน แก้เบื่อ	ต้องการมีกิจกรรม หรือแกล้งผู้ดูแล ต้องการสำรวจพื้นที่ สงสัยว่ามีอะไรอยู่อีกห้อง อยากไปดู อยากกรื้อค้น จะไปทำงาน

3.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม

มีหลายการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรม และโรคสมองเสื่อม โดยที่มีการศึกษามากที่สุดคือโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่าผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่มีอาการประสาทหลอน และหลงผิดนั้นมีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และพี่น้องของผู้ป่วยก็จะมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการประสาทหลอนและหลงผิดนี้เช่นเดียวกัน โดยมีผลวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์ที่ตำแหน่งของโครโมโซมที่ 7 และ 15 กับอาการหลงผิดประสาทหลอน[20] นอกจากนี้มีการศึกษาเรื่องยีนในการควบคุมสารสื่อประสาทชนิดซีโรโทนิน โดยพบว่า มีความสัมพันธ์ของ HTR2A T102C polymorphism กับอาการประสาทหลอน และหลงผิดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยเช่นกัน[21] ในผู้ป่วยดาวน์ซินโดรมซึ่งเป็นภาวะปัญญาอ่อนตั้งแต่กำเนิดก็เกิดจากการการที่โครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 แท่งนั้น ก็จะพบการเกิดโรคสมองเสื่อมในช่วงอายุที่น้อยกว่าบุคคลที่มีสติปัญญาในระดับปกติด้วย ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยทางพันธุกรรมกับอาการก้าวร้าวในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับยีนที่เกี่ยวข้องกับสารต้นกำเนิดของสารสื่อประสาทอย่างทริปโตฟาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับยีนในการควบคุมการขนส่งของสารสื่อประสาทซีโรโทนินด้วยเช่นกัน[22] นอกจากนี้มีหลายการศึกษาที่กล่าวถึง ApoE4 allele กับปัญหาความก้าวร้าวในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์[23] โดยผลการศึกษายังสรุปไม่ได้ชัดเจนและค่อนข้างต่างกัน มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมของประเทศไทย ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นคนไทย ที่เป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่อยู่ในระดับความรุนแรงมากน้อยต่างกัน พบว่าหากผู้ป่วยมีลักษณะของ Apolipoprotein E ชนิดฟีโนไทป์ ApoE3/3 ซึ่งเป็นชนิดที่พบได้มากที่สุดในคนเอเชีย จะมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเกิดขึ้นได้น้อยกว่าในกลุ่มที่มี Apolipoprotein E phenotype อื่น ๆ[24] นอกจากนี้มีศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษาวิจัยในปัจจุบันที่ค้นพบส่วนใหญ่ก็มีแนวโน้มว่ามีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับ 5HT2A และ 5HT2C polymorphisms และรวมถึงอาการในกลุ่มวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมก็มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงนี้ด้วยเช่นกัน[25] นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีญาติใกล้ชิดมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า ก็พบมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้นด้วยเช่นกัน[26] ส่วนการศึกษาเรื่อง ApoE4 allele ที่พบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้มากขึ้นนั้น ยังไม่พบความสัมพันธ์เชื่อมโยงในเรื่องของอาการซึมเศร้า และวิตกกังวล แต่พบมีความสัมพันธ์กับอาการก้าวร้าวในโรคสมองเสื่อมชนิดส่วนหน้าและกลีบขมับ (Frontotemporal dementia) ส่วนในโรคสมองเสื่อมชนิด

อื่น ๆ เช่น สมองเสื่อมชนิดลิววีบอดี้ (Lewy body dementia) และสมองเสื่อมในโรคพากินสัน (Parkinson dementia) พบว่าสัมพันธ์กับการมี ApoE2 allele ยีน[27] และในสมองเสื่อมชนิดผสม ยังไม่พบความเชื่อมโยงเกี่ยวกับการมี ApoE4 allele ในการศึกษาของประเทศไทย ที่คลินิกสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าในผู้ที่มี ApoE4 allele สัมพันธ์กับความถดถอยของสมองและอาการ BPSD ชนิดก้าวร้าว หลงผิด ได้มากกว่ากลุ่มที่เป็น ApoE3/3 ที่จะพบว่าความก้าวร้าวน้อยกว่า[24]



แผนภาพที่ 2.6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างยีน ApoE กับภาวะโรคต่าง ๆ โดยขนาดแสดงถึงระดับของความสัมพันธ์ (ดัดแปลงจาก Online Mendelian Inheritance in Man, OMIM) ApoE-Apolipoprotein E; AD-Alzheimer's disease; CHD-Coronary Heart Disease; HT-Hypertension

3.3 ปัจจัยด้านสารสื่อประสาท

สมองของมนุษย์เราต้องการสารสื่อประสาทในการทำงาน ในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเกิดความเปลี่ยนแปลงผิดที่ปกติของกลุ่มสารสื่อประสาทหลากหลายชนิด ส่งผลต่อการรู้คิด ได้แก่ ความจำ พฤติกรรม อารมณ์ และความคิดการตัดสินใจ พฤติกรรมต่าง ๆ และ ความสามารถอื่น ๆ ในการจัดการของมนุษย์ โดยพบว่ามีสารสื่อประสาทหลายชนิดที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งพบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเกือบทุกชนิด ได้แก่

1) อะซิติลโคลีน (acetylcholine) เป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทโคลิเนอร์จิก (cholinergic system) โดยหากมีความผิดปกติก็จะทำให้เกิดอาการสับสน เพ้อคลั่ง และสูญเสียความจำได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม หากผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ยากลุ่มต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic)

ก็จะทำให้ยิ่งเกิดอาการสับสน และอาจเป็นมากถึงกับมีอาการเพ้อ คลั่ง (delirium) ได้ ยาที่เพิ่ม cholinergic อย่างยาสมองเสื่อมชนิด acetylcholinesterase inhibitors ก็จะช่วยเพิ่มระดับการรู้คิด และสมรรถภาพของสมองได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

2) โดพามีน (dopamine) เป็นสารสื่อประสาทที่จำเป็นของมนุษย์ โดยเฉพาะในด้านการรู้คิด และการทำงานของสมาธิ ความจำ ทั้งนี้ยังสัมพันธ์กับอาการหลงผิด หวาดระแวงด้วยเช่นกัน ในผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่มีอาการก้าวร้าวร่วมด้วย พบว่าระดับความเข้มข้นของโดพามีนในสมองส่วนกลีบขมับลดลงได้ และการให้ยาที่ไปควบคุมสมดุลของโดพามีน ก็พบว่าทำให้อาการก้าวร้าวลดลงได้เช่นกัน

3) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) เป็นสารสื่อประสาทที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซับซ้อนกับการเกิดอาการซึมเศร้า เฉยเมย และสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว และอาการหลงผิดได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งนี้ในผู้ป่วยที่สมองฝ่อจะมีจำนวนของเซลประสาทชนิดนอร์อิพิเนฟริน ลดลงในบริเวณ locus coeruleus จะทำให้ปริมาณโดยรวมของนอร์อิพิเนฟรินในสมองของผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดนี้ลดลง

4) ซีโรโทนิน (serotonin) งานวิจัยพบว่าในผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีระดับของสารซีโรโทนินที่ผิดปกติในสมองหลายส่วน โดยจะสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า วิตกกังวล กระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข หรือก้าวร้าวได้ ซึ่งระดับของสารสื่อประสาทซีโรโทนินมีความสัมพันธ์ซับซ้อนกับสารสื่อประสาทชนิดอื่น ๆ ในสมองของผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อม และในการให้ยาต้านเศร้าชนิด SSRI ก็ใช้ได้ผลในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ก้าวร้าวได้ด้วยเช่นกัน

5) กลูตาเมต (glutamate) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์จะพบว่าเกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทชนิดกลูตาเมต และปริมาณของสารสื่อประสาทโดพามีนในสมอง โดยจากการที่จำนวนเซลประสาทฝ่อเสื่อมและลดลงในผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำให้ขาดสารสื่อประสาทในการทำงานโดยสารสื่อประสาทชนิดกลูตาเมตนี้ เป็นสารสื่อประสาทชนิด excitatory หลัก ซึ่งการเกิดความไม่สมดุลนี้จะมีบทบาททำให้เกิดอาการหลงผิดประสาทหลอน (psychosis) ได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

6) กรดแกมมาอะมิโนบิวไทริก (gamma-aminobutyric acid, GABA) เป็นสารสื่อประสาทชนิด inhibitory ของสมอง ซึ่งการที่มีความผิดปกติของ GABA ของผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้ จะสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ BPSD เช่น ภาวะเรียบเฉยไม่ยินดียินร้าย (apathy) และอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่มีภาวะอัลไซเมอร์ชนิดรุนแรง

7) อื่น ๆ นอกจากนี้ ยังมีสารอีกหลายชนิด เช่น substance P, neuropeptide Y, somatostatin, vasopressin, corticotropin-releasing hormone, galanin ที่ลดลง/เพิ่มขึ้นในสมองบางส่วนของผู้ป่วย

สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ทั้งนี้จะทำให้เกิดกลไกการควบคุมเสียไป รวมถึงสมดุลของ hypothalamus-pituitary axis (HPA axis) เสียไป แสดงออกมาเป็น อาการ BPSD ที่สัมพันธ์กับความเครียด กระสับกระส่าย หงุดหงิด นอนไม่หลับ ซึ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน[28]

แผนภาพที่ 2.7 ภาพสรุปแสดงปัจจัยด้านผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกัน ส่งผลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดที่ผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม

3.4 ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น ก็เป็นปัจจัยประกอบที่กระตุ้นทำให้เกิดอาการ BPSD ขึ้นมาได้เช่นกัน ทั้งนี้มีการศึกษาวิจัยพบว่าในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมักจะเกิดความเปราะบางและอ่อนไหวได้ง่ายขึ้น ขีดความอดทนต่อความเครียดความกดดันลดลง และจากการที่ขีดจำกัดของความทนได้ต่อความเครียดลดลงนี้เอง ผู้ป่วยมักเกิดปัญหาการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม มักเกิดปัญหาทางจิตใจ หรือพฤติกรรม อารมณ์ผิดปกติได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุในวัยเดียวกันที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ยกตัวอย่างที่พบได้ตั้งแต่เรื่องเล็กน้อย เช่น การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การสื่อสาร หรือการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนบางอย่างในชีวิตประจำวัน เช่นการจัดการด้านการเงินในครัวเรือน การจ่ายตลาดซื้อของ การจ่ายบิลค่าสาธารณูปโภค ไปจนถึงเรื่องที่ยากแก่การปรับตัว เช่น การย้ายถิ่นที่

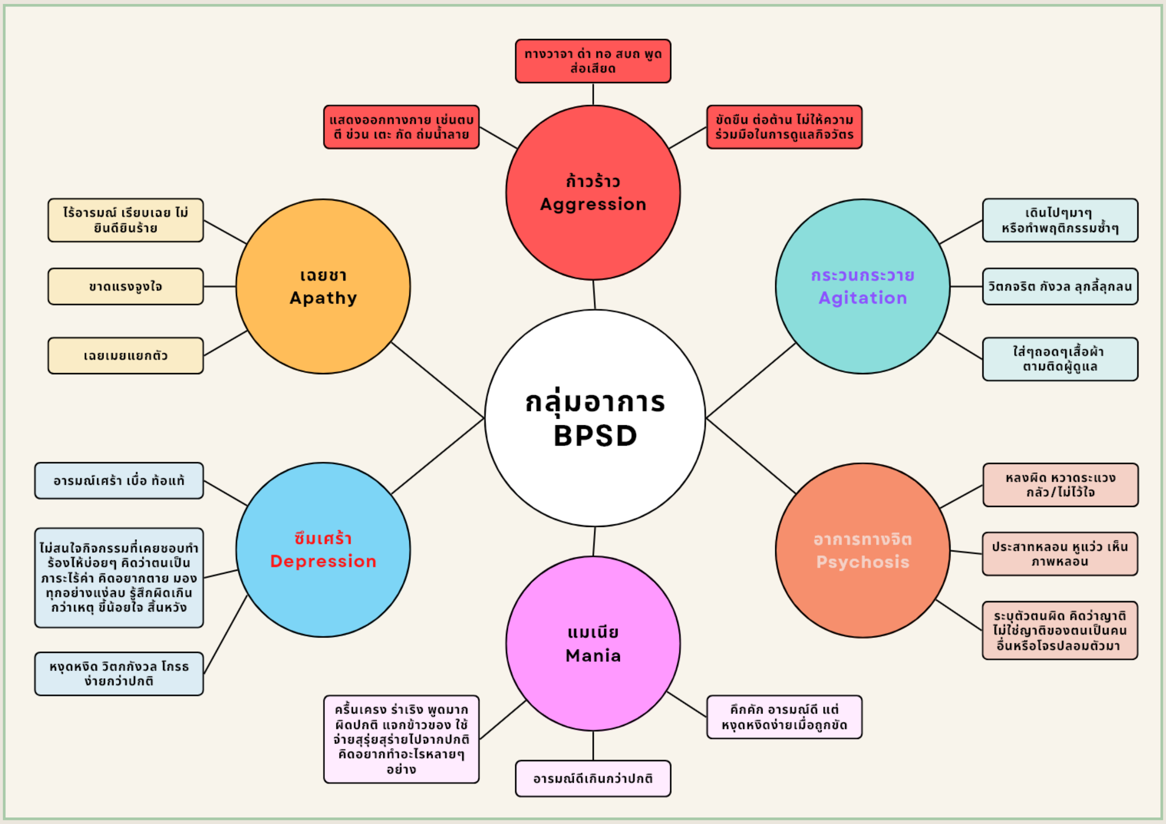
อยู่อาศัย โดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องย้ายไปอยู่ที่สถานบำบัดระยะยาว หรือย้ายออกบ้านที่อยู่ประจำมานานเพื่อไปอยู่กับญาติ เพราะต้องการการดูแลที่มากขึ้น ก็จะทำให้เกิดปัญหาซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว และหงุดหงิด งุ่นง่านกับครอบครัวหรือผู้ดูแลมากขึ้นได้ หรืออาจจะทำให้ปัญหาสมองเสื่อมมากขึ้นได้ ในทางกลับกัน ปัญหาที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องถูกส่งไปอยู่สถานบำบัดระยะยาวก่อนเวลาอันควรก็เกิดจากปัญหา BPSD ได้เช่นกัน และโดยมากมักเป็นปัญหากับครอบครัวและผู้ดูแลจนถึงขั้นเบื่อหน่ายหมดไฟ หรือดูแลไม่ไหว ส่งผลให้ทำให้ผู้ป่วยต้องส่งไปอยู่ในสถานบำบัดระยะยาวก่อนเวลาอันสมควรได้จากปัญหาพฤติกรรมที่ญาติจัดการไม่ได้นี้เช่นกัน ปัญหาทางจิตสังคมและการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้นนี้ ก็จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มากขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อม และการที่มีปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมก็ถือเป็นปัจจัยลบต่อภาวะสมองเสื่อมด้วยเช่นกัน เพราะนอกจากจะทำให้เกิด BPSD แล้วก็ยังจะทำให้อาการของโรคสมองเสื่อมหนักขึ้นได้ โดยอธิบายได้จากแผนภาพที่ 2.6 แสดงปัจจัยด้านผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกันและกัน

4. กลุ่มอาการของ BPSD

4.1 BPSD ประกอบด้วยอาการอะไรบ้าง

ปัญหาที่มีความผิดปกติของการรับรู้ เนื้อหาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อมนั้น มีหลากหลายอาการ โดยสามารถจัดเป็นกลุ่มก้อนใหญ่ตามลักษณะอาการที่เรียกว่า BPSD symptoms cluster ได้ดังรูป ทั้งนี้จะมีความซ้อนทับกันในบางอาการได้ ซึ่งในที่นี้จะแบ่งตามกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม [13, 15, 29, 30]

คลิกกลับสารบัญ



แผนภูมิภาพที่ 2.8 แสดงกลุ่มอาการ BPSD (BPSD clusters) ดัดแปลงจาก McShane R. 2000[31]

4.2 อารมณ์เรียบเฉยชาไม่ยินดียินร้าย (apathy, withdrawn, lack of interest, amotivation)

ปัญหาอารมณ์เรียบเฉยไม่ยินดียินร้าย (apathy) พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มอาการ BPSD ซึ่งในผู้ป่วยอัลไซเมอร์จะพบได้เกือบร้อยละ 50 ซึ่งอาการนี้จะทำให้ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมเป็นมากขึ้น และมักจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสมองเสื่อม ถดถอยลง เนื่องจากผู้ป่วยหมดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง และการสื่อสารกับคนอื่น ซึ่งในกลุ่มอาการนี้คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลมักจะมีความทุกข์ใจที่ผู้ป่วยไม่สนใจ ถอยห่าง หรือไม่ค่อยตอบสนองทางอารมณ์ ทั้งทางการเข้าสังคม การแสดงสีหน้า การพูด หรือการที่จะเริ่มต้นทำกิจกรรมอะไรเอง และภาวะนี้มักจะถูกมองว่าเป็นปัญหาซึมเศร้า เนื่องจากทั้งอาการซึมเศร้า (depression) และ อารมณ์เรียบเฉย ถอยห่าง ไม่ยินดียินร้าย (apathy) นั้น ผู้ป่วยจะดูไม่สนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ดูเฉื่อยชา ขาดเรี่ยวแรง และมักไม่รู้ตัว แต่อย่างไรก็ดีใน apathy นั้นไม่ได้มีอารมณ์เศร้าเหมือนอย่างภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ในการรักษาสองภาวะนี้ก็ต่างกันในแง่ของการให้ยา ในภาวะซึมเศร้าควรให้ยาต้านเศร้า เพื่อลดอาการซึมเศร้า ส่วนใน apathy

คลิกกลับสารบัญ

ควรให้ยา cholinesterase inhibitor หรือ psycho-stimulant ช่วยลดอาการที่ขาดแรงจูงใจ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาการ apathy นี้พบได้ตั้งแต่อาการสมองเสื่อมเป็นน้อย ๆ จนถึงระดับที่เป็นมาก รุนแรงขึ้น และเป็นภาวะที่ค่อนข้างสร้างความหนักใจให้กับญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยได้มาก

4.3 ก้าวร้าว เกรี้ยวกราด (aggression)

ปัญหาผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการเกรี้ยวกราด ก้าวร้าว นั้นพบได้บ่อยในทางคลินิก และมักเป็นอาการที่สร้างภาระ เป็นปัญหาความหนักใจให้กับญาติ และ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักถูกพามาพบแพทย์ด้วยปัญหาเรื่องความก้าวร้าวนี้ได้บ่อย แต่อย่างไรก็ดีมักจะถูกละเลย จนอาการเป็นมาก ซึ่งปัญหาความก้าวร้าวนี้ก็จะทำให้ส่งผลต่อการดูแล และเป็นเหตุให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการก้าวร้าวนั้น ต้องถูกนำส่งเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือเข้าสู่สถานบำบัด บ้านพักฟื้นคนชรา ได้ก่อนเวลาอันสมควร และทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลแก้ปัญหานี้มากพอสมควร ส่งผลถึงปัญหาสุขภาพ การดูแลตนเอง การดูแลกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และมักจะถูกแปลผลผิดว่าผู้ป่วยอาการสมองเสื่อมขั้นรุนแรงแล้ว ซึ่งไม่จำเป็นเสมอไป โดยในปัญหาเรื่องความก้าวร้าว เกรี้ยวกราด ในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นแบ่งได้เป็น 1) ความเกรี้ยวกราดก้าวร้าวทางร่างกาย (physical aggression) ได้แก่ การใช้ความรุนแรงต่อร่างกายหรือสิ่งของ เช่น การตบ เตะ ถีบ ขว้างปาทำลายข้าวของ หยิก ข่วน กัด ถ่มน้ำลาย ขย้ำ หรือจับแรง ๆ การพยายามทำร้ายร่างกายผู้ดูแล และ 2) ความเกรี้ยวกราดก้าวร้าวทางวาจา (verbal aggression) ได้แก่ การพูดคำหยาบคาย ใช้เสียงดังตึงตัง พูดรุนแรง ตะโกน กรีดร้อง สาปแช่ง สบถ ด่าว่าผู้ดูแล 3) ความก้าวร้าวเกรี้ยวกราดแข็งขืน ไม่ยอมให้จับต้องช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (aggressive resistance to care) และเกิดอาการเกรี้ยวกราดก้าวร้าทางวาจา หรือทางร่างกายตามมาจากความพยายามในการดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งโดยมากมักเกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แล้วผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายกาย อึดอัด ปวดเมื่อย ขัดใจ หรืออาจจะอากาศเย็นหรือร้อนเกินไป รู้สึกอับอาย โดยผู้ป่วยอาจแปลผลว่ากำลังถูกล่วงล้ำความเป็นส่วนตัว ทั้งนี้ความเกรี้ยวกราดก้าวร้าวมักจะเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายกาย มีความหงุดหงิด ถูกกระตุ้นได้ง่าย และความวิตกกังวลใจร่วมกัน โดยอาจร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ได้อีกด้วย เช่นบุคลิกภาพเดิมก้าวร้าวตั้งแต่ก่อนป่วย ก็จะทำให้ความรุนแรงมากขึ้นได้ และเป็นอันตรายต่อทั้งตัวผู้ป่วยเอง และญาติ หรือผู้ดูแล

4.4 กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง กระวนกระวาย (agitation, and/or restlessness)

Agitation ได้แก่ อาการกระวนกระวาย กระสับส่าย อยู่ไม่สุข เดินไปๆ มาๆ ทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำๆ รื้อข้าวของ หยิบเข้าหยิบออก หรือซ่อนข้าวของ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นไม่เหมาะสมกับบริบท โดย อาการกระวนกระวายนี้อาจจะแสดงออกโดยเป็นการพูดซ้ำๆ หรือใช้เสียงซ้ำๆ แปลกๆ ก็ได้ เช่น เรียกร้องหาผู้ดูแลซ้ำๆ ครางฮึมฮัม ทำเสียงครืดๆ หรือพูดซ้ำๆ ว่ากลัวๆ โดยไม่มีเหตุผล โดยมากมักจะเกิดร่วมกับอาการอื่นๆ ด้วย เช่น อาการเกรี้ยวกราด ก้าวร้าว และเกิดขึ้นได้บ่อยขึ้น เมื่อผู้ป่วยถูกกระตุ้น ถูกขัดใจ หรือไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม ปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้ยากแก่การดูแล และทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดรำคาญใจ โดยมากผู้ดูแลมักจะเครียดและไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการจะสื่ออะไร บางครั้งอาจแปลความหมายผิดโดยคิดว่าผู้ป่วยตั้งใจกวนประสาท ทั้งนี้อาการagitation เหล่านี้ จำเป็นต้องวิเคราะห์หาสาเหตุที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการ และต้องแยกจากปัญหาผลข้างเคียงจากยาบางชนิดที่กระตุ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิดได้มากขึ้น (medication induced restlessness, akathisia) ในบางครั้งอาการเหล่านี้ อาจจะสัมพันธ์กับปัญหาความจำได้เช่นกัน อาทิเช่น ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมทำของหาย และพยายามรื้อค้นหาของ หรืออาจจะเกิดจากผู้ป่วยถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม มากหรือน้อยเกินไป เช่น อยู่ในที่อึกทึกเปิดทีวี หรือวิทยุที่ดังเกินไป หรือสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นผู้ป่วยน้อยเกินไป เช่น ว่างเกินไป ไม่มีกิจกรรมอะไรทำชัดเจน นอกจากนี้ พฤติกรรมอื่นๆ เช่นการถอดเสื้อผ้า ใส่เสื้อผ้า ที่ไม่เหมาะสมกับบริบท การกระทำอื่นๆ ที่ทำซ้ำๆ ทั้งแบบมีจุดมุ่งหมายและไม่มีจุดมุ่งหมาย ก็จัดอยู่ในกลุ่มอาการด้วยนี้เช่นกัน ทั้งนี้ พฤติกรรมเหล่านี้พบได้บ่อยขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการปานกลางถึงมาก (moderate to severe dementia) โดยมากผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายกายหรือมีความวิตกกังวล และแสดงออกให้เห็นเป็นอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด หรือมีก้าวร้าวร่วมด้วยได้ และอาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแล้วรู้สึกว่าหนาวหรือร้อนเกินไป หรือผู้ป่วยอาจคิดว่าถูกล่วงล้ำความเป็นส่วนตัว โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการเจ็บปวดและสื่อสารลำบาก โดยพฤติกรรมนี้จะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบได้มากขึ้นในผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพค่อนข้างก้าวร้าวเอาแต่ใจมาตั้งแต่ก่อนเป็นสมองเสื่อม อาการกระสับกระส่าย (agitation) หงุดหงิด ไม่ร่วมมือในการให้การดูแลกิจวัตรประจำวันจะส่งผลอย่างมากต่อผู้ดูแล ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าว (aggression) นั้นเป็นได้ทั้งทางกายและทางวาจา (physical and verbal aggression) ได้แก่ อาละวาด ทำเสียงตึงตัง ขว้างปาข้าวของ ตะโกนหรือด่าเสียงดัง พยายามทำร้ายร่างกายผู้ดูแล ซึ่งอาการข้างต้นอาจเกิดร่วมกับภาวะสับสน อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนได้ การรักษาจำเป็นต้องประเมินความเสี่ยง ของอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะ

กระวนกระวายหรือก้าวร้าวของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น และไม่ควรขังไว้ตามลำพัง สาเหตุที่พบได้บ่อย ๆ เช่น ผลข้างเคียงจากยา อาการหิว อาการปวด เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จะมีปัญหาด้านการสื่อสารอยู่แล้ว ผู้ให้การดูแลจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินอาการปวดของผู้ป่วยจากการสังเกตผู้ป่วย เช่น จากสีหน้า ท่าทางที่ต่างไปจากเดิม จากการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น ในผู้สูงอายุบางรายมีอาการปวดคอ ไม่สามารถหันคอได้หรือเมื่อผู้ดูแลเข้าไปจับ ก็พบว่าตีหรือปัดไม่ให้จับที่บริเวณนั้น ๆ และจากการเปลี่ยนแปลงท่าทางในกิจกรรมที่ทำ โดยในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย จะมีอาการกรีดร้อง (screaming) ซ้ำ ๆ ได้ หรือการทำเสียงซ้ำ ๆ (repetitive vocalization) อาจจะเกินจากการที่ผู้ป่วยวิตกกังวล และไม่มีกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจงทำ จึงทำให้กระตุ้นตนเอง หรือเรียกร้องความสนใจโดยการทำเสียงซ้ำ ๆ ก็เป็นได้ ในรายที่มีอาการก้าวร้าว เกรี้ยวกราด มักจะมีอาการสบถ สาปแช่ง (cursing) ซ้ำ ๆได้เช่นกัน ส่วนพฤติกรรมซ้ำ ๆ เช่น การถามซ้ำบ่อย ๆ การพูดคำเดิมซ้ำ ๆ หรือกระทำซ้ำ ๆ นับเป็น ปัญหาที่ทำให้ญาติ และ ผู้ดูแลหงุดหงิด รำคาญใจได้ค่อนข้างมาก และอาจจะสร้างความคับข้องใจได้มากเช่นกัน หากผู้ดูแลไม่เข้าใจอาจคิดว่าผู้ป่วยแกล้งให้ผู้ดูแลเกิดความหงุดหงิดรำคาญ ทนไม่ได้ ในผู้ป่วยบางรายมีอาการถอด ๆ ใส่ ๆ เสื้อผ้า เข้า ๆออก ๆ ซ้ำ ๆ (dressing/undressing) ได้ โดยพฤติกรรมทำซ้ำ ๆ เหล่านี้สามารถถูกกระตุ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะวิตกกังวล ความกลัว ความเบื่อหน่าย ความไม่สบายตัว ทั้งจากความรู้สึกภายใน และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ทั้งที่ถูกกระตุ้นมากไป หรือน้อยเกินไป สภาพอากาศหรือไม่ได้รับความสนใจก็เป็นได้เช่นกัน ทั้งนี้ผู้ดูแลควรทำความเข้าใจ หาเหตุผลและความรู้สึกที่ผู้ป่วยพูดหรือทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ พยายามจัดผู้ป่วยให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป พยายามหลีกเลี่ยงการเตือนผู้ป่วยว่าได้พูดหรือทำสิ่งนั้นไปแล้ว และเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยไปยังกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบและคุ้นเคย และควรจัดกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

4.5 พฤติกรรมเดินเร่ร่อน (wandering)

อาการเดินเพ่นพ่าน (wandering) เป็นอีกปัญหาที่มีผลกระทบอย่างมาก โดยเฉพาะกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมากมักจะเป็นการเดินไปอย่างไรจุดหมาย เพื่อหาทางออก หรือพยายามหนีออกจากบ้าน ซึ่งมักจะเกิดควบคู่กับอาการอื่น ๆ เช่นอาการหลงผิดว่าที่อยู่ไม่ใช่บ้านของตน หรือในผู้ป่วยที่อยู่อาศัยในสถานบำบัดระยะยาวสำหรับคนชรา หรือผู้ป่วยสมองเสื่อม อาจจะไม่ชอบกับสถานที่และรู้สึกไม่อยากอยู่ พยายามจะหนี โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการหลงทาง และสับสนร่วมด้วย ในผู้ป่วยที่มีอาการนี้มักจะมีปัญหาเบื่อหน่ายไม่สนใจกิจกรรม หรือมีอาการนอนไม่หลับ และมีความวิตกกังวล

ร่วมด้วย และมักพบอาการนี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นมากแล้วแต่สุขภาพทางกายค่อนข้างแข็งแรง และมีโรคร่วมทางกายน้อย ซึ่งพฤติกรรมนี้สุ่มเสี่ยงต่อการทำให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม หรือหลงทางได้ ความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นได้มาก ถ้าผู้ป่วยเดินเร่ร่อนไปในป่าหรือที่มีคนอาศัยอยู่น้อย การเดินออกไปอย่างไร้จุดมุ่งหมายนี้ หรือเดินออกไปโดยมีจุดมุ่งหมายที่ไม่เหมาะสม เช่น ต้องการกลับบ้านเก่าที่ย้ายออกมานานแล้ว หรือเดินออกไปไม่เหมาะแก่เวลา เช่นเวลาค่ำมืด หรืออาจเป็นการพยายามหนีออกจากบ้าน ผู้ป่วยอาจมีภาวะสับสน ความกระวนกระวายใจ ร่วมด้วยจึงทำให้เกิดพฤติกรรมนี้ หรืออาจเกิดจากการพยายามกระตุ้นตนเองของผู้ป่วยให้มีปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอก ผู้ดูแลควรดูแลใกล้ชิด และป้องกันการพลัดหลง และควรติดแท็กป้ายชื่อ ข้อมือ QR code หรือการใช้อุปกรณ์ติดตามตัว เช่น GPS ติดภาพที่ประตูหรือหน้าต่างเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ติดสัญญาณที่ประตู เพื่อเป็นสัญญาณเตือนเวลาผู้ป่วยผ่านเข้าออก ควรพาผู้ป่วยไปการออกกำลังกาย หรือ การทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การออกนอกบ้านตามความเหมาะสม เพื่อลดอาการนี้

4.6 พฤติกรรมตามติดเป็นเงา (shadowing)

พฤติกรรมตามติดเป็นเงานี้ (shadowing) เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ตามติดผู้ดูแลทุกย่างก้าว หรือแสดงกริยาตามในสิ่งที่ผู้ดูแลทำ หรืออาจแสดงออกให้เห็นชัดเจนว่าเกิดความวิตกกังวลเครียด เมื่อผู้ดูแลออกห่างจากตนเอง ซึ่งพฤติกรรมนี้มักเกิดจากความกังวลของผู้ป่วยว่าผู้ดูแลจะทอดทิ้ง ขาดที่พึ่งพิง และตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยพฤติกรรมนี้อาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวได้ ส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการดูแลผู้ป่วยได้มาก ทางออกที่ดีคือ กรณีผู้ดูแล หรือญาติถูกตามติดมาก ๆ ผู้ดูแลควรปรับความเข้าใจว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นไม่สามารถจัดการกับความกังวลเครียด และกลัวช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ดังนั้นควรพูดคุย และแสดงออกกับผู้ป่วย โดยให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในเรื่องความปลอดภัย และเน้นย้ำว่าจะไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยอย่างแน่นอน และพยายามเบี่ยงเบนความสนใจโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น งานบ้าน หรือออกกำลังกาย กรณีผู้ป่วยสมองเสื่อมที่หลงลืม ผู้ดูแลอาจเขียนข้อความเพื่อบอกผู้ป่วยว่าไปที่ไหนและจะกลับเมื่อไร และควรหาผู้ดูแลสำรอง มาช่วยดูแลผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้ดูแลหลักไม่อยู่

4.7 อาการทางจิต (psychosis) : ประสาทหลอน (hallucinations), หลงผิด (delusions), ระบุตัวตนผิด (misidentification), ระแวงสงสัย (suspiciousness)

อาการทางจิต (psychosis) ได้แก่ ความคิดหลงผิด (delusion) เช่น อาการกลัวหวาดระแวง

(paranoid) และ อาการประสาทหลอน (hallucination) ก็เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมเช่นกัน โดยพบได้ในสมองเสื่อมทุกชนิด ในผู้ป่วยที่เป็นอัลไซเมอร์พบว่ามีอาการนี้มากถึงร้อยละ 41 โดย พบอาการหลงผิดในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ระหว่างร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 73 ทั้งนี้ขึ้นกับการศึกษา และ คำจำกัดความของภาวะสมองเสื่อมที่ใช้ในการสำรวจ โดยในกลุ่มอาการหลงผิดนั้นมักจะไม่ได้แปลกประหลาด หรือพิสดาร (bizarre)

4.7.1 อาการหลงผิด (delusion)

มักจะเป็นอาการหลงผิดที่พบได้บ่อยโดยจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม และปัญหาความจำที่เสื่อมลงของผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่

1) ความคิดหลงผิดที่คิดว่ามีคนขโมยของ มีโจรขึ้นบ้าน ซึ่งพบได้บ่อยที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อม มีปัญหาความจำหลงลืม มักจะทำของหายหรือวางของผิดที่ หาไม่เจอ และจะสัมพันธ์ไปกับความคิดหลงผิดที่ว่าของที่หาไม่เจอนั้นโดนคนขโมย หรือมีโจรขึ้นบ้าน หรืออาจกล่าวหาคนในบ้านว่าเป็นคนขโมย ผู้ป่วยมักจะใช้เวลาค้นหาของ รื้อข้าวของ ร่วมกับมีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่ายได้

2) ความคิดหลงผิดว่าบ้านที่อยู่อาศัยนั้น ไม่ใช่บ้านของตนเอง ซึ่งในกรณีนี้เกิดขึ้นสัมพันธ์กับความสามารถในการจำของผู้ป่วยที่ถดถอยลงจากภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจำบ้านที่ตนเองอยู่อาศัย ณ ปัจจุบันได้ ผู้ป่วยหลายรายมักคิดว่าอยู่ที่อื่น และยังไม่ได้กลับบ้านจริง และมักจะคิดถึงบ้านเก่าที่เคยอยู่อาศัยในอดีต และพยายามเรียกร้องจะกลับบ้าน ซึ่งจะทำให้เกิดผลที่ตามมาเช่น หนีออกจากบ้าน ออกไปเดินเพ่นพ่านตามหาบ้านเก่า หรือมีพฤติกรรม งุ่นง่าน ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำลายข้าวของเนื่องจากถูกห้ามไม่ให้กลับบ้านได้เช่นกัน

3) ความคิดหลงผิดที่คิดว่าคนดูแล สามี/ภรรยา หรือสมาชิกในบ้านไม่ใช่ตัวจริง เป็นคนอื่นปลอมตัวมา ซึ่งในกลุ่มอาการนี้เข้าได้กับ capgras delusion ซึ่งเป็นความคิดหลงผิดว่า ผู้ดูแลคนที่เห็นนั้นไม่ใช่ตัวจริง และเป็นโจรผู้ร้าย หรือบุคคลอื่นปลอมตัวมา ซึ่งจะนำพาให้เกิดความขุ่นเคือง โกรธส่งให้เกิดพฤติกรรมแสดงออกที่รุนแรง ก้าวร้าวต่อผู้ดูแล และอันตรายได้ สำหรับผู้ที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความหลงผิดคิดไปว่าผู้ดูแลนั้นปลอมตัวมา ก็จะทำให้ผู้ดูแล คู่สามี/ภรรยา สมาชิกในครอบครัวรู้สึกผิดหวังเสียใจ กลัวผู้ป่วยทำร้าย และนำไปสู่ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย เกิดภาวะหมดไฟ เป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น

4) ความคิดหลงผิดว่าตนเองจะถูกทอดทิ้ง พบได้บ่อยเป็นลำดับรองจากความคิดหลงผิดว่ามีคนขโมยของ ซึ่งมีผู้ป่วยสมองเสื่อมหลายรายคิดว่าตนเองจะถูกผู้ดูแล ครอบครัว ละเลย ละทิ้ง หรือ

คลิกกลับสารบัญ

พยายามที่จะละทิ้ง เอาไปปล่อยที่ศูนย์คนชรา หรือที่โรงพยาบาล หรืออาจจะคิดว่า ทีมแพทย์ร่วมมือกับผู้ดูแลพยายามที่จะหน่วงเหนี่ยวกักขังผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล หรือวางแผนที่จะจับตัวผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยสมองเสื่อมเองมักจะทราบดีว่าตนเองเริ่มมีปัญหาสมองเสื่อมต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้เกิดอาการความคิดหลงผิดที่คิดว่าตนเองจะถูกทอดทิ้ง ส่งผลทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ ตามเกาะติดกับผู้ดูแลเป็นเงา (clinging and shadowing) ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้บ่อย

5) ความคิดหลงผิดว่าคู่สมรสนอกใจ หรือมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยที่ไม่อิงจากหลักฐานความเป็นจริง มีอาการหึงหวง และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอ ซึ่งอาจจะมีความคิดหลงผิดชนิดนี้กับผู้ดูแล ได้เช่นกัน

4.7.2 อาการประสาทหลอน (hallucinations)

ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นระยะกลาง มากกว่าในระยะเริ่มต้น โดยพบได้ร้อยละ 12 ถึง ร้อยละ 49 และในสมองเสื่อมชนิดลิววีบอดี จะพบอาการเห็นภาพหลอนได้มากถึงร้อยละ 80 ส่วนอาการประสาทหลอนทางประสาทสัมผัสอื่น ๆ เช่นการรับกลิ่น หรือการรับสัมผัสที่ผิดปกติ (olfactory, tactile) จะพบได้น้อยกว่ามาก ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจะเห็นภาพหลอนเป็นคนขึ้นบ้าน หรือโจรขึ้นบ้าน ซึ่งมักจะควบคู่ไปกับความคิดหลงผิดว่ามีโจรมาขโมยของ ซึ่งก็จะมีพฤติกรรมต่าง ๆ ตามมา เช่นพยายามสอดส่องหาโจรอยู่ตลอดเวลา หรือผู้ป่วยสมองเสื่อมเองสูญเสียความสามารถในการจำหน้าบุคคล ทำให้เข้าใจผิดว่าญาติหรือผู้ดูแลเป็นโจร ซึ่งภาวะนี้จำเป็นต้องจัดการและรักษา เนื่องจากจะก่อให้เกิดความเครียดต่อทั้งตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมเองและผู้ดูแลได้ควรยังต้องแยกกับปัญหาด้านสายตาของผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่อาจมองเห็นไม่ชัด และตีความเป็นไปในทางที่เข้ากับอาการหลงผิด เช่น ผู้ป่วยเห็นม่านไหวจากลมพัดในตอนกลางคืนเป็นเงาคน ซึ่งกรณีนี้ควรจัดแสงสว่างให้เหมาะสมควร และจัดสิ่งแวดล้อมให้เห็นได้ชัดและแยกแยะได้ง่าย (visual contrast) และ ให้ใช้แว่นตาเพื่อช่วยในการมองเห็นในการใช้ชีวิตประจำวันด้วย

4.7.3 อาการระบุตัวตนผิด (misidentifications)

อาการระบุตัวตนผิดนี้ต่างจากอาการประสาทหลอน (hallucination) เนื่องจากบางครั้งในอาการประสาทหลอนนั้นไม่ได้มีตัวกระตุ้น แต่อาการระบุตัวตนผิดนี้เป็นความผิดปกติของการรับรู้ ซึ่งจะไปสอดคล้องกับความเชื่อ และความคิดหลงผิด เช่นเห็นบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว แต่คิดว่าเป็นโจร ซึ่งอาการของการระบุตัวตนผิด หรือ misidentification นี้ยกตัวอย่าง ได้แก่ 1) เห็นบุคคลอื่นเข้า

มาในบ้านของตนเอง 2) จำตนเองไม่ได้ในกระจก ผู้ป่วยส่องกระจกเห็นตนเองเป็นบุคคลอื่น 3) เห็นสมาชิกในบ้านเป็นคนอื่น 4) ดูโทรทัศน์แล้วเข้าใจว่าเหตุการณ์ในโทรทัศน์นั้นกำลังเกิดขึ้นจริง (แยกไม่ได้ว่ากำลังดูโทรทัศน์อยู่) อาการระบุตัวตนผิดนี้เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และสมองเสื่อมชนิดลีวบอดี และเกิดได้น้อยกว่าในสมองเสื่อมชนิดสมองกลีบหน้าและกลีบข้าง อาการระบุตัวตนผิดนี้มักจะก่อให้เกิดปัญหากับครอบครัวและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าเป็นคนอื่น อาจจะก่อให้เกิดอาการหวาดระแวง ไม่ไว้ใจ ผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง อันตรายต่อผู้ดูแล และทำให้เกิดภาวะตึงเครียดในผู้ดูแลได้

4.8 ปัญหาวงจรการนอนที่ผิดปกติ (sleep-wake cycle disturbance)

ปัญหาการนอนในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นพบได้บ่อยมาก เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ป่วยเสียการควบคุมวงจรการนอนไป (disrupted circadian rhythm) โดยปัญหาการนอนนี้จะพบได้ทุกระยะของผู้ป่วยสมองเสื่อม เนื่องจากมีการเสื่อมของสมอง จะทำให้ผู้ป่วยนอนได้เป็นช่วง ๆ และมักจะตื่นกลางคืน และง่วงนอนช่วงกลางวัน และมักพบปัญหานี้มากขึ้นหากมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ในผู้สูงอายุทั่วไปก็จะมีปัญหาในด้านคุณภาพการนอนได้เช่นกัน โดยจะมีการหลับในช่วงลึกลดลง และมีตื่นกลางดึกได้บ่อยจากหลายสาเหตุ และในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหาจากวงจรการนอนผิดปกติไปจากเดิมอีกด้วย โดยอาจมีปัญหาอื่น ๆ ซ้ำซ้อนร่วมด้วยส่งผลต่อการนอน เช่น ความเจ็บปวด และในบางรายอาจมีการเดินเพ่นพ่าน กระสับกระส่ายในช่วงเวลากลางคืน เกิดความเสี่ยงในการหกล้ม ดังนั้นควรจัดสุขภาวะอนามัยที่ดีในการนอนและจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการนอน ให้กับผู้ป่วยสมองเสื่อม ในผู้ป่วยหลายรายจะมีอาการสับสนในช่วงเย็น และมีอาการหงุดหงิดกระสับกระส่าย ซึ่งเกิดจากปัญหาของวงจรการนอนที่ผิดปกตินี้เช่นกัน

4.9 การเปลี่ยนแปลงของการรับประทานอาหาร (alterations of appetite and eating)

ในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มักมีปัญหาเรื่องการรับกลิ่นที่ผิดปกติไป ซึ่งมีการศึกษาพบว่าการรับกลิ่นรสที่เสียไปเป็นอาการเริ่มแรกที่พบก่อนที่จะวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ทั้งนี้ปัญหาเรื่องการรับกลิ่นที่ผิดปกติไปนี้ (olfactory dysfunction) พบได้ทั้งในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และสมองเสื่อมชนิดลีวบอดี้ ซึ่งปัญหานี้จะทำให้เกิดความเบื่ออาหารและน้ำหนักลดได้ และผลที่ตามมาจะทำให้ความแข็งแรงของร่างกาย มวลกล้ามเนื้อลดลง เข้าสู่ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุซึ่งจะมีความเสี่ยงได้มากขึ้น (frailty) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีปัญหาความจำอาจลืมไปว่ายังไม่

คลิกกลับสารบัญ

ได้รับประทานอาหาร หรือว่ารับประทานไปแล้ว และการที่ไม่สามารถเตรียมอาหารได้ด้วยตนเองก็อาจจะเป็นปัจจัยที่ทำให้การรับประทานของผู้ป่วยลดลง ในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดส่วนหน้าและกลีบขมับ จะพบว่ามีการยับยั้งชั่งใจในการทานอาหารลดลง ผู้ป่วยมักจะอยากรับประทานอาหารจำพวกแป้งและของหวาน ในบางรายอาจจะทานแต่สิ่งเดิม ๆ ซ้ำ ๆ เนื่องจากอาการหมกมุ่นและไม่ยืดหยุ่น และอาจจะรับประทานสิ่งที่ไม่ใช่อาหารได้เช่นกัน เมื่อความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มมีปัญหาการกลืน และอาจสำลักอาหารได้

4.10 การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม (sexual disturbances)

การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม ทั้งวาจา และการแสดงออกของพฤติกรรมทางเพศ เช่น การขาดความยับยั้งชั่งใจทางเพศ หรือแสดงออกไปในทางที่มีความต้องการทางเพศมากขึ้น พบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งอาการนี้จะทำให้เกิดความลำบากใจและเป็นปัญหากับผู้ดูแล ทั้งครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้มาก ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

4.11 ซึมเศร้า (depression)

อารมณ์เศร้า หดหู่ เบื่อท้อ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ ไร้เรี่ยวแรง รู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นภาระ ร้องไห้บ่อย ๆ อ่อนไหวง่าย ขี้น้อยใจ ไม่อยากทำในสิ่งที่เคยชอบทำ ก็เป็นกลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยอาการซึมเศร้านี้เป็นได้ตั้งแต่ระยะต้นของการเป็นสมองเสื่อม และอาจจะเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถบางอย่างแต่ยังรู้ตัวดี เช่น สูญเสียความจำ เสียการควบคุมดูแลตนเอง เสียความมั่นใจในตนเอง หรือเสียความรู้สึกอิสระ หรือสูญเสียคนที่รัก ซึ่งสามารถนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเองได้ อาการซึมเศร้านี้จะขึ้น ๆ ลง ๆ ตามสถานการณ์ได้

4.12 แมเนียครื้นเครง (mania)

ในผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจะมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ (disinhibition) อารมณ์ดีร่าเริงผิดปกติ หรือแมเนียได้ โดยที่อารมณ์ดีนั้นเกินปกติ โดยผู้ป่วยอาจจะหัวเราะ หรืออาจจะพูดเรื่องตลกโดยที่ไม่เหมาะสมกับบริบท หรืออาจจะตีสนิทสนมเกินเหตุกับคนอื่น ซึ่งโดยรวมมักจะมีเรื่องของความหุนหันพลันแล่นด้าน อารมณ์และการขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่เข้ากับมารยาทสังคม (socially

inappropriate) ทั้งนี้อาจจะถูกมองว่าเป็นปัญหาเรื่องทางเพศมาเกี่ยวข้องด้วย เช่นการจับต้องตัวผู้อื่นโดยไม่ถูกกาละเทศะ ซึ่งจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีประวัติสมองถูกกระทบกระเทือน (traumatic brain injury) หรือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดสมองส่วนหน้าและกลีบขมับ หรือผู้ป่วยอาจจะมีเนื้องอกหรือพยาธิสภาพในสมองส่วนหน้า ทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจ อื่น ๆ ก็อาจจะเป็นโรคอารมณ์สองขั้วหรือไบโพล่าร์มาก่อนได้ อาการอื่น ๆที่ใกล้เคียงได้แก่ อาการหัวเราะ ร้องไห้แบบเกินจริงไม่สมเหตุผล (pathological laughing and crying, PLS) หรือที่เรียกกันว่า pseudobulbar palsy ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมอง และโรคอื่น ๆ เช่น multiple sclerosis, amyotrophic lateral sclerosis แต่ทั้งนี้ในกลุ่ม PLS นี้จะไม่ได้รู้สึกเศร้าจนต้องร้องไห้แต่ไม่สามารถควบคุมทั้งการหัวเราะและร้องไห้ออกมาได้

สรุปบทที่ 2

- กลุ่มอาการที่ การรับรู้ เนื้อหาความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรมผิดปกติไป ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อมนั้นจัดเป็น non-cognitive symptoms of dementia (NCSD) มีชื่อเรียกได้หลายชื่อที่สื่อถึงความหมายเดียวกัน เช่น BPSD, NPS, BtC
- BPSD ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมเหล่านั้นเกิดขึ้นจากความรู้สึกและ การตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถอดทน และจัดการได้ หรือผู้ป่วยมีความต้องการหรือมีความทุกข์บางอย่าง ที่ต้องการสื่อสารออกมา และไม่ได้รับการตอบสนองอย่างที่ควร
- ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะมีอาการ BPSD ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง อาการและความมากน้อยขึ้นกับชนิดของสมองเสื่อม และความรุนแรง รวมทั้งระยะของโรคสมองเสื่อมด้วย
- สาเหตุของการเกิด BPSD นั้นเป็นผลรวมของหลายปัจจัยเข้าด้วยกันทั้งด้านปัจจัยชีวภาพ คือด้านสารสื่อประสาท พันธุกรรม จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม
- มีการจัดกลุ่มของแต่ละอาการของ BPSD เข้าไว้ด้วยกัน โดยสัมพันธ์กับลักษณะจำเพาะของอาการเพื่อนำไปสู่การรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Edberg, A.-K., W. Moyle, and S. Chan, The IPA complete guides to Behavioural and Psychological Symtoms of Dementia, BPSD: Nurses guide. 2012, International Psychogeriatric Association.
2. Health, N.C.C.f.M., Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges. 2015.
3. Prizer, L.P. and S. Zimmerman, Progressive support for activities of daily living for persons living with dementia. The Gerontologist, 2018. 58(suppl_1): p. S74-S87.
4. Clifford, C. and O. Doody, Exploring nursing staff views of responsive behaviours of people with dementia in long-stay facilities. Journal of psychiatric and mental health nursing, 2018. 25(1): p. 26-36.
5. Mukherjee, A., et al., Behavioural and psychological symptoms of dementia: correlates and impact on caregiver distress. Dementia and geriatric cognitive disorders extra, 2018. 7(3): p. 354-365.
6. Steinberg, M., et al., The persistence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. International journal of geriatric psychiatry, 2004. 19(1): p. 19-26.
7. Bondi, M.W., E.C. Edmonds, and D.P. Salmon, Alzheimer's disease: past, present, and future. Journal of the International Neuropsychological Society, 2017. 23(9-10): p. 818-831.
8. Laganà, V., et al., Neuropsychiatric or Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): focus on prevalence and natural history in Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia. Frontiers in Neurology, 2022. 13: p. 832199.
9. Lyketsos, C.G., et al., Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. Jama, 2002. 288(12): p. 1475-1483.
10. Finkel, S.I., et al., Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. International psychogeriatrics, 1997. 8(S3): p. 497-500.
11. Huang, S.-S., W.-F. Wang, and Y.-C. Liao, Severity and prevalence of behavioral and psychological symptoms among patients of different dementia stages in Taiwan. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 2017. 44: p. 89-93.
12. Charernboon, T. and M. Phanasathit, Prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a cross-sectional descriptive study in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet Thangphaet, 2014. 97(5): p. 560-565.
13. Finkel, S., Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). International journal of geriatric psychiatry, 2000.
14. Feast, A., et al., The contribution of caregiver psychosocial factors to distress associated with

behavioural and psychological symptoms in dementia. International journal of geriatric psychiatry, 2017. 32(1): p. 76-85.

15. Kales, H.C., et al., Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: an international Delphi consensus. International psychogeriatrics, 2019. 31(1): p. 83-90.
16. Maust, D.T., et al., Distress associated with dementia-related psychosis and agitation in relation to healthcare utilization and costs. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 2017. 25(10): p. 1074-1082.
17. Shefet, D., Where Ego Was, Id Shall Be-A Call for A Psychodynamic Approach to Behavioral and Psycho-logical Symptoms of Dementia. J Men Hea Psy Dis, 2021. 1: p. 1-5.
18. Cohen-Mansfield, J., et al., Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? Psychiatry research, 2015. 228(1): p. 59-64.
19. Gaugler, J.E., et al., Unmet care needs and key outcomes in dementia. Journal of the American Geriatrics Society, 2005. 53(12): p. 2098-2105.
20. Hollingworth, P., et al., Increased familial risk and genomewide significant linkage for Alzheimer's disease with psychosis. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 2007. 144(7): p. 841-848.
21. Ramanathan, S. and S.J. Glatt, Serotonergic system genes in psychosis of Alzheimer dementia: meta-analysis. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 2009. 17(10): p. 839-846.
22. Serretti, A., et al., Tryptophan hydroxylase gene and major psychoses. Psychiatry research, 2001. 103(1): p. 79-86.
23. Qian, W., et al., Association between psychosis phenotype and APOE genotype on the clinical profiles of Alzheimer's disease. Current Alzheimer Research, 2018. 15(2): p. 187-194.
24. Tangwongchai, S., et al., In thai Nationals, the ApoE4 allele affects multiple domains of neuropsychological, biobehavioral, and social functioning thereby contributing to Alzheimer's disorder, while the ApoE3 allele protects against neuropsychiatric symptoms and psychosocial deficits. Molecular neurobiology, 2018. 55: p. 6449-6462.
25. Tang, L., et al., The association between 5HT2A T102C and behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease: a meta-analysis. BioMed Research International, 2017. 2017.
26. Holmes, C., et al., Depression in Alzheimer's disease: the effect of serotonin receptor gene variation. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 2003. 119(1): p. 40-43.

27. Federoff, M., et al., A large study reveals no association between APOE and Parkinson's disease. Neurobiology of disease, 2012. 46(2): p. 389-392.
28. Galik, E., et al., INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION (IPA): TOPICS IN AGING AND MENTAL HEALTH. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 2020. 28(4): p. S17.
29. Berrios, G.E., Non-cognitive symptoms and the diagnosis of dementia: Historical and clinical aspects. The British Journal of Psychiatry, 1989. 154(S4): p. 11-16.
30. Cerejeira, J., L. Lagarto, and E.B. Mukaetova-Ladinska, Behavioral and psychological symptoms of dementia. Frontiers in neurology, 2012. 3: p. 73.
31. McShane, R., What are the syndromes of behavioral and psychological symptoms of dementia? International Psychogeriatrics, 2000. 12(S1): p. 147-153.

บทที่ 3
แนวทางการประเมินภาวะปัญหาทางประสาทจิตเวชศาสตร์สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองเสื่อม

การที่จะประเมินวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การจัดการปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ถูกต้องเหมาะสมนั้น จำเป็นจะต้องระบุให้ได้ก่อนว่าผู้ป่วยนั้นมีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ อยู่ในระดับใด และสมองเสื่อมนั้นเป็นชนิดประเภทใด ดังที่ได้ลงรายละเอียดเรื่องชนิดของโรคสมองเสื่อมและปัญหา BPSD ที่พบในบทที่ 1 แล้ว เพราะการทำความเข้าใจตัวโรค ชนิดของสมองเสื่อม จะทำนายถึงอาการ และการดำเนินโรค นำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และจำเพาะต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ลำดับต่อมาคือต้องแยกกับ*ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium)* ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาโรคทางกาย แต่อย่างไรก็ดีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น อาจถูกกระตุ้นได้จากปัญหาสุขภาพร่างกายและมีภาวะสับสนเฉียบพลันทับซ้อนได้เช่นกัน *(delirium on-top dementia)* จากนั้นควรวิเคราะห์ปัญหา BPSD นั้นว่าเป็นชนิดใดบ้าง ซึ่งโดยมากผู้ป่วยมักมีหลายอาการ ทั้งนี้ควรลำดับตามความสำคัญและความหนักใจเป็นภาระของญาติ ตลอดจนความถี่ ความรุนแรง ของแต่ละอาการและระยะเวลาที่เกิดอาการหรือปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นเป็นอย่างไร มีปัจจัยใดที่เหนี่ยวนำให้เกิดอาการ หรือมีปัจจัยหรือสิ่งใดทำให้สภาวะหรืออาการเหล่านั้นดีขึ้นหรือแย่ลง มีความจำเพาะต่อบุคคลหรือไม่ รวมถึงจำเพาะต่อช่วงเวลาที่เกิดอาการหรือไม่ ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทราบในการวิเคราะห์และวางแผนในการจัดการ และเมื่อเกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ที่ผิดปกติไปในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่รบกวนขึ้นมานั้น ทางญาติหรือผู้ดูแลเคยได้ดูแล หรือจัดการ ทำอย่างไรไปบ้างในการแก้ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ที่เกิดขึ้นนั้นๆ และได้ผลหรือไม่ จากนั้นต้องพยายามสืบค้นหา

ว่ามีสิ่งใดเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อม ที่สัมพันธ์กัน ทั้งนี้ควรแปลผลทุกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นย่อมมีความหมายทั้งสิ้น และควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นลำดับแรกสุด ทั้งนี้สามารถให้ญาติหรือผู้ดูแล ช่วยกรอก *แบบรายงานปัญหา BPSD* ได้เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และง่ายขึ้น โดยใช้เป็นตัวช่วยในการซักประวัติญาติ หรือผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาอารมณ์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ชัดเจนขึ้นและข้อมูลควรได้จากทั้งญาติผู้ดูแล หรือผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ และอาจถามตัวผู้ป่วยเองได้ด้วย โดยดูตัวอย่างแบบรายงานปัญหาพฤติกรรมที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ในหน้า 63-64

นอกจากนี้ การใช้แบบทดสอบ rating scale for BPSD มีประโยชน์นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในทางคลินิก ยกตัวอย่างเช่น 1) Neuropsychiatric inventory (NPI)[1] 2) The Behavior Rating Scale for Dementia of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease (CERAD-BRSD)[2] 3) Behavioral Pathology in Alzheimer’s disease (BEHAVE-AD)[3] 4) Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)[4] 5) The Rating Anxiety in Dementia (RAID)[5] 6) Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)[6] 7) Pittsburgh Agitation Scale (PAS)[7] 8) Neuropsychiatric inventory-Distress subscale (NPI-D)[8]

1. ขอบเขตกรอบแนวคิดในการประเมินปัญหา BPSD

ในการประเมินปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดที่ผิดปกติไปในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีหลายกรอบแนวคิดที่นิยม ได้แก่ 1) กรอบแนวคิดในการประเมินแบบ **ABC** ซึ่งเป็นตัวย่อในการวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยดูจากการสังเกตสิ่งที่นำมาก่อนปัญหาพฤติกรรมที่จะเกิด (**A**ntecedent) พฤติกรรมที่เกิดที่เป็นปัญหา (**B**ehavior) และ ผลที่ตามมาของการเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ (**C**onsequences)[9] 2) กรอบแนวคิดในการประเมินแบบ **DICE** ซึ่งเป็นตัวย่อในการวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมเช่นกัน โดยให้อธิบายรายละเอียดปัญหาของพฤติกรรมนั้น (**D**escribe) ว่าเกิดอะไรขึ้นใครทำอะไรที่ไหนเมื่อไรอย่างไร มากน้อยแค่ไหน และตามด้วยการสืบเสาะหาสาเหตุ (**I**nvestigate) ทั้งทางด้านปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม (bio-psycho-social) ทั้งจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสีวินิจฉัย รวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยทางจิตสังคมต่าง ๆ ในบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และสร้างแผนการรักษา (**C**reate) ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และจัดการทั้งทางด้านปัจจัยทางชีวภาพ และจิตสังคม สิ่งแวดล้อม โดยการปรับพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา และการใช้ยาในการรักษาปรับพฤติกรรม

จากนั้นลำดับต่อมาคือ การติดตามผลของการวางแผนการรักษา (**E**valuate)[10] 3) กรอบแนวคิดในการประเมินแบบ **TIME** ซึ่งย่อมาจาก **T**argeted **I**nterdisciplinary **M**odel for **E**valuation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms ซึ่งจะแบ่งได้เป็น 3 ช่วง ได้แก่ช่วงการประเมิน registration and assessment phase ช่วงการจัดการกับปัญหา guided reflection phase และช่วงการจัดการและการประเมินผล action and evaluation phase[11] 4) กรอบแนวคิดในการประเมินแบบ **IPA** ได้แก่ **I**nvestigate, **P**lan, **A**ct โดยใช้ในการประเมินปัญหาพฤติกรรมกระสับกระส่ายก้าวร้าวโดยเฉพาะจากคำแนะนำของ International psychogeriatric association consensus algorithm ปี ค.ศ. 2023[12]

ทั้งนี้ กรอบแนวคิดในการประเมินปัญหา BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีหลายแนวทาง แต่ล้วนมีจุดประสงค์เดียวกันคือเพื่อให้การวิเคราะห์ปัญหานั้นครอบคลุม และนำไปสู่การจัดการที่ถูกต้องเหมาะสม โดยในกรอบแนวคิดการประเมินทั้งหลายนั้นจะครอบคลุมด้านการประเมินระดับของปัญหา ความสำคัญ ความถี่ เหตุการณ์ที่เกิด กับใคร ที่ไหน อย่างไร เป็นต้น และนำไปสู่การตั้งคำถามสมมุติฐานและพิสูจน์ว่าสมมุติฐานนั้นเป็นไปได้มากน้อยอย่างไร จึงนำไปสู่การจัดการที่สอดคล้องกับสมมุติฐานนั้น ๆ และติดตามผลว่าดีขึ้นหรือไม่อย่างไร ใช้ได้ผลหรือไม่ ดังนั้นแบบรายงานปัญหา BPSD และแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นจึงมีความสำคัญในขั้นตอนแรก และในทางคลินิก การใช้ rating scale ก็จะช่วยได้มาก เช่น การใช้ Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) ซึ่งจะประกอบด้วย 12 หัวข้อหลักของอาการ BPSD ที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม และสามารถบอกความรุนแรง และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลได้

ตารางที่ 3.1 แบบประเมินระดับสมรรถนะของผู้ป่วยสมองเสื่อม (Reisberg B 1988)

Stage	Functional Assessment Staging (FAST) Scale แบบประเมินระดับสมรรถนะของผู้ป่วยสมองเสื่อม[13]	Consecutive level of disability
1	ไม่พบมีความยากลำบากในด้านความรู้คิด จากทั้งตัวเอง และการสังเกต	1
2	เริ่มมีปัญหาเล็กน้อย เช่น วางของแล้วลืม เริ่มมีปัญหา หรือในการจัดการงานต่าง ๆ ยากขึ้น	2
3	เพื่อนร่วมงานสังเกตเห็นว่าความสามารถในการทำงานลดลง การจัดการเริ่มต่าง ๆ เริ่มบกพร่อง ไม่เป็นระเบียบเหมือนแต่ก่อน เริ่มหลงทางในสถานที่ไม่คุ้นเคย	3
4	ความสามารถในการทำงานซับซ้อนเป็นขั้นเป็นตอนลดลง เช่น การจัดการทางการเงินเริ่มบกพร่อง ไม่สามารถจัดการแผนงานที่เริ่มซับซ้อนได้ เช่น การวางแผนการท่องเที่ยว หรือ การซื้อขายของ การไปจ่ายตลาด ความสามารถในจัดการทำอาหาร ทำกับข้าว บกพร่องไปจากที่เคยทำได้ อาจเป็นทั้งจากความจำ หรือความสามารถในการจัดการร่วมด้วยได้	4
5	ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการแต่งตัวให้เหมาะสม ทั้งให้เหมาะกับช่วงวัน ฤดู โอกาส และสถานการณ์	5
6	a. การแต่งตัวเริ่มผิดปกติกับกาลเทศะ เช่น ใส่ชุดเดิมซ้ำ ๆ ใส่รองเท้าผิดข้าง ใส่ชุดทำงานเข้านอน โดยจะพบได้บ่อย ๆ ในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา b. ต้องช่วยเหลือในการอาบน้ำ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ว่าควรปรับอุณหภูมิของน้ำที่จะอาบได้เหมาะสม c. ไม่สามารถดูแลจัดการตัวเองในการใช้สุขภัณฑ์และการขับถ่าย เช่น ไม่ราดน้ำ ไม่กดชักโครก ไม่ทำความสะอาด ทิ้งกระดาษชำระผิดที่ โดยเป็นบ่อย ๆ ในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา d. กลั้นปัสสาวะไม่ได้บ่อยขึ้น ปัสสาวะราดในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา e. กลั้นอุจจาระไม่ได้บ่อยขึ้น อุจจาระราดในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านนมา	6.0 6.2 6.4 6.6 6.8
7	a. ความสามารถในการพูดลดลง พูดน้อยลง และคลังคำศัพท์ คำยาก ๆ ที่พูดเริ่มลดลง สังเกตเป็นตลอดทั้งวัน หรือในช่วงขณะสัมภาษณ์พูดคุย b. คำพูดลดลงเหลือแค่เป็นคำ ๆ โดยสังเกตเป็นตลอดทั้งวัน หรือในช่วงสัมภาษณ์พูดคุย ผู้ป่วยอาจพูดคำใดคำหนึ่งซ้ำ ๆ c. ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ถ้าไม่มีผู้ช่วยเหลือ d. ผู้ป่วยไม่สามารถนั่งได้เองถ้าไม่มีผู้ช่วยเหลือ หรืออาจจะล้มถ้าไม่ประคองให้นั่ง e. ผู้ป่วยเสียความสามารถในการยิ้ม f. ผู้ป่วยไม่สามารถยกศีรษะขึ้นได้เอง	7.0 7.2 7.4 7.6 7.8 8.0

*การคิดคะแนน FAST Disability Score = (FAST Stage consecutive level) + (Each nonconsecutive FAST disability scored (0.2 คะแนน))

คลิกกลับสารบัญ

ตารางที่ 3.2 แบบรายงานปัญหาพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

แบบรายงานปัญหาพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..

เพศ................. อายุ................ วันเดือนปีเกิด (พ.ศ.)................................

ชื่อผู้ดูแล... ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.................

อธิบายปัญหาพฤติกรรม

ผู้ป่วยมีปัญหาทางพฤติกรรมหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่แน่ใจ

ระบุรายละเอียดของปัญหา/พฤติกรรม...

....

....

....

ระบุความรุนแรง ความหนักใจของท่านต่อปัญหาพฤติกรรมดังกล่าว.....................

....

....

....

ปัญหา/พฤติกรรมดังกล่าวเริ่มขึ้นตั้งแต่เมื่อไร วัน....... เดือน............ ปี............

ระบุระยะเวลาของปัญหาพฤติกรรมนั้น...

ความถี่ของปัญหาพฤติกรรม...

มีปัจจัยอะไรที่ท่านสังเกต/คิดว่า สัมพันธ์กับการดีขึ้น หรือแย่ลงของพฤติกรรมนั้นบ้าง (รวมถึงช่วงเวลาของวันด้วย) โปรดระบุ...

....

....

....

ท่านเคยจัดการปัญหา พฤติกรรม ดังกล่าวด้วยวิธีใดบ้าง (รวมถึงการให้ยาด้วย) ได้ผล/ไม่ได้ผล โปรดระบุ...

....

....

....

....

ผู้ป่วยเคยได้รับการปรึกษา รักษา หรือพบแพทย์ เกี่ยวกับเรื่องปัญหาพฤติกรรมนี้

หรือไม่ ระบุรายละเอียด..

....

....

....

ปัญหาทางสุขภาพกาย

ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพร่างกายที่เพิ่มขึ้นใหม่หรือเปลี่ยนแปลงไปในช่วงที่ผ่านมาหรือไม่

(เช่น สับสน, ไอ, ไข้, หกล้ม, การเดินหรือทรงตัวลำบาก, ความเจ็บปวด, ปัสสาวะเล็ด,

ปัสสาวะบ่อยขึ้น, ปัญหาการนอน ฯลฯ) โปรดระบุ..

....

....

ระบุยาที่เพิ่งเปลี่ยนไปในช่วงเดือนที่ผ่านมา (การเพิ่ม/ลด/เริ่มยาใหม่) ปริมาณ ความถี่

....

....

....

....

ระบุยา/การรักษาของผู้ป่วยปัจจุบัน ปริมาณ ความถี่...

....

....

....

....

ผลการตรวจร่างกาย ห้องปฏิบัติการ ผลเลือด ปัสสาวะ (ล่าสุดเมื่อใด)....................

....

....

....

....

....

ลงชื่อ...

ผู้รายงาน

คลิกกลับสารบัญ

การประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม และ อารมณ์ที่ผิดปกติ เปลี่ยนแปลงไป แพทย์ต้องฝึกทักษะการซักประวัติ การตรวจสภาพจิต การตรวจร่างกายทั่วไป และการตรวจร่างกายทางระบบประสาท และในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่แสดงปัญหาพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ที่ผิดปกติจากสมองเสื่อมชัดเจน ควรประเมินระดับสมรรถภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะและระดับของสมองเสื่อม และการพึ่งพิงของผู้ป่วยด้วย ดังตารางที่ 3.1 แบบประเมินสมรรถนะของผู้ป่วยสมองเสื่อม[13] ก็เป็นส่วนเพิ่มเติมที่ต้องทำด้วย รวมถึงการบันทึกสิ่งที่ตรวจได้อย่างละเอียด จากการตรวจสภาพจิต และการตรวจร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ นั้นก็เป็นขั้นตอนที่สำคัญเช่นกัน จำเป็นต้องบันทึกเวชระเบียนให้เป็นระบบให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมนั้น ไม่ใช่มีแค่แพทย์เท่านั้น การวางแผนการดูแลจำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลด้วย และจำเป็นต้องมีการสื่อสารระหว่างทีม ในการวางแผนและติดตามการรักษาไปด้วยกัน และพึงคำนึงไว้เสมอว่าผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมาก มีโรคประจำตัว ปัญหาจิตสังคมที่แตกต่างกัน รวมถึงอาจจะมีปัญหาทางกฎหมายได้ด้วย ทั้งนี้การประเมินที่ครอบคลุม และการบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วนสมบูรณ์ จะทำให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมเหมาะสม และตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (comprehensive care and based on realistic goal) สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้

2. การตรวจสภาพจิตในผู้สูงอายุ

2.1 การสังเกตลักษณะทั่วไป พฤติกรรมตั้งแต่เริ่มการสัมภาษณ์ และทัศนคติในการให้ความร่วมมือ

ผู้สัมภาษณ์ควรหัดสังเกตผู้สูงอายุตั้งแต่แวบแรกที่เห็น เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเดินเข้ามาในห้องตรวจ รูปร่างลักษณะของผู้ป่วย การแต่งกายเข้ากับกาละเทศะ ท่วงท่า การพูดจา และท่าทางการเดิน สังเกตอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น มีอาการสั่นหรือไม่ ความเร็วช้าในการตอบสนอง ทั้งต่อคำถาม และต่อการทดสอบต่าง ๆ ตลอดจนถึงระดับของทัศนคติในการให้ความร่วมมือ เช่น ในผู้สูงอายุบางรายที่ญาติพามาตรวจเรื่องสมองเสื่อม อาจจะไม่ยอมรับตนเองว่ามีปัญหาสมองเสื่อม อาจคิดว่าเป็นการสิ้นเปลืองที่มาพบแพทย์ และไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ ควรสังเกตว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว หรือต้องใช้เครื่องช่วยเดินหรือไม่ เช่น ต้องมีคนประคองพยุง หรือต้องใช้ไม้เท้า และหากใช้ ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ถูกวิธีหรือไม่ ผู้ป่วยใส่รองเท้าที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มหรือไม่ อื่น ๆ นอกจากนี้ควรเกริ่นถามถึงระดับการศึกษา ด้านถนัดของมือ และภาษาแรกที่ผู้ป่วยใช้เป็นหลักด้วย โดยข้อมูลทั้งหมด เหล่านี้จำเป็นต้องบันทึกลงไปในเวชระเบียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และควรจด

เวลาที่เริ่มต้นจนถึงจบเพื่อที่จะเป็นประโยชน์ในการเทียบเวลาในตรวจติดตามครั้งต่อไป

แพทย์ผู้ตรวจควรให้เวลาผู้ป่วยได้นั่งพัก ทักทายสวัสดี เริ่มแนะนำตัวเองอย่างสุภาพ และอธิบายถึงการที่จะใช้เวลาในการพูดคุย และถามถึงสิ่งที่เป็นปัญหาหรือสิ่งที่นำมาพบแพทย์ในครั้งนี้ และประเด็นที่ต้องการให้แพทย์ผู้ตรวจช่วยเหลือ โดยถามทั้งตัวผู้ป่วยสูงอายุเอง และญาติหรือผู้ดูแล ควรขออนุญาตผู้ป่วยให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้าฟังหรือร่วมสังเกตการณ์ตอนแพทย์ตรวจประเมินด้วย และหากเป็นได้ ก่อนการประเมินควรแนะนำให้ผู้ป่วยเตรียมนำแว่นตา และเครื่องช่วยฟัง (ถ้ามี) มาด้วยเพื่อนำมาใช้ในระหว่างการประเมินด้วย

การถามถึงความตั้งใจและความคาดหวังของผู้ป่วยก็ถือว่ามีความสำคัญ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยสูงอายุบางรายมองไม่เห็นปัญหาของตนเอง แต่ถูกลูกหลานรบเร้าให้มาตรวจ หรืออาจถูกหลอกให้มาถูกประเมิน และในทางกลับกัน ผู้ป่วยสูงอายุอาจคิดว่าตนเองมีปัญหา แต่ครอบครัวคิดว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นอะไร ดังนั้นจึงควรทราบและเข้าใจถึงความมุ่งหวังของทั้งญาติและผู้ป่วยเอง และควรทราบเกี่ยวกับพื้นฐานภูมิหลังของผู้ป่วย เช่น ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน หรือหากเกษียณแล้ว เคยทำอาชีพอะไรมาก่อน อายุที่เกษียณ ปัญหาด้านการเงิน เศรษฐานะ การขับรถ โรคประจำตัว และยาอาหารเสริมที่ทานประจำ หรือประวัติการใช้สารเสพติด หรือประวัติทางการแพทย์ที่สำคัญ ความเชื่อและการนับถือศาสนา ทั้งนี้ไม่จำเป็นต้องได้ข้อมูลจากผู้ป่วยเท่านั้น อาจจะจำเป็นต้องให้ญาติ ช่วยเล่าหรือยืนยันด้วยในบางราย ร่วมกับการสังเกตเองจากผู้ตรวจเช่น ผู้ป่วยนั่งสั่นขา หรือมีอาการลุกลี้ลุกลน หรือพูดสวนขึ้นมาทันที อดทนรอไม่ได้ ก็อาจแสดงให้เห็นถึงอาการของปัญหาเรื่องความใจร้อนในอุปนิสัย หรือมีความยับยั้งชั่งใจไม่ได้จากสมองเสื่อมก็เป็นได้

2.2 ลักษณะการพูด และคำพูด

ลักษณะคำพูดของผู้ป่วย มีอาการพูดไม่ชัด พูดติดขัด พูดซ้ำ ๆ พูดแต่พยางค์ท้าย พูดติดอ่าง หรือพูดลำบาก หรือไม่ ลักษณะของน้ำเสียง เช่นเสียงค่อยเบา เสียงดัง ผู้ป่วยมีการใช้คำที่ถูกต้อง หรือใช้คำที่ไม่เหมาะสม มีคำที่ผิดในการพูดคุยตอบคำถาม และตอบตรงคำถามได้หรือไม่ หรือมีพูดจาหยาบคาย ตลกโปกฮา โดยไม่สมกับบริบท นอกจากนี้ยังต้องประเมินว่าผู้ป่วยได้ยินชัดเจนในสิ่งที่ถามและไม่ได้มีข้อจำกัดของการได้ยิน ระดับความเข้าใจของภาษาหรือมีข้อจำกัดทางภาษาของผู้ป่วย เพราะในผู้ป่วยสูงอายุไทยบางรายอาจจะถนัดและเข้าใจภาษาท้องถิ่นมากกว่าภาษากลาง ซึ่งหากผู้สัมภาษณ์สามารถสื่อสารภาษาเดียวกันกับผู้ป่วยได้จะดีมาก แต่หากไม่ได้ต้องให้ล่ามช่วย เพื่อความเข้าใจมากขึ้น หรือในบางครั้งการให้ญาติช่วยแปลเรียบเรียงคำถามให้ผู้ป่วยเข้าใจในภาษาที่ถนัด

ก็จะช่วยได้ แต่ต้องระวังการที่ผู้แปลนั้นถามคำถามนำ หรือช่วยตอบคำถามนั้นเสียเอง และควรสังเกตว่าเมื่อถามคำถามผู้ป่วยไป แล้วผู้ป่วยมักจะหันไปถามผู้ดูแลหรือไม่ (head turning sign) ซึ่งพบอาการแสดงนี้ได้ถึงร้อยละ 40 ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสมองเสื่อม

2.3 อารมณ์และอารมณ์แสดงออก

สอบถามผู้ป่วยถึงอารมณ์ที่ผู้ป่วยรู้สึก (mood) และสังเกตอารมณ์ที่แสดงออก (affect) ว่าเข้ากันและเหมาะสมหรือไม่ ไปทางบวกหรือทางลบ หรืออาจแสดงอารมณ์เฉยเมย (apathy) หากผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ว่ารู้สึกอย่างไร ให้ประเมินก่อนว่าเข้าใจคำถามหรือไม่ ควรพยายามใช้คำง่ายขึ้น หรืออาจจะถามโดยตรง เช่นถามว่ารู้สึกเศร้าหรือไม่ ทุกข์ใจ หรือมีเรื่องไม่สบายใจหรือไม่ เป็นคำถามนำก่อนก็ได้ และค่อย ๆ ถามลงรายละเอียด และควรถามผู้ป่วยด้วยว่าอารมณ์ดังกล่าวนั้นเปลี่ยนไปจากพื้นฐานบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยหรือไม่ ทั้งนี้ต้องพึงสังเกตและระวังด้วยว่า ปัญหาเรื่องอารมณ์นั้นมักจะมาควบคู่กับปัญหาทางการรู้คิด หรือปริชานปัญญา ซึ่งจะกล่าวในหัวข้อของการตรวจระดับของการรู้คิด หรือปริชานปัญญาต่อไป ควรจะประเมินลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุในรายที่ไม่สามารถทราบถึงการแสดงออกของอารมณ์ผู้อื่น (social and emotional recognition) เช่น จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถประมวลผลของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง ของคู่สนทนาหรือผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรายนั้นแสดงสีหน้า หรืออารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับบริบทออกมา อาจจะไม่ใช่ก้าวร้าว ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุนั้นดูมีบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมในการเข้าสังคม ดูผิดกาลเทศะได้ ทั้งนี้ต้องถามผู้ใกล้ชิดว่าอาการดังกล่าวนี้เปลี่ยนแปลงไปจากพื้นฐานลักษณะบุคลิกนิสัยเดิมหรือไม่ ซึ่งการเกิดปัญหา social and emotional recognition dysfunction เกิดจากการเสียหน้าที่การทำงานไปของสมองส่วนกลีบข้าง temporal และ parietal ซีกขวา

2.4 ความคิด และระบบความคิด และเนื้อหาของความคิด

ลักษณะของความคิด และระบบของความคิด ที่แพทย์จำเป็นต้องตั้งคำถาม โดยดูจากความต่อเนื่องของความคิด ในการสนทนา หากอ้อมค้อม วกวน (circumstantiality) หรือเฉไฉไปเรื่องอื่น (tangentiality) ต้องสังเกตว่าเป็นปัญหาจากการใช้ภาษาด้วยหรือไม่ เนื่องจากการตอบไม่ตรงคำถาม (irrelevant) นั้น สัมพันธ์กับความไม่ต่อเนื่องของความคิด (loosening of association) หรือไม่ เช่น หยุดไป (stopping) หรือ เปลี่ยนเรื่องกะทันหัน (derailment) หรือการตอบไม่ตรงคำถามนั้นเป็นจากนึกคำโดยตรงไม่ออกและพูดอ้อมค้อมเหมือนอธิบายเรื่องสิ่งที่ถามอยู่ (circumlocution) และต้อง

บรรยายเนื้อหาของความคิดนั้น ว่าออกไปแนวทางไหน เป็นเรื่องราวซับซ้อน (complex and systematized) และมีความหลงผิดเจือปนอยู่ในนั้นหรือไม่(delusion) เช่น ความหลงผิดหวาดระแวง (paranoid ideation) ความคิดอยากตาย (suicidal thought) ความคิดหลงผิดว่าอวัยวะภายในของตนเองไม่มีเหลือแล้ว (nihilistic delusion) ซึ่งสัมพันธ์กับความหลงผิดที่ว่าตนเองผิดบาปเกินจริง (delusion of sin and guilt) หรือตรงกันข้าม เช่นความหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่มีความสามารถเกินจริง (grandiose delusion) ความหลงผิดเกี่ยวกับศาสนา (religious delusion) ความคิดที่หมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่าง (obsessional thought and mental fixate)

2.5 การรับรู้

การรับรู้ (perception) ของผู้ป่วยนั้นผิดไปจากปกติหรือไม่ เป็นลักษณะอาการหลอนโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น (true hallucination) หรือมีสิ่งกระตุ้นแต่แปลผลผิด (illusion) เช่น การเห็นสายน้ำเกลือเป็นงู และลักษณะการรับรู้ที่ผิดปกตินั้นมีความสอดคล้องกับความหลงผิดหรือไม่ มีหูแว่ว (auditory hallucination) เห็นภาพหลอน (visual hallucination) ได้กลิ่นที่ผิดปกติ (gustatory hallucination) และการรับรู้ของประสาทสัมผัสของร่างกายที่ผิดปกติไป การรู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่ตามตัว (tactile hallucination) การตรวจที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการรับรู้นั้น ทำได้หลายแบบ ซึ่งจะอยู่ในเรื่องของการตรวจทางระบบประสาท ทั้งนี้จะอธิบายคร่าว ๆ ดังนี้ เช่น ผู้ตรวจอาจจะตรวจโดยให้ผู้ป่วยหลับตาและให้คลำวัตถุบางอย่าง และหากผู้ป่วยไม่สามารถทราบและบอกถึงลักษณะหรือรูปทรงของวัตถุในมือได้ ทั้งที่ไม่ได้มีปัญหาเรื่องภาษาและสติปัญญาครบถ้วนดีไม่สับสน จะเรียกว่า asterognosia หรืออื่น ๆ เช่นการที่ให้ผู้ป่วยไขว้มือแล้วประสานนิ้วกัน และสัมผัสนิ้วของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ว่านิ้วไหนของผู้ป่วยได้รับการสัมผัส จะเรียกว่า finger agnosia หรือการที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำหน้าของคนที่คุ้นเคยได้ หรือจำหน้าตัวเองไม่ได้ในกระจก เรียกว่า prosopagnosia

2.6 ปริชานปัญญา

การตรวจด้านการรู้คิด พุทธิปัญญา หรือปริชานปัญญา (cognition) นั้นจะแบ่งไปตามการตรวจของ domain ต่าง ๆ โดยทักษะที่สำคัญสิ่งหนึ่งคือการบอกเกริ่นให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อน ในผู้ป่วยบางรายหากได้ยินแพทย์ผู้ตรวจ พูดว่าจะขอทดสอบ สมรรถภาพของสมอง หรือการใช้คำว่าทดสอบ อาจจะทำให้ผู้ป่วยประหม่า และทำให้ผลการทดสอบนั้นทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทางที่ดีควรใช้บริบทของผู้ป่วยเอง เช่น หากผู้ป่วยเล่าว่าช่วงนี้หาของไม่เจอ ทำของใช้ส่วนตัวหายบ่อย ๆ ก็อาจจะบอกกับ

ผู้ป่วยว่า “เห็นว่ารู้สึกกังวลว่าทำของหายบ่อย คุณเองก็ไม่แน่ใจว่าจะมีปัญหาด้านความจำหรือไม่ งั้นเราลองมาดูไปด้วยกันว่าปัญหานี้เป็นอย่างไร” และ จึงขอให้ผู้ป่วยจำของ 3 อย่าง และฝากให้จำไว้ก่อน ตอนท้ายจะกลับมาถามอีกครั้ง ซึ่งการตรวจแบบนี้ในผู้สูงอายุบางรายที่กังวลใจเรื่องนี้อยู่อาจจะทำให้ผู้ป่วยกังวลยิ่งขึ้นไปอีก และอาจจะไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ควรหลีกเลี่ยงคำเช่น การทดสอบ ทำข้อสอบ การสอบ เป็นต้น ซึ่งจะยิ่งเพิ่มความตึงเครียดในบรรยากาศ และอาจจะทำได้ดีน้อยกว่าความเป็นจริง และหากเมื่อระหว่างการซักประวัตินั้นมีข้อชวนสงสัยว่าผู้ป่วยสูงอายุนั้นน่าจะมีปัญหาด้านสมองเสื่อม ไม่ควรปล่อยเวลาให้นานเกินไป ควรรีบตรวจคัดกรองระดับของความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยก่อน ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยล้าจนเกินไป

2.7 สมาธิและความสามารถในการจดจ่อ

การตรวจระดับของการจดจ่อ และสมาธิ (attention and concentration) ก็จำเป็นอย่างมาก แม้ว่าผู้สูงอายุทั่วไปนั้นจะมีระดับของการจดจ่อลดน้อยลงได้ (attention span) การทดสอบนี้ได้แก่ การขอให้ผู้ป่วยช่วยไล่วัน หรือเดือนย้อนหลัง (days or months backward) หรือการให้ลบเลขไปเรื่อย ๆ (serial subtractions) หรือการให้พูดตามและพูดทวนซ้ำของชุดตัวเลข (digit forwards and digit backwards) การให้ลากเส้นต่อเนื่องตามลำดับ (trail making A) การลากเส้นต่อเนื่องสลับตัวเลขและตัวอักษร (trail making B) ล้วนแล้วแต่จะช่วยในเรื่องการวินิจฉัยปัญหา และระดับของความรุนแรงของการสูญเสียความสามารถด้านในด้านของการจดจ่อและสมาธิได้เช่นกัน

2.8 ภาษา

ในการประเมินปัญหาเรื่องภาษานั้น จำเป็นต้องทราบระดับของภาษาที่ผู้ป่วยใช้ กรณีผู้ป่วยใช้ภาษาหลักเป็นภาษาจีน และสามารถพูดภาษาไทยได้ เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาสมองเสื่อม ภาษาแรก (primary language) มักจะเสียทีหลัง ยกเว้นการมีรอยโรคของสมองในบางจุด อาจจะทำให้ผู้ป่วยพูดภาษาที่สองได้ดีกว่า ภาษาแรก (secondary language) และต้องดูว่าผู้ป่วยสามารถพูดได้คล่องลื่นไหลหรือไม่ (fluent or non-fluent) รวมถึงการตรวจระดับของความเข้าใจภาษา (language comprehension) เช่น การสั่งให้ผู้ป่วยทำตามชุดคำสั่ง 3 ขั้นตอน (3-step command) การเรียกชื่อ การใช้คำ (naming) โดยแบ่งเป็นคำง่าย และคำยาก หรือ การให้พูดทวนซ้ำ (repetition) ในการตรวจเรื่องภาษานั้นผู้สัมภาษณ์ควรให้ผู้ป่วยพูดตามประโยคสั้นไปยาวที่ประกอบด้วยอย่างน้อย 18 คำ ซึ่งหากผู้ป่วยมีปัญหาในการพูด (aphasia) แต่สามารถ พูดทวนซ้ำ (repetition) ได้อย่างถูกต้อง แสดงว่ารอยโรคที่

ผู้ป่วยมีนั้นไม่โดนสมองส่วนเชื่อมต่อ (arcuate fasiculus) ระหว่าง Wernicke และ Broca area เรียกรวมว่า transcortical (ถ้าเป็น non-fluent จะเรียกว่า transcorticol motor aphasia และถ้า fluent ก็จะเรียกเป็น transcortical sensory aphasia) และการทดสอบให้ผู้ป่วยอ่าน (reading) และให้ผู้ทำตาม เพื่อทดสอบทั้งความเข้าใจภาษา

2.9 ความจำ

ผู้สัมภาษณ์ควรสังเกตระหว่างสัมภาษณ์ว่าผู้ป่วยมีปัญหาในด้านความจำหรือไม่ เช่น การเล่าถึงเรื่องในอดีต (remote memory) ส่วนในเรื่องของความจำระยะสั้นนั้นมักจะปะปนอยู่ในการถามปัญหาของอาการปัจจุบัน (history of present illness) โดยต้องแยกให้ออกว่าผู้ป่วยเสียความจำประเภทใดก่อน เช่น ความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ (episodic memory) หรือเป็น ความจำที่ใช้ในการทำงาน (working memory) ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับการเสียสมาธิและการจดจ่อ (concentration and attention) และจะพบได้บ่อยกับปัญหาสมองเสื่อมที่เป็นจากโรคของหลอดเลือด (vascular cognitive impairment) ผู้สัมภาษณ์อาจตั้งคำถามขณะสัมภาษณ์เช่น ลองบอกชื่อนายกรัฐมนตรีไทย 4 คน หรืออาจจะถามให้จำชื่อที่อยู่ เช่น เดช ทองอยู่ บ้านเลขที่ 45 ถนนราชดำริ เขตปทุมวัน กทม. โดยมี 7 คำอยู่ในประโยคนั้น และผ่านไปประมาณ 5-10 นาทีให้ถามซ้ำ หรือจะใช้แบบคัดกรองทางพุทธิปัญญา (cognitive screening test) เช่น MOCA (Montreal Cognitive Assessment)[14] ในส่วนของคำที่ขอให้ผู้ป่วยจำ 5 คำ หรืออาจจะใช้แบบทดสอบความจำโดยตรง เช่น CERAD wordlist memory test[2] ร่วมด้วยหากคิดว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความจำเรื่องของ recall เสียเด่นชัด ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น cognitive impairment ชนิด amnestic จะค่อนข้างไวต่อการทดสอบ แต่หากผู้ป่วยนึกไม่ออก และผู้ตรวจพยายามใบ้โดยการบอกกลุ่มชนิดของคำ (category cue) และ/หรือให้ตัวเลือก (choices) แล้วผู้ป่วยตอบได้ แสดงว่า ผู้ป่วยนั้นอาจจะมีโอกาสน้อยที่จะเสีย memory recall เนื่องจากมีการเก็บในหน่วยความจำ (encoding and storage) ได้ แต่ความจำที่เป็นปัญหาอาจจะเสียชนิดการดึงความจำออกมาใช้ (retrieval deficit of memory) ซึ่งจะสัมพันธ์กับการทำงานบกพร่องของ Frontal-subcortical functioning มากกว่า นอกจากการใช้คำเพื่อทดสอบความจำ (verbal memory)[15] ดังข้างต้นแล้วยังมีการทดสอบเรื่องความจำที่สำคัญอีกเช่นกัน โดยผู้สัมภาษณ์อาจให้ผู้ป่วยจำภาพและวาดให้ดู (visual memory) ได้ด้วย

คลิกกลับสารบัญ

2.10 ความคิดนามธรรม

การตรวจความคิดเป็นนามธรรม (abstract thinking) จะเป็นตัวช่วยในการบ่งบอกถึงระดับความสมรรถภาพของสมองและสติปัญญาของผู้ป่วย หรือระดับการศึกษาได้เช่นกัน หากลักษณะความคิดเป็นรูปธรรม (concrete thinking) มักพบได้บ่อยในเด็กเล็ก หรือหากเทียบกับระดับการศึกษาแล้ว แต่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบเป็น abstract ได้ ก็ให้ตั้งข้อสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาบกพร่องทางปริชานปัญญาหรือไม่ โดยผู้ทดสอบอาจจะใช้ความเหมือนความต่าง (similarities) หรือจะใช้สุภาษิตคำพังเพยก็ได้ (proverbs)

2.11 ทักษะในการจัดวางภาพ

การตรวจทักษะในการจัดวางภาพ (constructional ability) โดยมากมักทดสอบไปกับการคัดกรองปัญหาปริชานปัญญา (cognitive screening) ยกตัวอย่างเช่นการให้ผู้ป่วยวาดรูปหน้าปัดนาฬิกา (clock drawing test, CDT)[16] ผู้ป่วยจะไม่สามารถจัดวางได้อย่างถูกต้องหรือถูกตำแหน่ง (เรียกว่า constructional apraxia) อาจใช้การทดสอบอื่น ๆ เช่นการให้ผู้ป่วยวาดรูปห้าเหลี่ยมซ้อนกัน (crossing pentagons) หรือการวาดรูปข้ามลูป (crossing loops) เป็นต้น ซึ่งจะสัมพันธ์กับทักษะการจัดวางในพื้นที่ (visuospatial ability) ด้วยเช่นกัน

2.12 Praxis

การประเมินทักษะของการเคลื่อนไหวที่ทำได้มาก่อน (skilled motor movement) หากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้จะเรียกว่า apraxia ทั้งนี้ต้องดูด้วยว่าผู้ป่วยเป็นจากปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรงเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือเคลื่อนไหวช้าหรือเป็นเพราะอาการสั่นไม่ ในการตรวจนั้นมีดังนี้ เช่น การให้ผู้ป่วยแสดงทักษะท่าทางการเคลื่อนไหวง่าย ๆ ขั้นตอนเดียว เช่นหวีผม เสยผม เขียนหนังสือ เป่าเทียน หั่นผัก หากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้จะเรียกว่าเสีย ideomotor apraxia ซึ่งมีความเสียหายของ premotor area ในส่วนของสมองส่วนหน้า (frontal lobe) ด้านซ้าย นอกจากนี้สามารถตรวจโดยให้ผู้ป่วยทำทักษะที่ซับซ้อนขึ้นหรือต้องมีขั้นตอน เช่นการสั่งให้ผู้ป่วยรับกระดาษด้วยมือซ้าย นำไปพับครึ่ง แล้วส่งคืนให้ผู้ตรวจ ซึ่งในผู้ป่วยที่ทำไม่ได้มักจะเสีย ที่สมองส่วน parietal cortex ด้านซ้าย หรืออาจจะเป็น advance Alzheimer’s disease ซึ่งมีความเหี่ยวของสมองไปทั่วทั้งหมด (generalized cortical atrophy)

2.13 การตัดสินใจและความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง

ประเด็นหนึ่งที่สำคัญและต้องประเมินทุกครั้ง คือ ประเด็นเรื่องการตัดสินใจ (judgement) ในสถานการณ์ต่าง ๆ นั้นแปลกไปหรือเปลี่ยนไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร เริ่มจากการถามให้ญาติหรือผู้ดูแลช่วยตัดสิน ว่าความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยสูงอายุนั้น เริ่มมีปัญหาแล้วหรือไม่ เช่น การตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้า หรืออาจถามความเป็นห่วงของญาติว่าผู้ป่วยนั้นมีระดับดูแลตนเองได้ดีแค่ไหน เช่นคิดว่าผู้ป่วยสามารถออกไปซื้อของที่ตลาดได้หรือไม่ หรือสามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวได้หรือไม่ นอกจากนั้นอาจจะเป็นคำถามในการทดสอบการตัดสินใจง่าย ๆ เช่น หากจะข้ามถนน โดยที่ตรงนั้นไม่มีไฟแดง ควรทำอย่างไร เป็นต้น ส่วนในเรื่องของการยอมรับในความเจ็บป่วย (acceptance) ของตัวผู้ป่วยสูงอายุเองแล้ว จำเป็นต้องถามเพื่อดูถึงการตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วยของตัวเองว่าเป็นขั้นใด (insight) ความสมัครใจ ก็เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป มีผู้ป่วยสูงอายุจำนวนหนึ่งที่ไม่ตระหนักถึงความเจ็บป่วยของตนเอง หรืออาจจะแสดงอาการโกรธ เกรี้ยวกราด เมื่อมีคนบอกว่าผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาความเจ็บป่วยและไม่ยอมรับ (defensive) โดยระดับของของ insight นั้นก็มีต่าง ๆ กันออกไป ซึ่งจะไม่กล่าวรายละเอียดในที่นี้

2.14 ประเด็นอื่น ๆ และประเด็นด้านความปลอดภัย (General comment & Safety concerns)

ประเด็นอื่น ๆ ที่ญาติและผู้ป่วยนั้นมองว่าเป็นปัญหาและอยากให้แพทย์ช่วยแก้ไข รวมถึงประเด็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงอายุด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัญหาที่ซักประวัติและตรวจสภาพจิตได้ เช่นการที่มีปัญหาความจำ และพุทธิปัญญา อาจทำให้ผู้ป่วยสับสนทานยาผิด และก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ หรือประเด็นการบอกวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่เริ่มมีอาการของสมองเสื่อม หรือการที่ผู้สูงอายุมีปัญหาความจำและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าแย่ลงและมีอาการสับสนหลงทิศทาง ก็ไม่ควรจะอนุญาตให้ผู้ป่วยขับรถ ทั้งนี้เพื่อป้องกันเหตุอันตรายอุบัติเหตุ และลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ และประเด็นเรื่องปัญหาการจัดการทางการเงินและทรัพย์สิน ปัญหาทางกฎหมาย โดยนอกจากนี้วางแผนการรักษาในระยะยาว กับการดูแลผู้ป่วย ก็ควรเห็นเป็นประเด็นและบันทึกลงไปในการตรวจประเมินอย่างเป็นกลางด้วยเช่นกัน

3. การตรวจประเมินคัดกรองทางปริชานปัญญา (cognitive assessment)

ดังที่กล่าวข้างต้นว่า การตรวจสภาพจิตในผู้สูงอายุนั้นใช้เทคนิคในการสัมภาษณ์เช่นเดียวกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป แต่จำเป็นต้องให้ความสำคัญและตรวจประเมินภาวะพุทธิปัญญา

คลิกกลับสารบัญ

ควบคู่กับสภาวะอารมณ์ร่วมด้วยทุกครั้ง เนื่องจากมีผู้สูงอายุหลายรายมีปัญหาความจำหลงลืม แต่เป็นจากโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และไม่ได้เป็นจากสมองเสื่อม จึงจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกแยะออกมาให้ได้ เพื่อดำเนินการรักษาให้ถูกต้อง ในทางปฏิบัตินั้นการใช้ เครื่องมือตรวจเป็นชนิด rating scale ที่จำเพาะกับผู้สูงอายุ จะมีประโยชน์มากในการตรวจประเมินให้ครอบคลุม ยกตัวอย่างเช่นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Chula Mental Test; CMT[17], Thai-Mental State Examination; TMSE[18], Montreal Cognitive Assessment Scale; MOCA-A[14] และ Rowland Dementia Assessment Scale; RUDAS[19] & MOCA-B[20] ในผู้ป่วยที่การศึกษาน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และใช้ Geriatric Depression Scale TGDS[21] เพื่อช่วยบอกและติดตามการรักษาในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งในผู้ป่วยสูงอายุนั้นรูปแบบของอาการนั้นมักไม่เป็นไปตามปกติ (atypical presentation) ซึ่งมักจะไม่ยอมรับหรือบอกว่าเศร้า แต่จะไม่มีแรง และกังวลมากเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางกาย ร่วมกันไปกับปัญหาความจำและปัญหาพุทธิปัญญา รวมถึงความเสื่อมของร่างกายในเรื่องของระบบสัมผัส เช่นการที่ตามองไม่เห็น หูได้ยินไม่ชัดโดยเฉพาะโทนเสียงสูง หรืออาการที่มีประสาทหูเสื่อมก็มักจะพบร่วมกันไปกับปัญหาความเสื่อมถอยของพุทธิปัญญาและซึมเศร้าด้วยได้เช่นกัน

ทั้งนี้จุดสำคัญอีกจุดหนึ่ง คือการที่ผู้ตรวจนั้นตัดสินใจว่า ควรเลือกใช้แบบทดสอบใดกับผู้สูงอายุที่มาเข้ารับการตรวจรักษานั้น และหากสงสัยในประเด็นใดควรทำอย่างไรต่อ เพื่อเสาะหาให้ได้ว่าผู้ป่วยมีอาการ มีความเสื่อมของสมรรถภาพในแง่ใด หรือมีรอยโรคที่ใดของสมอง ทั้งนี้แต่ละแบบทดสอบก็จะมีจุดดีจุดด้วย ความจำเพาะและความไวต่างกัน รวมถึงเรื่องของระดับการศึกษาก็อาจจะเป็นตัวกวนของค่าคะแนนที่ผู้ป่วยจะทำได้เช่นกัน

หากมีเวลาไม่พอในการตรวจ TMSE, MOCA ในกรณีที่สงสัยปัญหาสมองเสื่อมร่วมด้วย อาจจะใช้แบบคัดกรองง่าย ๆ ที่ใช้เวลาสั้น ๆ ที่สามารถทำได้ในคนที่อ่านหนังสือไม่ออก หรือ เรียนการศึกษาน้อย เช่น Mini-Cog[22] คือการให้ผู้ป่วยจำคำ 3 คำ (delayed recall) และวาดรูปหน้าปัดนาฬิกา (clock-drawing test) โดยหากเสียทั้งสองอย่างมักจะมีปัญหาปริชาญปัญญา หรือสมองเสื่อมร่วมด้วย แต่หากเสียแค่อย่างใดอย่างหนึ่ง อาจจะต้องให้ทดสอบเรื่องมิติสัมพันธ์ต่อ (spatial ability) เพื่อดูว่ามีปัญหาสมองเสื่อมร่วมด้วยหรือไม่ หรือเสียแค่ส่วนใดส่วนหนึ่งของพุทธิปัญญา (cognitive domain)

อย่างไรก็ดีในการตรวจคัดกรองของแบบทดสอบบางประเภท มักจะไม่ได้รวมการตรวจประเมินด้าน frontal-subcortical functioning เข้าไปด้วย เช่น TMSE หรือ MMSE-Thai ซึ่งวงจรของ dorso-lateral prefrontal cortex (DLPFC) หรือที่แพทย์ผู้ตรวจมักจะเรียกโดยย่อว่า “frontal testing” ซึ่งจริง ๆ

แล้วจะไม่ใช่แค่ส่วนของ frontal lobe (DLPFC) เท่านั้น แต่จะรวมถึงส่วนของ basal ganglia, thalamus และ white matter tractในส่วนของ subcortical ด้วย ซึ่งผลตรวจที่ได้มักจะคาบเกี่ยวผลตรวจที่ผิดปกติ ไม่ได้จำเป็นจะต้องเสียเฉพาะส่วนของ DLPFC เท่านั้น ส่วนวิธีการตรวจในโดเมนนี้ที่สำคัญได้แก่ การให้ผู้ป่วยวาดภาพนาฬิกา (clock drawing test)[16] ซึ่งจะทดสอบได้ทั้ง executive และ visuospatial functioning และการทดสอบให้ผู้สูงอายุบอกคำที่ขึ้นต้นด้วย ก หรือ ส หรือ อ (F words) ให้ได้มากที่สุดใน 1 นาที โดยไม่นับคำซ้ำ ที่เป็นชื่อคนหรือชื่อจังหวัด โดยค่าปกติมาตรฐานที่ควรทำได้จะประมาณ 14 คำขึ้นไปในผู้สูงอายุไทย และต่อมาทดสอบให้ผู้ป่วยสูงอายุบอกชนิดของสัตว์ หรือ ผลไม้ไทย ให้ได้มากที่สุดใน 1 นาที โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) จะสามารถนึกคำขึ้นต้นด้วยอักษรได้มากกว่าชนิดของสัตว์ แต่ในสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) หรือสมองเสื่อมชนิดอื่น ๆ ที่เสียที่ frontal-subcortical functioning นั้นจะทำคะแนนด้านการบอกชนิดของสัตว์ (animal words) ได้ดีกว่าการนึกคำขึ้นต้นด้วยตัวอักษร (f words) และหากผู้ป่วยสูงอายุนึกชื่อสัตว์ ได้น้อยกว่า 15 คำก็ให้สงสัยว่าผู้ป่วยมีปัญหาสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ไว้ด้วย เนื่องจากมีงานวิจัยของต่างประเทศที่สรุปว่าผู้ที่ทำคะแนนได้น้อยกว่า 15 คำใน animal words จะโอกาสเป็นโรคมากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 20 เท่า[23]

การทดสอบการลากเส้นต่อตามลำดับตัวเลข (trail making) โดยหากเป็นแต่เฉพาะตัวเลขคือ trails A และหากมีตัวเลขสลับกับตัวอักษรโดยให้ผู้ทดสอบลากสลับกันไปโดยให้มากขึ้นตามลำดับจะเรียกว่า trails B โดยที่คะแนนของ trails B – trails A = "executive score"[24] นอกจากนั้นผู้ตรวจควรใช้ Frontal Assessment Battery (FAB)[25] ร่วมกับการตรวจเพื่อประโยชน์ทางคลินิก เช่นการตรวจความเหมือนความต่าง (abstract thinking) การทดสอบ Go-No-Go และ Hand Luria maneuver และตรวจ frontal releasing signs นอกจากนั้นปัญหาของความจำที่เสียมักจะเป็นลักษณะการดึงมาใช้ไม่ได้ แต่พอใบ้จะสามารถตอบได้ถูก (retrieval deficit) ซึ่งหากพบร่วมกับการเสียของ attention concentration และ working memory (ACWM) จะบ่งชี้ถึงปัญหาของ frontal-subcortical functioning

4. การตรวจร่างกายทั่วไป และการตรวจร่างกายทางระบบประสาท

การตรวจร่างกายนั้นก็ควรตรวจร่างกายทุกระบบ รวมถึงระบบประสาทให้ครบถ้วน และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสมควร ตามแนวทางการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นมาตรฐานในผู้สูงอายุของสำนักงานประกันสุขภาพ และการทบทวนประวัติการรักษาเก่า ทบทวนเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง และมองปัญหาปัจจุบันด้วยจะเป็นประโยชน์มากกับการดูแลผู้ป่วย

คลิกกลับสารบัญ

แบบครอบคลุม โดยพิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ ในผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่มีปัญหาสมองเสื่อม มีอาการผิดปกติของทางจิตเวช หรือมีโรคทางระบบประสาทเกิดขึ้นใหม่ หรือมีอาการชัดเจนที่ไม่เคยพบมาก่อน หรือมากขึ้นกว่าเดิมมาก เช่น มีภาวะสับสน เพ้อ ซึม หรือการรู้คิดถดถอยลงชัดเจน และเฉียบพลัน และหรือมีอาการทางกายอื่น ๆ ที่ผิดปกติ เช่น มีไข้ ไอ ปวดท้อง อุบัติเหตุ และการได้รับยาบางชนิด สารพิษ หรือสารเสพติดในช่วงใกล้ ๆ กับที่มีอาการผิดปกติ

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสีวิทยา

หลักการของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก็คือ การที่แพทย์จะต้องสืบเสาะหาเหตุทางกายที่รักษาได้ (treatable causes) และไม่จำเป็นต้องส่งตรวจกวาดไปทุกชนิด แต่การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานนั้นก็จำเป็น เพราะว่าปัญหา systemic medical disorders ก็อาจทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการนำด้วยอาการทางจิตเวชได้ โดยเฉพาะหากผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติจิตเวชมาก่อน และไม่เคยมีปัญหาโรคทางกายที่ชัดเจน และ/หรือไม่เคยตรวจมาก่อน หรือมีข้อสงสัยให้เห็นว่ามีภาวะความเปราะบางสูง (frailty) ยิ่งทำให้ต้องหาเหตุและส่งตรวจเพิ่มเติม และควรปรึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์อายุรกรรม หรือปรึกษาแพทย์อายุรกรรมระบบประสาทหากผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาบางชนิดก็จำเป็นที่จะต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมที่จำเพาะต่ออาการ หรือยานั้น เช่นการตรวจระดับของยาในเลือด หรือในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาต้านโรคจิตชนิดtypical มานาน ๆ อาจต้องส่งตรวจระดับ prolactin และ/หรือผู้ป่วยที่แพทย์ตั้งใจจะเริ่มการรักษาก็ควรมีการส่งตรวจที่จำเพาะ เช่น การส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ก่อนให้ยาทางจิตเวช หรือยาสมองเสื่อม เช่น antipsychotic หรือ cholinesterase inhibitor ตัวอย่าง อาการแสดง ภาวะโรคที่ต้องนึกถึง และการส่งตรวจเพิ่มเติม แสดงในตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 ตัวอย่างของอาการแสดงในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ และภาวะโรคที่ต้องนึกถึง และการส่งตรวจเพิ่มเติม

อาการแสดง	ภาวะที่ต้องนึกถึง	การส่งตรวจเพิ่มเติม
ไม่มีเรี่ยวแรง ซึมเศร้า เบื่ออาหาร	Anemia Malnutrition	CBC, Albumin
ซึมเศร้า ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักขึ้น (+) ผู้ป่วยรับประทานยาลิเทียม	hypothyriod	TSH
ปัญหาด้านปริชานปัญญา/สมองเสื่อม	Hypo/hyper thyroidism & parathyroidism Vitamin deficiencies Cerebrovascular event Neurocognitive disorder	TSH PTH, Calcium B12, folate, B1 25-hydroxy vitD Neuroimaging Neuroimaging, LP for CSF biomarkers if possible
กระสับกระส่าย (akathisia)	Restless legs syndrome Iron deficiency	Ferritin
ปัญหาวงจรการนอนผิดปกติ ง่วงนอนช่วงกลางวันมากเกินไป อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ	Sleep apnea	Polysomnography
New onset mania or behavioural change, disinhibition	Hyperthyriodism Frontotemporal dementia Cerebrovascular event Anemia due to B12 def	Thyroid function test MRI brain CT/MRI/MRA B12 level
Suspected drug abused	History of drug abused	Screening for specific drug if alcohol; GGT & LFT

6. ประเด็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่เป็นสาเหตุของ BPSD

ในการประเมินปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสูงอายุนั้น เรื่องที่ต้องคำนึงถึง คือเรื่องการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ของประบบประสาทสัมผัส (sensory changes) และมีการเสื่อมลง ซึ่งในผู้สูง

อายุทั่วไปก็จะมีปัญหาเรื่องประสาทสัมผัสที่แย่ลง ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น การรับรส และสัมผัส ยกตัวอย่างเช่น การได้ยินที่ลดลง ซึ่งอาจจะทำให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสารกับผู้อื่น โดยจะต้องใช้ความพยายาม หรือจะลำบากมากขึ้น และอาจก่อให้เกิดภาวะสับสน ตื่นกลัว ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองเสื่อมได้ง่ายขึ้น โดยในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีความรู้สึกต่อเสียงที่รบกวน เช่น เสียงตามสาย เสียงจากโทรทัศน์ หรือวิทยุ อาจจะไปกระตุ้นความรู้สึกเครียด และหงุดหงิดได้มากขึ้น รวมทั้งความสามารถของผู้ป่วยในการแยกแยะเสียงรบกวนออกจากการสนทนาก็จะลดลงด้วย ดังนั้นควรลดสิ่งรบกวนในสิ่งแวดล้อมหากไม่จำเป็น ควรพิจารณาว่าหากผู้ป่วยไม่ได้สนใจวิทยุ หรือโทรทัศน์ และอาจจะทำให้กลายเป็นเสียงรบกวนที่ทำให้การสื่อสารและสมาธิแย่ลง และเพิ่มความเครียดให้กับผู้ป่วยก็ควรจะลดเสียงรบกวนเหล่านั้นไป ทั้งนี้การมองเห็น การได้ยิน ที่แย่ลง จะส่งผลต่อการปรับตัว และการจัดการต่อปัญหาของผู้สูงอายุโดย มักจะเป็นอุปสรรคในการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ค่อนข้างมาก ดังนั้นการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาเรื่องประสาทสัมผัสที่เปลี่ยนแปลงไป ควรจะต้องอยู่บนพื้นฐาน ของความเข้าใจ ต้องง่าย และควรให้บุคคลที่รู้จักกับผู้ป่วยที่ดีที่สุด ที่เข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ร่วมกันหาแนวทางในการสื่อสาร ที่เหมาะสมให้จำเพาะกับบุคคลนั้น ๆ และช่วยเหลือในเรื่องของปัญหาด้านระบบประสาทสัมผัสที่แย่ลงไปให้ได้มากที่สุด เช่น การใส่เครื่องช่วยฟัง การมีแว่นตา หรือการรักษาปัญหาเรื่องจอประสาทตา หรือ ต้อหิน ต้อกระจก ภาวะที่ทำให้บดบังการมองเห็น ก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นเดียวกัน ในผู้ป่วยสมองเสื่อมบางชนิดนอกจากจะมีปัญหาการมองไม่ชัด และมักมีลานสายตาที่แคบลงด้วยเช่นกัน เช่น ในสมองเสื่อมที่มีการฝ่อของสมองส่วนหลัง (posterior cortical atrophy) หรือในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกกดที่เส้นประสาทตา ฯลฯ

หลายครั้งปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นเกิดจากผลรวมของหลายสาเหตุประกอบกัน และมักจะมีปัญหาเรื่องระบบประสาทสัมผัสที่แย่ลงไปด้วยเช่นกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีการสื่อสารที่ลำบาก หรือผู้ป่วยตีความความหมายของสถานการณ์หรือบริบทไปในทางอื่น ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยไม่สามารถเห็นด้านข้าง ๆ ของลานสายตาได้ชัดเจน รวมทั้งอาจมีการเสียความสามารถในการแยกแยะความแตกต่างของสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจดูเหมือนไม่สนใจเมื่อผู้ดูแลที่นั่งอยู่ด้านข้างพยายามจะคุยด้วย ดังนั้นควรจะสื่อสารกับผู้ป่วยโดยต้องอยู่ในลานสายตาของผู้ป่วย ควรอยู่โดยตรงต่อหน้าระดับสายตา และแน่ใจว่าผู้ป่วยได้มองเห็นชัดเจน นอกจากนี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเองก็มักจะมีปัญหาที่การรับรู้ของสมองด้วย ซึ่งอาการหนึ่งที่อาจพบได้คือการที่ผู้ป่วยมองเห็น แต่ไม่สามารถเข้าใจว่าสิ่งนั้นคืออะไร หรือเสียการรับรู้มิติไปจากเดิม และ อาจมีการที่เสียลานสายตาด้านใดด้านหนึ่ง ก็อาจจะเป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมอง หรือสมองเสื่อมบางชนิด

เช่น vascular dementia หรือ posterior cortical atrophy ดังนั้นจึงควรประเมินปัญหาเรื่องประสาทสัมผัสที่เปลี่ยนแปลงไป การใส่แว่นตา การใช้เครื่องช่วยฟัง และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม รวมทั้งช่วยจัดการสิ่งแวดล้อมให้เป็นมิตรต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น พื้นก็ควรจะไม่เป็นพื้นสูงต่ำ ลายพรางแยกแยะดูได้ยาก หรือมีสิ่งกำบังสายตา รวมถึงต้องมีแสงสว่างที่เพียงพอเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการมองเห็นของผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้ต้องตระหนักไว้ว่า ระดับของความสามารถในการแยกแยะสิ่งแวดล้อม ก็จะลดลงในผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองเสื่อมด้วย จึงนำไปสู่อุบัติเหตุ พลัดหกล้ม หรืออันตรายอื่น ๆ ต่อตัวผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ในเรื่องการประสาทสัมผัส บางส่วนของร่างกายอาจจะไวต่อการสัมผัสมากขึ้น และความไวต่อการเจ็บปวดในบางจุดของร่างกายก็อาจจะเปลี่ยนแปลงไป ในผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจะรู้สึกไม่สบายตัวมากขึ้นเมื่อต้องอาบน้ำฝักบัวที่แรง หรือเมื่อต้องใช้สายชำระ และนำไปสู่ปัญหาความขัดขืน ก้าวร้าวในการดูแลกิจวัตรประจำวัน เมื่อผู้ดูแลจะช่วยเหลือเมื่อเข้าห้องน้ำได้เช่นกัน นอกจากนี้ประสาทการรับรสก็จะลดลงตามวัยที่มากขึ้นในผู้สูงอายุ และในผู้ป่วยสมองเสื่อมหลายรายก็อาจจะไม่ได้ชอบรับประทานอาหารที่เคยชอบแล้ว เนื่องจากประสาทการรับรสหรือรับกลิ่นที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการได้กลิ่นที่เคยชอบด้วยเช่นกัน ทั้งนี้อาจส่งผลต่อความอยากอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้ด้วย

ปัญหาโรคทางกาย โรคประจำตัวอยู่เดิม หรือปัญหาจากการได้รับการรักษา หรือจากยาสำหรับโรคประจำตัว หรือภาวะปัญหาโรคทางกายเหล่านั้น อาจส่งผลกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่จัดอยู่ในกลุ่ม BPSD ด้วยได้เช่นกัน ทั้งนี้อาจจะเป็นปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมนั้นยังคงอยู่ก็ได้เช่นกัน เช่น ในผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายอาจจะมีอาการเจ็บปวด อักเสบที่ไม่ได้รับการแก้ไข ก็อาจจะทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมกระสับกระส่าย ก้าวร้าว หรือปัญหาการนอนได้เช่นกัน รวมทั้ง การที่เพิ่งได้รับการปรับยาหรือได้รับยาใหม่ ในช่วงใกล้ ๆ ที่ผ่านมา ก็อาจจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดปัญหาพฤติกรรม หรืออารมณ์ได้เช่นกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทบทวนประวัติการรักษาของผู้ป่วยโรคร่วมที่มีทั้งหมด การได้รับยาและช่วงระยะเวลาของการได้รับยาเพื่อรักษาอาการใดใด และควรซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และอาจจะใช้แบบคัดกรองภาวะต่าง ๆ เข้ามาร่วมด้วยได้ เช่น แบบคัดกรองภาวะสับสน (delirium) ภาวะซึมเศร้า (depression) ความเจ็บปวด (pain)

6.1 ภาวะปัญหาที่มักพบร่วมกันได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง

6.1.1 ภาวะสับสน เพ้อ (delirium) ผู้ป่วยจะมีระดับการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด สมาธิ และการรับรู้วันเวลา สถานที่ หรือบุคคล ผิดไป วงจรการนอนเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ โดยภาวะสับสนนี้

มักจะเป็นแบบเฉียบพลัน เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และขึ้นลงได้ระหว่างวัน โดยทั้งนี้หากผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาเรื่องระดับของการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติเปลี่ยนแปลงไปอย่างฉับพลัน โดยเฉพาะการที่ความสามารถในการรู้คิดหรือการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ตกลงหรือทำไม่ได้โดยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องพิจารณาด้วยว่าผู้ป่วยมีภาวะสับสน เพ้อนี้ร่วมด้วยหรือไม่ เนื่องจาก ปัญหาที่เกิดที่ทำให้ผู้ป่วยสับสน เพ้อ ขึ้นได้เฉียบพลันนั้น มักจะเป็นปัจจัยจากภาวะหรือ โรคทางกาย ซึ่งมักเป็นอันตรายหากไม่ได้รับการแก้ไข และหากแก้ไขก็มักจะทำให้การรู้คิด หรือปริชานปัญญาของผู้ป่วยกลับมาดีเท่ากับความสามารถเดิมก่อนเป็นได้เช่นกัน ซึ่งภาวะสับสนนี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดย มีชนิดที่แสดงพฤติกรรมเป็น กระสับกระส่าย ตื่นตัว (hyperactive delirium) และอาจจะมีอาการประสาทหลอน หรือมีความคิดหลงผิดชนิดหวาดระแวงร่วมด้วยได้ และอีกชนิดที่ผู้ป่วยมักจะซึม เงียบ ๆ (hypoactive delirium) และมักจะนิ่ง ๆ เฉย ๆ ช้า ๆ ถอยห่างไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ซึ่งชนิดนี้มักจะมีการพยากรณ์โรคที่แย่กว่าแบบกระสับกระส่ายตื่นตัว หรือในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการทั้งสองอย่างโดยมีอาการทั้งนิ่งเงียบซึม และกระสับกระส่าย ต่างกันไปในช่วงของวัน (mixed hyperactive and hypoactive delirium) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของทั้งระดับการรู้คิด สมาธินี้ การรู้สึกตัวในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน เพ้อ นี้มักจะเกิดขึ้นในระยะเวลาเป็นหลักวันถึงสัปดาห์ได้ ซึ่งมักจะมีสาเหตุที่ทำให้ต้องพิจารณา เช่น เรื่องโรคทางกาย การติดเชื้อ ที่พบบ่อยเช่นการติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะทุพโภชนาการ การขาดสารน้ำ ภาวะท้องผูกไม่ถ่าย ปัญหาด้านเมตาบอลิค เกลือแร่ธาตุในเลือดไม่สมดุล หรือปัญหาเรื่องการใช้ยา การใช้ยาหลายชนิดที่ซ้ำซ้อน เพิ่งรับประทานยาหรือปรับขนาดใหม่ และหรือการเกิดผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ล้วนแล้วก่อให้เกิดปัญหาภาวะสับสนได้ง่าย โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสมองเสื่อมอยู่เดิม ซึ่งจำเป็นต้องหาสาเหตุและแก้ไข แม้ว่าในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยสมองเสื่อมบางราย อาจจะพบว่ามีหลายสาเหตุร่วม ๆ กัน หรือบางรายก็ไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน อย่างไรก็ดีก็ยังจำเป็นต้องสืบค้น เสาะหา และตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นเพื่อแก้ไขสาเหตุด้วย ทั้งนี้ เมื่อมีการติดเชื้อ หรือการอักเสบในร่างกายจะมีการหลั่งสารการอักเสบไซโตคาย (cytokines) และ อินเตอร์ลิวคิน (interleukins) ทำให้เกิดการอักเสบของสมองด้วยเช่นกัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท หลายตัว โดยที่สำคัญกับภาวะเพ้อสับสน คือ อะซีติลโคลีน และ โดพามีน ซึ่งการที่มีปัญหาเมตาบอลิกจะทำให้การสื่อประสาทผิดปกติไป ดังนั้นการเกิดภาวะสับสน เพ้อเหล่านี้ มักจะต้องมีตัวกระตุ้น โดยมากมักจะหลายปัจจัยประกอบกัน ซึ่งจำเป็นต้องสืบค้นหา เพื่อรักษาแก้ไข ให้ได้มากที่สุด[26, 27]

คลิกกลับสารบัญ

ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่จะเกิดภาวะสับสัน เพ้อนี้ได้ง่ายขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาสมองอยู่เดิม ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคทางระบบประสาทต่าง ๆ โรคลมชัก โดยการที่อายุที่มากขึ้นก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนนี้ง่ายขึ้นเช่นกัน และในผู้ป่วยที่เคยมีภาวะนี้มาก่อน หรือเคยเป็นอยู่บ่อย ๆ ก็จะทำให้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้มีโอกาสเป็นได้บ่อยมากขึ้น และยาวนานขึ้น ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวบางอย่างที่แย่ลง เช่นเป็นโรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็ง การที่อวัยวะภายในล้มเหลวเฉียบพลัน การมีความเจ็บปวด หลังผ่าตัด ดมยาสลบ การใช้สารเสพติดมานาน หรือมีอาการถอนยาเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ ร่วมกับการที่มีการรับรู้ของระบบประสาทที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การมองเห็น หรือการได้ยินที่บกพร่อง ที่ไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะเป็นปัจจัยเสี่ยงให้ผู้ป่วยสมองเสื่อม เกิดภาวะแทรกซ้อน มีภาวะเพ้อ สับสนนี้ขึ้นได้ง่าย เช่นกัน การที่ผู้ป่วยได้ยาหลายชนิด (polypharmacy) การเพิ่งได้รับยาใหม่ หรือเพิ่งปรับเปลี่ยนยาหรือขนาดที่รับประทานก็เป็นปัจจัยเสี่ยงด้วย โดยเฉพาะยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic) มักจะมีผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะสับสน นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่นภาวะซึมเศร้า หรือการเพิ่งเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่อยู่ ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเกิดภาวะสับสนและมีปัญหาพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างฉับพลันได้เช่นกัน โดยการใช้แบบประเมินภาวะสับสน (Confusion Assessment Method, CAM)[28] ก็จะช่วยในการวินิจฉัยได้ และเมื่อสืบค้นสาเหตุแล้ว ควรแก้ไขภาวะนั้น ๆ ที่ก่อให้เกิดปัญหา การจัดการกับความปวด การรักษาภาวะติดเชื้อ หรือรักษาภาวะเมตาบอลิคที่ผิดปกติไป ดูแลให้สารน้ำให้เพียงพอ ส่งเสริมภาวะโภชนาการ และดูแลสุขอนามัย ผิวหนัง รวมทั้งต้องปรับสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยคุ้นเคย และเหมาะสมกับผู้ป่วยที่สับสน จัดให้ผู้ป่วยรับรู้วันเวลา สถานที่ มีกิจกรรมกระตุ้นสมอง และพยายามให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเท่าที่จะทำได้

6.1.2 ปัญหาความเปราะบางในผู้สูงอายุ (frailty) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะความเปราะบางนั้นจะทำให้เกิดปัญหาทุพพลภาพ การพึ่งพิง และตายได้ง่าย เมื่อเจอกับสิ่งกระตุ้น ทั้งนี้เนื่องจากระบบสมดุลในร่างกายเสียไป ดังนั้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเล็กน้อย ก็อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะปัญหาได้มาก เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ อาจจะส่งผลแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสน เพ้อ และหกล้ม และเกิดปัญหาทุพพลภาพถาวรได้ง่ายขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เสี่ยงต่อเป็นภาระทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแล และต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ซึ่งปัญหาการมีภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องตระหนักและคิดถึงด้วยเสมอ เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น จากการที่มีภาวะเปราะบางและไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้มี

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสน เฉียบพลัน เกิดปัญหาหกล้ม ทุพพลภาพถาวร มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยา ทำให้เกิดเป็นวงจรและมีปัญหาพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยผู้ป่วยจะมีปัญหาน้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจ โดยมากกว่า 4.5 กิโลกรัมในปีที่ผ่านมา มีความรู้สึกเหนื่อยง่าย และไม่ค่อยมีกิจกรรมทางร่างกาย มักจะอยู่เฉย ๆ นิ่ง ๆ การเดินช้าลง และมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงลงไปจากเดิม ซึ่งควรจะแยกเป็น ระยะเกือบมีภาวะเปราะบาง ผู้ป่วยมีภาวะเปราะบาง และไม่มี (pre-frail, frail, not frail) ทั้งนี้มีเกณฑ์ในการช่วยประเมินที่เรียกว่า The Frailty Index ซึ่งจะประกอบด้วย 30 ข้อที่เกี่ยวข้องกับอาการที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ[29, 30] รวมทั้งผลที่ได้จากการตรวจร่างกายโดยการสังเกต และตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งควรจะต้องมีการประเมินและวางแผนอย่างครอบคลุม มีการจัดการที่เหมาะสม ตัดปัญหาการใช้ยาหลายชนิดที่ไม่จำเป็น ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เสริมสร้างกล้ามเนื้อ และแก้ไขภาวะที่ทำให้น้ำหนักลดและอ่อนเพลียง่ายไม่มีแรง นอกจากนี้ก็ต้องช่วยเรื่องประสาทสัมผัสที่เสียไปด้วย เช่นการช่วยในการได้ยิน หรือการมองเห็น ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ติดตามดูแลสุขภาพฟัน รวมถึงการมีกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น

6.1.3 ปัญหาเรื่องการหกล้ม (falls) การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นเป็นปัญหาใหญ่หลวงระดับโลก ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยอายุมากขึ้นก็จะมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้มากขึ้นตามกัน รวมถึงการมีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาความเปราะบางอยู่เดิม เป็นโรคสมองเสื่อม มีปัญหาทางระบบประสาท จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการหกล้มได้มาก รวมถึงการฟื้นตัวก็จะยากกว่าผู้สูงอายุที่ร่างกายแข็งแรงเป็นปกติ โดยในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมักจะมีปัญหาด้านการรู้คิด และการตัดสินใจอยู่เดิม ทำให้การประเมินสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเป็นอันตรายต่อตนเอง ถูกมองข้ามและละเลยไป เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจไม่ได้สนใจพื้นที่ลื่นหรือเดินไปในที่มีของระเกะระกะโดยไม่ระวัง รวมทั้งเรื่องอื่น ๆ เช่น การใส่รองเท้าที่เหมาะสม กับสภาพแวดล้อม ปัญหาโรคทางกาย และเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้เช่นกัน[31]

ตารางที่ 3.4 หัวข้อและคำถามในการประเมินภาวะความเปราะบางในผู้สูงอายุ (Frailty)[32]

หัวข้อ	คำถาม	Reference	หมายเหตุ
Weight Loss	ใน 1 ปีที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านลดลงมากกว่า 4.5 กิโลกรัม โดยไม่ตั้งใจหรือไม่	CHS = Cardiovascular Health Study	อาจใช้ BMI แทนได้
Exhaustion	ท่านรู้สึกเหนื่อยเพลีย ไม่มีแรงตลอดเวลา	WHAS = Women's Health and Aging Study	
Low energy expenditure/low activity	ท่านไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การเดินโดยลำพังบ่งบอกถึงการใช้พลังงาน / ทำกิจกรรมได้	มักใช้ activity scale หรือ Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire
Slowness	ให้เดินเป็นเส้นตรง ระยะทาง 4.5 เมตร จับเวลาเมื่อเริ่มเดิน (ใช้เวลา 7 วินาทีขึ้นไป)	CHS = Cardiovascular Health Study	อาจใช้ Timed Up-and – Go test แทนได้
Weakness	มีความอ่อนแรงของมือ แขน ขา หรือ ใบหน้า อย่างชัดเจน	ถาม subjective ต่อกำลังกล้ามเนื้อ	มักใช้ Grip strengthโดย dynamometer หรือ ถามความไม่พึงพอใจในกำลังกล้ามเนื้อ

7. การประเมินเพื่อป้องกันอันตราย และการจัดการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

ความสามารถจัดการแก้ไขกับปัญหาเฉพาะหน้า การรู้คิด การตัดสินใจ และความจำ ของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น จะเสื่อมถอยลง ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง ซึ่งจะลดลงตาม ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำได้ดีเหมือนเก่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพถาวรได้ จึงต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ และเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ตัวอย่างของความเสี่ยงในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ต้องระวังได้แก่ พลัดตกหกล้ม การขับรถ อุบัติเหตุในครัวเรือน เช่น ไฟไหม้ หรือการปฏิเสธไม่รับประทานยา การไม่ยอมให้ผู้ดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การถูกหลอกจากมิจฉาชีพ การสะสมของมากผิดปกติ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญ โดยทีมผู้รักษา จักต้องทราบถึงความเสี่ยง มีการประเมินติดตามเป็นประจำ และมีมาตรการป้องกัน และช่วยเหลือผู้ป่วย

คลิกกลับสารบัญ

7.1 การป้องกันการหกล้ม (falls prevention)

ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นสมองเสื่อม ความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น มักมีปัญหาในการเดิน การเคลื่อนไหว หรือการทรงตัวที่ลำบากขึ้น และมีปัญหาเรื่องระบบประสาทสัมผัสที่เสื่อมลง เช่น ปัญหาในการมองเห็น และผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาโรคทางระบบประสาทร่วมด้วย เช่นเป็นโรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้การทรงตัวที่ไม่ดี การเดินลำบาก ปัญหาการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น การใช้ยานอนหลับ หรือสารเสพติด ความเจ็บป่วยทางร่างกาย ก็ล้วนแล้วแต่เป็นความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผลที่เกิดจากการหกล้ม มักจะทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ และฟื้นตัวช้า ที่พบบ่อยคือกระดูกหัก จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนาน ดังนั้น ควรทบทวนปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะปัญหาจากยาต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่ ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้แพ้ชนิดต้านฮิสตามีน ยาลดความดัน ยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก ยาแก้ปวด ยาต้านโรคจิต ยาต้านเศร้า ยากันชัก และควรตรวจวัดว่าผู้ป่วยมีความดันตกเมื่อเปลี่ยนท่าหรือไม่ (orthostatic hypotension) โดยที่วัดความดันเปรียบเทียบท่ายืนกับท่านอน ห่างกัน 3 นาที หากความดันซิสโตลิกตกลงไปมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันไดแอสโตลิกตกลงไปมากกกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท ถือว่ามีภาวะนี้ และมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ หรือควรทดสอบความสามารถในการยืนโดยให้ผู้ป่วยกอดอกแล้วลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ (Chair Stand) การลุกเดิน (Timed Up and Go) โดยให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้และเดินไป 10 ฟุตและกลับมานั่งที่เก้าอี้ โดยหากผู้ป่วยเดินช้า หมุนตัวลำบาก และใช้เวลามากกว่า 12 วินาทีจะถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างมาก ดังนั้นควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม ส่งเสริมการออกกำลังกายชนิดเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยแนะนำหากผู้ป่วยมีความเสี่ยงควรจะส่งต่อแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู แนะนำให้ออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยเรื่องการทรงตัวให้ถูกวิธี และส่งเสริมภาวะโภชนาการ ในการป้องกันการหกล้มควรเสริมวิตามินดี ดังนั้นควรจะเพิ่มความตระหนักรู้ และเพิ่มมาตรการป้องกันไม่ให้หกล้ม ในปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยในการประเมินด้านการเดินได้ดี โดยให้ผู้ป่วยใส่สายข้อมือ (smart wearable device) หรืออาจจะเป็นนาฬิกาสมาทวอช (smart watch) ที่สามารถวิเคราะห์ก้าวเดินของผู้ป่วย และสามารถบอกถึงความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้ป่วยได้ รวมทั้งในบางรุ่นอาจจะมีการแจ้งเตือนเมื่อผู้ป่วยหกล้ม หรือผู้ป่วยเดินไปอย่างไร้จุดหมาย wandering โดยจะแจ้งเตือนไปยังผู้ดูแล ดังนั้นเครื่องมือเหล่านี้จึงเป็นประโยชน์ช่วยในการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม จะเป็นการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่แก้ไขยาก และทุพพลภาพของผู้ป่วยต่อไปในอนาคตได้[33]

คลิกกลับสารบัญ

7.2 ปัญหาความเจ็บปวด (pain)

ในผู้ป่วยสมองเสื่อมหลายรายที่มีความเจ็บปวด และไม่ได้รับการแก้ไข และถูกละเลยไปจำนวนมาก ซึ่งปัญหาความเจ็บปวดในผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแล และต้องประเมินด้วยเช่นกัน ซึ่งอาการเจ็บปวดนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อม มีปัญหาพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป และมีปัญหาทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือ สับสน เพ้อ ได้ และทำให้คุณภาพในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยลดลง ทั้งการเคลื่อนไหว การนอน และความสุข รวมทั้งกิจกรรมทางสังคมก็จะลดลงไป ทั้งนี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเองบางรายอาจจะมีปัญหาการสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถบอกความเจ็บปวด หรือบอกแต่ผู้ดูแล ไม่เข้าใจ จึงทำให้ปัญหานี้ถูกละเลย ไม่ได้รับการแก้ไข และทำให้เกิดเป็นวงจรปัญหาพฤติกรรมได้เช่นกัน ซึ่งในอาการความเจ็บปวดนั้นพบได้บ่อยมากในผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งโดยมากมักจะเป็นอาการปวดที่หลัง ขา (หัวเข่า หรือข้อสะโพก) และข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น หัวไหล่หรือข้อเท้า ซึ่งโดยมากมักจะเป็นข้อเสื่อม กระดูกพรุน หรืออาจจะเป็นข้ออักเสบชนิดรูมาตอย หรือข้ออักเสบ และมีการหดยึด อาการปวดอื่น ๆ เช่นอาการปวดศีรษะ ปวดฟัน เจ็บปวดจากแผลกดทับ หรือการที่กดเส้นประสาท เช่นมีการกดเส้นประสาทขา หรือไขสันหลัง หรือเป็นตะคริวบ่อย ๆ ทั้งนี้อาการเจ็บปวด นั้นสามารถเป็นได้ทั้งแบบ เฉียบพลัน เรื้อรัง หรือเป็น ๆ หาย ๆ ได้ สิ่งสำคัญควรประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย ทุกราย เช่น ในผู้ป่วยบางรายมีอารมณ์หงุดหงิด และสังเกตเห็นผู้ป่วยหันคอไปทางด้านซ้ายด้านเดียว เมื่อพยายามจับมาทางขวาก็ร้องเจ็บปวดเป็นต้น ดังนั้นจึงควรสังเกต และในผู้ที่มีโอกาสเกิดความเจ็บปวดได้มาก เช่นมีโรคทางกายอยู่เดิมที่ทำให้มีความเจ็บปวด เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวานเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โดยหากผู้ป่วยแสดงออกถึงพฤติกรรมไม่สุขสบาย กระสับกระส่าย และก้าวร้าว เกรี้ยวกราด หรือขัดขืนในการดูแล ต้องนึกถึงปัญหาเรื่องความเจ็บปวดที่ถูกมองข้าม และยังไม่ได้รับการแก้ไขด้วยเสมอ อื่น ๆ ที่ต้องสังเกต เช่น ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเดิน มีการเดินกระโผลกกระเผลก มีข้อติด ลงน้ำหนักไม่ได้ มีภาวะเปราะบาง มีแผล หรือเพิ่งทำหัตถการบางอย่าง หรือต้องใส่สายต่าง ๆ จำเป็นต้องได้รับการดูแล พิจารณาเสาะหาเรื่องความเจ็บปวดเป็นพิเศษ ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการระยะปานกลางถึงรุนแรง มักจะบอกความต้องการไม่ถูกและมีปัญหาด้านการสื่อสารได้มาก และเมื่อมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วยซึ่งพบได้บ่อย อาจถูกละเลยไปได้อย่างมาก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องประเมินด้านความเจ็บปวดอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาโรคทางกาย หรือปัญหาอื่น ๆ ใด ๆ เข้ามาเพิ่มด้วย ซึ่งแม้ว่าจะยากในการที่จะให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมบอกว่าเจ็บปวดตรงใด ควรตรวจร่างกายให้ละเอียด ทดลองสัมผัส ดูระยะการเคลื่อนไหว และทบทวนโรคร่วมเก่าของผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย

คลิกกลับสารบัญ

จากนั้นควรใช้ pain assessment tool[34] และการสังเกตจากทีมแพทย์ และผู้ดูแลในการช่วยเหลือในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่สามารถบอกอธิบายถึงความปวดของตนเองได้ ยกตัวอย่างการใช้เทคโนโลยีปัจจุบัน เข้ามาช่วย โดยอาจใช้ PainChek ซึ่งเป็น application ในสมาทโฟนเพื่อการช่วยประเมินปัญหาความปวด โดยจะมีระดับของความเจ็บปวด และมีตารางให้จดบันทึก โดยดูตั้งแต่สีหน้า เสียง การเคลื่อนไหว พฤติกรรม กิจกรรม และร่างกาย ประมวลผลและคำนวณด้วย AI (artificial intelligence)[35] ซึ่งปัจจุบันเริ่มใช้กันแพร่หลายทั่วโลกและเป็นประโยชน์ ส่วนในผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อมที่รุนแรงแล้ว แนะนำให้ใช้แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรง (Pain Assessment in Advanced Dementia, PAINAD)[36] โดยจะเป็นการสังเกตในด้านต่าง ๆ เช่น การหายใจ การแสดงสีหน้าที่มีความเจ็บปวด เสียงร้องอันไม่พึงประสงค์ หรือการแสดงออกทางร่างกายที่แสดงถึงความเจ็บปวด ทั้งนี้ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวด เพื่อวางแผนการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม เพียงพอ ในระยะยาวด้วย

7.3 ปัญหาการขับถ่าย ท้องผูก (constipation)

ก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่มักจะถูกละเลย มองข้ามไปในผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งที่ก่อความอึดอัดไม่สบายกับผู้ป่วยได้มาก โดยท้องผูกหมายถึงมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้ไม่ถ่าย โดยมากนับเป็นน้อยกว่าสามครั้งต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นกับแต่ละบุคคลด้วย ในผู้ป่วยบางรายที่เป็นสมองเสื่อมและมีปัญหาพฤติกรรมวุ่นวาย กระสับกระส่าย หงุดหงิด ซึ่งหนึ่งในการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองอย่างถูกต้องเหมาะสม ก็อาจจะรวมถึงปัญหาท้องผูกนี้ด้วย ซึ่งลำไส้นั้นจะถูกควบคุมด้วยระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งหากมีความผิดปกติไป โดยเฉพาะในเรื่องของสารสื่อประสาทพวก โดพามีน และอะซิติลโคลีน ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของระบบลำไส้ ในผู้ป่วยสูงอายุทั่วไปก็จะมีการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของลำไส้ และในผู้ป่วยที่เป็นโรคบางชนิด เช่น โรคพาร์กินสัน หรือจากยาที่ทำให้มีปัญหาท้องผูก ก็จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาท้องผูกไม่ขับถ่ายได้มากเช่นกัน นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องอาหารที่รับประทาน และการใช้ชีวิตก็ส่งผลต่อปัญหาเรื่องท้องผูกไม่ถ่ายเช่นกัน ดังนั้นควรจะต้องนึกถึงปัญหาและจัดการเรื่องการขับถ่ายด้วย โดยจะต้องประเมินถึงปัญหา และดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมการเคลื่อนไหว รวมถึงการปรับเปลี่ยนอาหารให้เหมาะสม และการจัดการเรื่องยา และโรคทางกายให้เหมาะสม ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยทานยาระบายเท่านั้น

7.4 ปัญหาการกลั้นอุจจาระปัสสาวะ (incontinence)

เป็นอีกปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั้งเพศหญิง และชาย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความรู้สึกต่อตนเอง และยังเชื่อมโยงนำไปสู่การพึ่งพิงผู้ดูแล เสี่ยงต่อการหกล้ม กระดูกหัก ความเปราะบาง และซึมเศร้าได้ โดยง่าย ทั้งนี้จำเป็นต้องประเมินถึงระดับปัญหาและวางแผนการจัดการสิ่งแวดล้อม และการช่วยเหลือแก้ปัญหาให้ถูกต้องเหมาะสม ในแต่ละราย ทั้งนี้การดูแลการบันทึกประจำวัน (Bladder and Bowel diary)[37] ก็จะช่วยประเมินถึงปัญหาและวิธีที่จะแก้ไขต่อในเฉพาะรายได้เช่นกัน เช่นการกำหนดเวลาในการเข้าห้องน้ำ เป็นต้น

7.5 ปัญหาสุขภาพฟัน (dental health)

เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ควรจะต้องไม่ละเลยในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อม สุขอนามัยในช่องปากของผู้สูงอายุนั้นมีความสำคัญ เชื่อมโยงกับชีวิตความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต ความอยู่ดีกินดี และปัญหาพฤติกรรมได้ด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ต้องประเมินถึงปัญหา เพราะการมีการอักเสบ ความเจ็บปวดในช่องปากและฟัน ทำให้มีปัญหาส่งผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร การกลืน และภาวะโภชนาการได้ด้วย และยังมีปัญหาเรื่องการพูดที่ลำบากในผู้ป่วยสมองเสื่อม ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้การสื่อสารกับบุคคลอื่นไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม ก็จะนำมาสู่ปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ ส่งผลต่อความสุข และความรู้สึกต่อตนเองของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ในผู้ป่วยสูงอายุหลายรายจะมีปัญหานอกจากฟันผุกร่อน ปัญหารากฟัน ปัญหาการขบเคี้ยว ปัญหาการใช้ฟันปลอมแล้ว การได้ยาบางชนิดส่งผลให้มีน้ำลายน้อย เป็นปัจจัยที่ทำให้ฟันผุกร่อน หรือเป็นปัญหากับฟันปลอมได้ง่ายขึ้น รวมทั้งการที่ผู้ป่วยมีปัญหาสมองเสื่อม ทำให้การดูแลตนเองด้านสุขอนามัยแย่ลง เช่น สุขอนามัยในช่องปากเริ่มไม่ทั่วถึงได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร หากมีอาการปวดฟันหรือเหงือกอักเสบ อาจจะแสดงออกเป็นอาการหงุดหงิด หลีกเลี่ยงไม่ยอมรับประทานอาหารหรือน้ำได้ จะกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย และเป็นปัญหากับผู้ดูแล หรือในผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายก็ไม่ยอมให้ผู้ดูแลช่วยดูแลสุขอนามัยในช่องปาก ไม่ยอมให้แปรงฟัน ไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้สุขอนามัยในช่องปากไม่ดี ทั้งนี้อาจมีปัญหาเรื่องการใส่ฟันปลอม และการดูแลรักษาความสะอาดด้วย ทั้งนี้ควรประเมิน ตรวจช่องปาก และฟัน รวมถึงการกลืน สม่ำเสมอ เพื่อรีบค้นหาสาเหตุและแก้ไขปัญหา ส่งต่อไปยังทันตแพทย์ได้ทันที นอกจากเรื่องการทำความสะอาดที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างถูกวิธีแล้ว ในผู้ป่วยหลายรายที่ได้ยาและมีผลข้างเคียงทำให้ปากแห้ง คอแห้ง น้ำลายน้อย ก็จำเป็นต้องป้องกันเรื่องปากแห้งคอแห้ง ส่งผลให้กลืนลำบาก อาหารติดคอด้วย ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ที่ไม่สามารถดูแลความสะอาดสุขอนามัยช่องปากของตนเองได้นั้น จำเป็นต้องมีความรู้เทคนิค และวิธีในการดูแลรักษาความสะอาดช่องปากให้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างถูกวิธี โดยจะต้องบอกขั้นตอนที่ชัดเจน ง่าย และค่อยทีละขั้นตอนให้กับผู้ป่วย และค่อย ๆให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างนุ่มนวล เริ่มจากแสดงให้ผู้ป่วยทำตาม หรือค่อย ๆ จับมือผู้ป่วยแปรงฟันตนเอง และทดลองให้ผู้ป่วยทำต่อด้วยตนเอง หรืออาจจะต้องช่วยทั้งหมด ทั้งนี้ก็ขึ้นกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละราย ในบางกรณีอาจจะใช้อุปกรณ์ช่วยอื่น ๆ เช่น การใช้ mouth gag ช่วยในการแปรงฟัน ในผู้ป่วยที่มี reflex ในการกัดฟันตลอดเวลาเมื่อมีสิ่งใดเข้าปาก หรืออาจจะใช้แปรงชนิดที่จำเฉพาะ เช่น forward-bent toothbrush ก็จะช่วยทำให้ง่ายต่อการทำความสะอาดฟันบนด้านในและฟันล่างได้ดีขึ้น และต้องคอยสังเกตเฝ้าระวังในจุดที่การแปรงฟันเข้าถึงได้ยาก ในผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอมก็ควรทำความสะอาดฟันปลอมอย่างน้อยวันละสองครั้ง และควรจะถอดเมื่อข้านอน และพยายามรักษาความสะอาดและตรวจฟันปลอมบ่อย ๆ กระตุ้นให้มีสุขอนามัยช่องปากที่ดี ส่งเสริมการจิบน้ำ ไม่ให้ปากคอแห้งจนเกินไป ในผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจต้องมีการใช้น้ำลายเทียม หรือสารให้ความชุ่มชื้น รวมถึงการปรับเปลี่ยนอาหารไม่ให้หวานจนเกินไป หรือพวกอาหารที่เป็นกรดที่จะไปทำลายฟันและสมดุลของแบคทีเรียในช่องปาก ทั้งนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมหลายรายมักถูกละเลยปัญหาเรื่องช่องปากและฟัน[38]

8. การประเมินปัญหาด้านจิตสังคม และปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่จำเป็น

ในการประเมินปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดที่ผิดปกติที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น ก็มีความสำคัญเช่นกันเพื่อให้การประเมินนั้นครอบคลุม สิ่งแรกที่ต้องทราบคือ การเข้าใจผู้ป่วย ประวัติความเป็นมาของผู้ป่วย เดิมเป็นบุคคลอย่างไร มีพื้นฐานลักษณะนิสัย การประกอบอาชีพ มุมมองค่านิยม และสังคมเป็นมาอย่างไร โดยยึดหลักทำความเข้าใจในตัวบุคคลนั้น ๆ และเมื่อเกิดปัญหาผู้ป่วยเคยจัดการอย่างไรในอดีต เคยมีประวัติกระทบกระเทือนทางจิตใจ (psychic trauma) โดยเฉพาะประวัติในวัยเด็ก หรือมีประวัติเดิมเป็นโรคจิตเวชมาก่อนหรือไม่ (previous mental health problems) ล้วนแล้วแต่สำคัญอย่างยิ่งในการประเมินปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่แนวทางในการรักษาให้ได้ครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม ในด้านจิตสังคม

ประเด็นเรื่องบุคลิกภาพเดิมก่อนที่จะป่วย (premorbid personality) ก็มีความสำคัญต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรม และช่วยเป็นแนวทางในการเข้าหาสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้เช่นกัน เนื่องจากบุคลิกภาพนั้นเป็นลักษณะจำเพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งมุมมองในการใช้ชีวิต การมองโลก อารมณ์

คลิกกลับสารบัญ

ทัศนคติ ความคิดเห็น ความภาคภูมิใจของผู้ป่วย หรือปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นนั้นมีความสำคัญ แม้ว่าบุคลิกภาพนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา แต่แก่นแท้ หรือส่วนลึกของตัวบุคคลนั้น มักจะยังคงอยู่ แม้ว่าผู้นั้นจะป่วยเป็นสมองเสื่อมแล้วก็ตาม ซึ่งปัจจัยเรื่องบุคลิกภาพนี้ เป็นผลรวมจากหลาย ๆ อย่างประกอบเข้าด้วยกันเป็นบุคคลคนหนึ่ง มากน้อยต่างกัน เช่นปัจจัยทางด้านชีวภาพ ด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ค่านิยมของครอบครัว วัฒนธรรมและสังคม แต่ในสมองเสื่อมบางชนิดก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่ต่างไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิงได้ในบางราย เช่นในผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อมชนิดสมองส่วนหน้าและกลีบขมับ (frontotemporal dementia) ซึ่งบุคคลใกล้ชิดมักพบว่าผู้ป่วยมีนิสัยใจร้อน รอไม่ได้ ก้าวร้าว หรือเมินเฉยโดยอาจจะต่างจากบุคลิกเดิมไปได้มาก อย่างไรก็ดี การที่มองว่าผู้ป่วยเป็นปัญหาบุคลิกภาพอยู่เก่าเดิม ก็อาจจะมีข้อเสียตรงที่กลายเป็นสร้างตราบาปให้กับผู้ป่วยรวมถึงสร้างอคติในผู้ดูแล และทีมดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน ทั้งนี้การที่มีข้อมูลเรื่องบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยใช้มาเป็นปัจจัยประกอบในการทำความเข้าใจผู้ป่วยและวางแผนการดูแลรักษา จะเป็นประโยชน์และทำให้การทำความเข้าใจต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยนั้นง่ายขึ้นได้ ซึ่งก็ควรประเมินสอบถามหลายทาง ทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และคนที่รู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี นอกจากนี้การที่ทราบว่าการตอบสนองต่ออุปสรรค หรือความเครียด นั้นผู้ป่วยเคยจัดการอย่างไร ซึ่งอาจจะมีทั้งการจัดการที่ดี และการจัดการที่ไม่เหมาะสม ก็จะทำให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยเคยมีประวัติที่มีบาดแผลทางจิตใจหรือเคยถูกกระทำ หรือไม่ ทั้งแบบเฉียบพลัน เรื้อรัง หรือแบบซับซ้อน (acute, chronic, complex trauma history) ซึ่งในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติถูกทำร้ายนั้น การมีบาดแผลทางจิตใจมาก่อน อาจจะถูกกระตุ้นความรู้สึกนั้นกลับมาได้อีกจากเหตุบางอย่าง เช่น กระตุ้นความรู้สึกกลัว เมื่อต้องถูกทำหัตถการเป็นต้น หรือตื่นตกใจง่ายเมื่อได้ยินเสียง หรือกลิ่นบางอย่างได้เช่นกัน โดยหากผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นเคยมีประวัติ PTSD มาก่อนก็อาจจะทำให้กลับมามีอาการ หรือเป็นมากขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยเป็นสมองเสื่อม[39] และอาจจะส่งผลให้มีพฤติกรรมวุ่นวาย ตื่นกลัวได้ ดังนั้นการซักประวัติ ประวัติการบาดเจ็บหรือมีบาดแผลทางจิตใจ ความรุนแรงในครอบครัวที่ผ่านมาตั้งแต่วัยเด็ก การประสบอุบัติเหตุภยันตรายคุกคาม หรือประสบภัยธรรมชาติ ก็มีความสำคัญในการประเมิน และนำไปสู่การวางแผนการดูแลจัดการผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ส่วนการดูแลเบื้องต้นนั้น ควรทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย สบาย และจัดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ตามที่ผู้ป่วยทำได้และสนใจ และหลีกเลี่ยงการทำให้ผู้ป่วยเกิด retraumatized หรือกระตุ้น traumatic escalation ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่เคยถูกละเลยทอดทิ้ง และกลัวการถูกทอดทิ้ง อาจจะอาละวาด หรือเกิดอาการตื่นตระหนก เมื่อผู้ดูแลพาไปสถานบำบัด หรือกรณีต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพราะกลัวจะถูกปล่อยทิ้งไว้เป็นต้น ดังนั้นความเข้าใจปัญหา

คลิกกลับสารบัญ

ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น จำต้องมองจำเพาะแต่ละบุคคล เนื่องจากแต่ละคนก็มีประสบการณ์ในชีวิต มุมมองค่านิยม การเลี้ยงดู ที่ต่างกัน โดยการทบทวนประวัติโรคทางกาย โรคทางจิตเวช ประวัติการที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือน ปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาการเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐานะ หรือเป็นโรคจิตเวชเดิม เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท และโรคบุคลิกภาพผิดปกติ ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญในการนำมาประกอบเป็นข้อมูลในการวางแผนการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม ของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

9. การประเมินความเสี่ยง การเกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น จากปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือจากสิ่งแวดล้อม

การประเมินความเสี่ยง ทั้งในแง่ความปลอดภัย (safety concerns) ของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีหลายประเด็นที่มีความสำคัญที่จะต้องประเมิน และทีมผู้รักษาต้องรับทราบด้วยเช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น เรื่องความเสี่ยงต่อการหกล้ม การเกิดอุบัติเหตุอันตราย อุบัติเหตุในครัวเรือน เช่น การทำไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ไฟดูด การขับรถ การจัดการการเงิน การถูกหลอกลวง การรับประทานยาผิด และการไม่รับประทานยา ไม่ดูแลตนเอง หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ล้วนก่อให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมาก ซึ่งการประเมินทราบถึงความเสี่ยง การให้เฝ้าระวัง ให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาในด้านการรู้คิด ความคิดการตัดสินใจย่อมผิดไป รวมทั้งปัญหาความจำด้วย ซึ่งเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น การเตรียมหุงหาอาหาร การใช้เตาไฟ การจุดไฟ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก หรืออาจจะเตรียมอาหารไม่ถูกวิธี และเป็นอันตราย โดยเฉพาะการลืมปิดแก๊ส หรือใช้เตาประกอบอาหารหรือใช้ เตาไมโครเวฟอาจจะผิดวิธี ส่งผลให้เกิดอันตราย รวมถึงการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าอื่น ๆ ในบ้านเรือนด้วย หากผู้ป่วยสูบบุหรี่ ก็จะมีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาเพลิงไหม้ได้ ในผู้ป่วยสมองเสื่อมหลายรายยังขับรถอยู่ ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและทรัพย์สิน และหากเกิดอุบัติเหตุก็อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นได้ด้วย ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการรู้คิด เริ่มมีการเสื่อมถอยลงของสมรรถภาพสมอง จำเป็นต้องประเมินความสามารถในการขับรถด้วย ทั้งนี้ประเด็นเรื่องความสามารถในการขับรถนั้นอาจจะเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนในผู้ป่วยสูงอายุหลายราย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก หรือความเสี่ยงอื่น ๆ เช่น โรคสะสมของ (hoarding) ซึ่งผู้ป่วยจะมีปัญหาในการทิ้งของ และการจัดการของในบ้านสะสมจนทำให้สถาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิต เกิดอันตรายได้โดยง่าย ซึ่งนอกจากปัญหาการสะสมของเหล่านี้แล้ว ยังอาจมีปะปนกับปัญหาความจำ กลายเป็นปัญหารื้อข้าวของ หาสิ่งของ

ไม่เจอ มีการซ่อนของ ขโมยของ ฯลฯ ซึ่งจะสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อม ปัญหาอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจถูกหลอกลวงได้โดยง่าย การถูกแก๊งคอลเซนเตอร์หลอกให้โอนเงินในผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นก็พบได้บ่อยในยุคปัจจุบัน เช่นเดียวกัน จึงต้องเฝ้าระวังโดยในผู้ป่วยสูงอายุที่สมองเสื่อมบางรายยังสามารถเล่นโทรศัพท์มือถือ แต่อาจจะไม่ระวัง และไม่เข้าใจถึงภัยมิจฉาชีพ ก็อาจจะทำให้สูญเสียเงินทองเป็นจำนวนมากได้ นอกจากนี้การหลอกลวงจากคนใกล้ชิด ให้โอนเงิน สมบัติ มรดก ที่ดินหรือบัญชี ให้กับญาติก็อาจจะเป็นประเด็นได้เช่นกัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาสมองเสื่อม และเสียด้านความคิดการดูแลจัดการตนเอง และการจัดการด้านการเงิน ทำให้ถูกหลอกได้โดยง่าย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมเอง และผู้ดูแลซึ่งเหล่านี้จะเป็นปัญหาพบได้บ่อย แต่มักจะไม่เป็นที่สนใจในทางคลินิกเท่าที่ควร ซึ่งเมื่อปัญหาสมองเสื่อมเป็นมากขึ้น ความจำเป็นต้องพึ่งพิงต่อผู้ดูแลก็จะมากขึ้นตามลำดับ และความเสี่ยงต่าง ๆ ก็จะเพิ่มมากขึ้นตามตัว ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงในการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควรมีการประเมินเรื่องของความเป็นไปได้ในการถูกทารุณกรรมด้วย ดังนั้นจึงต้องประเมินปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายเหล่านี้ด้วย เพื่อที่ทีมผู้รักษาจะได้วางแผนช่วยเหลือ ปรึกษาส่งต่อ และวางแผนระยะยาวได้อย่างเหมาะสม

10. การประเมินบทบาทความสามารถ และการช่วยเหลือผู้ดูแลครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม และให้การสนับสนุนทีมรักษา

การประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ระดับความสามารถในการจัดการให้ความรู้ความเข้าใจ ปรับทัศนคติ เพิ่มทักษะในการดูแลสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งกับผู้ดูแลและครอบครัวชุมชน นั้นมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะปัญหาที่พบได้บ่อยคือ ปัญหาผู้ดูแลเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดไฟ หรือคาดหวังที่ไม่เป็นจริงกับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมเอง และผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ทีมแพทย์ผู้รักษาจึงต้องประเมินปัญหาและ ความเสี่ยงต่าง ๆ และควรเตรียมเป็นทีมผู้รักษา และผู้ดูแลร่วมมือกันวางแผนเพื่อการ ช่วยเหลือผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยต่อไป โดยในการประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น มีหลายระดับ ตั้งแต่ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง หรือครอบครัว กรณีที่อยู่ที่บ้าน หรือทีมเจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลดูในสถานบำบัดระยะยาว ซึ่งเน้นการจัดการโดยมีวิธีการแบบแผนที่เหมาะสมจำเพาะกับผู้ป่วย และผู้ดูแลแต่ละรายไป ซึ่งมักจะได้ผลดี ทั้งยังช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ โดยรูปแบบของการจัดการที่มีผู้ดูแล และญาติมีส่วนร่วมมักจะได้ผลดีกับตัวผู้ป่วย และหากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ และมีความผูกพันธ์ทางอารมณ์ที่ดีกับตัวผู้ป่วยสมองเสื่อม จะเป็นปัจจัยด้านบวกในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และทำให้ผู้ป่วยสมอง

เสื่อมมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เมื่อภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตกอยู่กับผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นกุญแจสำคัญในการจัดการ เพราะปัญหาภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีความซับซ้อนทั้งในด้านร่างกาย การจัดการความเป็นอยู่ และการจัดการปัญหาทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังนั้นควรมองเห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย โดยต้องประเมินและให้การช่วยเหลือทั้งปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิตใจ ควรจัดการกับภาวะเหนื่อยหน่าย หมดไฟ ในผู้ดูแล เพราะโดยมากปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อให้เกิดปัญหา เครียด รำคาญใจ เหนื่อยหน่าย ให้กับผู้ดูแล มักจะเป็นปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว กรีดร้อง หรือทำร้ายร่างกาย วุ่นวาย เซ้าซี้ การขัดขืนไม่ให้ความร่วมมือในเรื่องต่าง ๆ ทั้งในการดูแลกิจวัตรประจำวัน หรือการรับประทานยา การเดินเพ่นพ่าน ไม่ยอมนอน มีความคิดหลงผิดหวาดระแวง อารมณ์ขึ้นลงผิดปกติ ทั้งนี้จะทำให้ผู้ดูแลเครียด ไม่ได้พักผ่อนเพียงพอ ไม่ได้พบปะเพื่อนฝูง ไม่มีเวลาของตัวเอง มีคุณภาพชีวิตแย่ลง หากเป็นนาน ๆ ทำให้เกิดความเครียดสะสม มีภาวะเหนื่อยหน่าย หมดไฟ มีอารมณ์โกรธ คับข้องใจต่อตนเอง หรือต่อการดูแลผู้ป่วยต่อไป หรืออาจจะมีปัญหานอนไม่หลับ ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลในผู้ดูแลได้ ทั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์เก่าก่อนและความสัมพันธ์ปัจจุบันกับตัวผู้ป่วย และความยากง่ายในการดูแลด้วย และในขณะเดียวกัน ท่าทีและการตอบสนองของผู้ดูแลก็มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเช่นกัน การที่ผู้ดูแลต้องตกอยู่ในภาวะความเครียดนาน ๆ จะส่งผลต่อร่างกาย และพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ดูแลได้ ดังนั้นจึงต้องประเมินภาวะเหนื่อยหน่ายหมดไฟในผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver burden) ด้วย โดยจะลงรายละเอียดคำแนะนำในบทที่ 5

สรุปบทที่ 3

- การประเมินปัญหา BPSD เพื่อนำไปสู่การวางแผนจัดการที่เหมาะสม ต้องระบุให้ได้ก่อนว่าผู้ป่วยนั้นมีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ สมรรถนะอยู่ในระดับใด และชนิดของสมองเสื่อมที่ผู้ป่วยเป็น และต้องแยกกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) แต่อย่างไรก็ดี ปัญหาเหล่านั้นอาจถูกกระตุ้นได้จากปัญหาสุขภาพร่างกายและมีภาวะสับสนเฉียบพลันทับซ้อนได้ (delirium on-top dementia)
- ควรใช้ rating scale และแบบรายงานปัญหาพฤติกรรม มาช่วยในการวิเคราะห์ เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน
- กรอบแนวคิดในการประเมินปัญหา BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีหลายแนวทาง โดยมีจุดประสงค์เดียวกันคือเพื่อให้การวิเคราะห์ปัญหานั้นครอบคลุม และนำไปสู่การจัดการที่ถูกต้องเหมาะสม

คลิกกลับสารบัญ

- การซักประวัติและการตรวจสภาพจิต และการตรวจร่างกาย รวมถึงการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยสูงอายุนั้น มีรายละเอียดปลีกย่อย และมีข้อสังเกตที่ควรศึกษา
- ควรประเมินภาวะโรคร่วมที่พบด้วยได้บ่อย ๆ ความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม และ ประเมินผู้ดูแลด้วยเสมอ เพื่อการวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมและจำเพาะกับบุคคล
- หลายครั้งการประเมินปัญหาด้านจิตสังคม และปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะถูกละเลย ซึ่งการประเมินทำความเข้าใจในส่วนนี้จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้ และจะจัดการกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ ของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ง่ายขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Musa, G., et al., Utility of the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) in the assessment of a sample of patients with Alzheimer's disease in Chile. Dement Neuropsychol, 2017. 11(2): p. 129-136.
2. Fillenbaum, G.G., et al., Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD): the first twenty years. Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association, 2008. 4(2): p. 96-109.
3. Reisberg, B., et al., The BEHAVE-AD assessment system: a perspective, a commentary on new findings, and a historical review. Dementia and geriatric cognitive disorders, 2014. 38(1-2): p. 89-146.
4. Alexopoulos, G.S., et al., Cornell Scale for Depression in Dementia. Biol Psychiatry, 1988. 23(3): p. 271-84.
5. Snow, A.L., et al., Psychometric properties of a structured interview guide for the rating for anxiety in dementia. Aging Ment Health, 2012. 16(5): p. 592-602.
6. Griffiths, A.W., et al., Validation of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory Observational (CMAI-O) tool. Int Psychogeriatr, 2020. 32(1): p. 75-85.
7. Rosen, J., et al., The Pittsburgh Agitation Scale: A User-Friendly Instrument for Rating Agitation in Dementia Patients. Am J Geriatr Psychiatry, 1994. 2(1): p. 52-59.
8. Kaufer, D.I., et al., Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale. J Am Geriatr Soc, 1998. 46(2): p. 210-5.
9. Aldridge, Z., A. Burns, and K. Harrison Dening, ABC model: A tiered, integrated pathway approach to peri- and post-diagnostic support for families living with dementia (Innovative Practice). Dementia (London), 2020. 19(8): p. 2901-2910.

10. Kales, H.C., et al., Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: an international Delphi consensus. International psychogeriatrics, 2019. 31(1): p. 83-90.
11. Banerjee, S., et al., A comparative study of the effect of the Time for Dementia programme on medical students. Int J Geriatr Psychiatry, 2021. 36(7): p. 1011-1019.
12. Cummings, J., et al., Reduction and prevention of agitation in persons with neurocognitive disorders: an international psychogeriatric association consensus algorithm. International Psychogeriatrics, 2023: p. 1-12.
13. Reisberg, B., Functional assessment staging (FAST). Psychopharmacol Bull, 1988. 24(4): p. 653-9.
14. Nasreddine, Z.S., et al., The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc, 2005. 53(4): p. 695-9.
15. Salvadori, E., et al., Cognitive evaluation in cerebral small vessel disease: towards an evidence-based identification of the reference standards. Part 1. A systematic review and qualitative data synthesis. J Neurol, 2021. 268(12): p. 4563-4572.
16. Shulman, K.I., Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? Int J Geriatr Psychiatry, 2000. 15(6): p. 548-61.
17. JITAPUNKUL, S., et al., Chula Mental Test: A screening test for elderly people in less developed countries. International Journal of Geriatric Psychiatry, 1996. 11(8): p. 715-720.
18. Muangpaisan, W., et al., The distribution of Thai Mental State Examination Scores among non-demented elderly in suburban Bangkok metropolitan and associated factors. J Med Assoc Thai, 2015. 98(9): p. 916-924.
19. Coelho-Guimarães, N., et al., [Validation of RUDAS: A screening tool for dementia in Primary Health Care settings]. Aten Primaria, 2021. 53(5): p. 102024.
20. Julayanont, P., et al., The Montreal Cognitive Assessment-Basic (MoCA-B): A New Mild Cognitive Impairment Screening Test for Illiterate and Low Educated Elderly (P6. 200). 2015, AAN Enterprises.
21. Wongpakaran, N., T. Wongpakaran, and R. Van Reekum, The Use of GDS-15 in Detecting MDD: A Comparison Between Residents in a Thai Long-Term Care Home and Geriatric Outpatients. J Clin Med Res, 2013. 5(2): p. 101-11.
22. Borson, S., et al., The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry, 2000. 15(11): p. 1021-7.
23. Canning, S.D., et al., Diagnostic utility of abbreviated fluency measures in Alzheimer disease and vascular dementia. Neurology, 2004. 62(4): p. 556-562.
24. Tombaugh, T.N., Trail Making Test A and B: normative data stratified by age and education.

Archives of clinical neuropsychology, 2004. 19(2): p. 203-214.

25. Dubois, B., et al., The FAB: a frontal assessment battery at bedside. Neurology, 2000. 55(11): p. 1621-1626.
26. Wilson, J.E., et al., Delirium. Nature Reviews Disease Primers, 2020. 6(1): p. 90.
27. Maldonado, J.R., Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic theories and common pathways. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 2013. 21(12): p. 1190-1222.
28. Waszynski, C.M., Confusion assessment method (CAM). Journal of Gerontological Nursing, 2002. 28(4): p. 4.
29. Cesari, M., et al., The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. Age and ageing, 2014. 43(1): p. 10-12.
30. Searle, S.D., et al., A standard procedure for creating a frailty index. BMC geriatrics, 2008. 8(1): p. 1-10.
31. Ambrose, A.F., G. Paul, and J.M. Hausdorff, Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. Maturitas, 2013. 75(1): p. 51-61.
32. Drubbel, I., et al., Screening for frailty in primary care: a systematic review of the psychometric properties of the frailty index in community-dwelling older people. Bmc Geriatrics, 2014. 14: p. 1-13.
33. Ageing, W.H.O. and L.C. Unit, WHO global report on falls prevention in older age. 2008: World Health Organization.
34. Cleeland, C. and K. Ryan, Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. Annals, academy of medicine, Singapore, 1994.
35. Atee, M., K. Hoti, and J.D. Hughes, A technical note on the PainChek™ system: a web portal and mobile medical device for assessing pain in people with dementia. Frontiers in aging neuroscience, 2018. 10: p. 117.
36. Warden, V., A.C. Hurley, and L. Volicer, Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. Journal of the American Medical Directors Association, 2003. 4(1): p. 9-15.
37. Booth, J., D. Bliss, and I.C.S.N. Committee, Consensus statement on bladder training and bowel training. Neurourology and Urodynamics, 2020. 39(5): p. 1234-1254.
38. Ghezzi, E.M. and J.A. Ship, Dementia and oral health. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, 2000. 89(1): p. 2-5.
39. Greenberg, M.S., et al., Stress, PTSD, and dementia. Alzheimer's & Dementia, 2014. 10: p. S155-S165.

บทที่ 4
การจัดการกับปัญหาประสาทจิตเวชศาสตร์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD management)

เมื่อประเมินระดับของปัญหาพฤติกรรม ความถี่ ผลกระทบ ความเสี่ยง วิธีการที่เคยจัดการและปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ครอบคลุมแล้ว จะพอทำให้ทีมผู้รักษาเข้าใจภาพรวม เห็นสาเหตุของแต่ละปัญหา และสามารถวางแผนการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย โดยแก้ไปตามแต่ละปัจจัย เพราะทุกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมล้วนมีความหมายทั้งสิ้น

หากพบว่าสาเหตุของปัญหา BPSD ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นปัจจัยจากปัญหาเรื่องโรคทางกายที่เกิดขึ้น ความเจ็บปวด ภาวะสับสน เพ้อ ฯลฯ (acute medical conditions) ก็ควรจัดการโดยเร่งด่วน และอื่น ๆ หากเห็นปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม (unmet needs) ก็ควรตอบสนองจัดการอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยและบริบท หรือหากเป็นจากการที่ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นที่มากหรือน้อยเกินไปจากสิ่งแวดล้อม (overstimulation vs. under-stimulation) ก็ควรจัดกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมมีขีดจำกัดความอดทนต่อความเครียดไม่เท่าเดิม (lower stress threshold) และจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้น และอาจจะมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย เช่น ปัญหาบุคลิกภาพเดิม การมีโรคจิตเวชอยู่เดิม โดยผสมรวมหลายปัจจัย และปัจจัยเรื่องผู้ดูแล ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาและการจัดการกับปัญหาเช่นกัน โดยผู้ดูแลร่วมกับทีมผู้รักษา จะเป็นกุญแจสำคัญในการเชื่อมโยงไปสู่การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยด้วยได้เช่นกัน ดังนั้น การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาความเครียดสูง มีภาวะหมดไฟในการดูแลผู้ป่วย (caregiver burnout) ก็จะส่งผลต่อการดูแลจัดการผู้ป่วยให้ยากขึ้นด้วยเช่นกัน และทั้งนี้จะทำให้การ

คลิกกลับสารบัญ

วางแผนการรักษา และการไปปฏิบัติใช้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร ดังนั้นจึงควรใส่ใจปัญหาความเครียดของผู้ดูแลด้วย และนอกจากนี้ปัจจัยเรื่องสิ่งแวดล้อมที่อาจจะไม่เหมาะสมเป็นตัวกระตุ้นผู้ป่วยได้ (environmental triggers) ซึ่งเรื่องเล็กน้อยในชีวิตประจำวันก็อาจจะทำให้เกิดปัญหาความเครียดมาก เกิดความวิตกกังวล หรือเกิดปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมรุนแรงได้มากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อหน้าที่ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้เป็นเพราะภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ป่วยมีขีดความอดทนต่อความเครียดกดดันลดลงไปจากเดิมและความสามารถในการแก้ปัญหาได้ไม่เท่าเดิน ยกตัวอย่าง การเปลี่ยนเรื่องที่อาจจะมองว่าเล็กน้อยในบางอย่าง เช่น เรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน การเปลี่ยนสถานที่อยู่อาศัย อาจจะกระตุ้นให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ดังนั้นในการรักษาปัญหาพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น การแก้ไขไม่จะได้มีเพียงแนวทางตรงทางเดียว หรือแนวทางเหมือนกันทุกราย จำเป็นต้องวิเคราะห์ปัญหา ประเมินความรุนแรง และจัดการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละราย ซึ่งในภาพรวมจะแบ่งการจัดการและการรักษาเป็น กลุ่มการรักษาแบบที่ไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatments) และการใช้ยา (pharmacological treatments) โดยตามคำแนะนำของหลายสถาบัน มักจะแนะนำให้ใช้วิธีการที่ไม่ใช้ยาเป็นลำดับแรก แต่อย่างไรก็ดีในทางเวชปฏิบัติ ก็เป็นไปได้ยากที่จะให้การรักษาด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาเพียงอย่างเดียว เนื่องจากผู้รักษาจำเป็นต้องใช้ทักษะในการวิเคราะห์หาสาเหตุ และวางแผนวิธีการจัดการ และการติดตามผล ที่จำเพาะเหมาะสมต่อบุคคลด้วย แต่อย่างไรก็ดี การใช้ยาในการปรับพฤติกรรมนั้นยังไม่ค่อยมีหลักฐานชัดเจนว่าจะทำให้อาการปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นหายไปได้สิ้นซาก รวมทั้งมีปัญหาเรื่องของผลข้างเคียงจากยาด้วยที่จำเป็นต้องคำนึงถึงด้วยเช่นกัน ดังนั้นแม้ว่าจะรักษาด้วยยาก็จำเป็นต้องใช้การรักษาแบบที่ไม่ใช้ยาควบคู่กันไปด้วยเสมอ ทั้งนี้การรักษาโดยไม่ใช้ยาจำเป็นต้องมาก่อน และมีร่วมด้วยเสมอในทุกกรณี โดยอาจจะร่วมกับการใช้ยาด้วยก็ได้[1]

1. การรักษาแบบที่ไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatment)

ในการรักษาปัญหา BPSD โดยการไม่ใช้ยานั้นมีหลากหลายรูปแบบ โดยจะรวมกลุ่มใหญ่ ๆ ตามกลุ่มเป้าหมาย ได้ดังนี้ 1) วิธีการจัดการการรักษาแบบไม่ใช้ยาสำหรับตัวผู้ป่วยสมองเสื่อม 2) การจัดการให้ความรู้ ฝึกทักษะวิธีการจัดการกับผู้ดูแล ญาติ และครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเน้นทั้งปรับทัศนคติในการดูแล ทักษะความรู้ความเข้าใจในการตอบสนอง และจัดการกับปัญหาอารมณ์ ความคิด และ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งจะลงรายละเอียดในบทถัดไป 3) การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

การบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม (Intervention targeting the person with dementia) มีหลายรูปแบบ และการสื่อสารเพื่อให้เกิดการบำบัดในแต่ละรูปแบบ ต้องใช้วิธีการเข้าหาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เช่น การสื่อสารกับผู้ป่วยโดยไม่เข้าหาจากทางด้านข้าง ควรจะสบตา และอยู่ตรงหน้าระดับสายตาของผู้ป่วย และต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยสนใจ เพื่อที่จะสื่อสารให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม และภาษาที่ใช้ควรชัดเจน ทั้งคำพูด และภาษาทางกาย ต้องเจือด้วยความโอบอ้อมอารีย์เข้าใจผู้ป่วย และใช้น้ำเสียงที่เหมาะสมสำหรับพูดคุยกับผู้ใหญ่ ซึ่งจะทำให้การจัดการปัญหาพฤติกรรม และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ได้ผลดี และในรักษาบำบัดด้วยการไม่ใช้ยาในผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อจัดการปัญหาพฤติกรรม อารมณ์นั้น มีหลากหลายวิธี ยกตัวอย่างเช่น การบำบัดเน้นให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส เช่น การนวด การใช้น้ำมันหอมระเหย การใช้ศิลปะบำบัด การใช้เสียงเพลงเป็นต้น การบำบัดเรื่องของการเพิ่มทักษะในการสื่อสาร การบำบัดพฤติกรรมโดยตรง หรือการจัดกิจกรรมที่มีรูปแบบแบบแผน การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และการให้ความรู้ทักษะในการจัดการแก้ปัญหากับผู้ดูแล และทีมผู้รักษา โดยมีรายละเอียดดังนี้[2]

• **Reality orientation** (ROT) จัดอยู่ในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเป็นการฝึกบำบัดโดยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลให้ถูกต้อง และอยู่กับปัจจุบันตามความเป็นจริง โดยอาจจะทำเป็นกลุ่ม หรือเฉพาะบุคคล โดยจะลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้และสามารถชลอปัญหาเรื่องการรู้คิดที่เสื่อมถอยลง โดยมากควรจัดกิจกรรมเป็นรายวัน จุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นผู้ป่วยให้รับรู้วันเวลา สถานที่ อย่างต่อเนื่อง ตามความเป็นจริง และพบว่าการใช้วิธี 24 ชั่วโมง (24 hours method) ได้ผลดีกว่า[3]

• **Schedule activities** การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโดยจัดรูปแบบที่ชัดเจน โดยมีแบบแผนเป็นกิจวัตร (schedule or routines activities) จะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง และจะลดปัญหาการว่างมากเกินไป หรือการถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมมากเกินไปได้ และเน้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมตามเวลา[4] ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และได้ทำกิจกรรมที่มีความหมาย (meaningful activities) หรืออาจจะทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสนุกเพลิดเพลินกับตัวผู้ป่วย (recreational activities) ซึ่งจะส่งเสริมการทำงานของสมอง และทักษะในการสื่อสาร การเข้าสังคม และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ด้วย และสามารถลดอาการกระสับกระส่าย ซึ่งกิจกรรมอาจจะเป็นอะไรก็ได้ที่ผู้ป่วยถนัด หรือสนใจ เช่น การหันเหความสนใจของผู้ป่วยที่กำลังหงุดหงิดกระสับกระส่าย ไปเดินในสวน การวาดรูป การทำงานศิลปะ การทำงานฝีมือ การทำอาหาร การเล่นเกม การเล่นกับสัตว์เลี้ยง เป็นต้น[5-7]

คลิกกลับสารบัญ

• **Reminiscence therapy** การทำบำบัดโดยเน้นการระลึกถึงความทรงจำที่ดีในอดีต ซึ่งเป็นที่นิยมในผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองเสื่อม โดยเป็นการจัดกิจกรรมบำบัดจากการทบทวนระลึกถึงความหลังของผู้ป่วย เน้นพูดคุย หรือมีกิจกรรม หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยรำลึกถึงเหตุการณ์ หรือประสบการณ์ที่ดีที่เคยผ่านมา เช่น อาจมีสมุดภาพ และมีความหมายต่อตัวผู้ป่วยในอดีต เพื่อกระตุ้นความรู้สึกความทรงจำที่ดี และส่งเสริมคุณค่าและพลังด้านบวกต่อตนเอง ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยได้แบ่งปันประสบการณ์ที่ดีของตนเองในอดีต และสามารถระลึกและถ่ายทอดให้กับผู้อื่นได้ จะช่วยกระตุ้นความจำ และทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อื่นดีขึ้น มีการศึกษาพบว่าว่าการบำบัดชนิดนี้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีปัญหาอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล และอาจจะไม่ได้เห็นผลชัดเจนในปัญหาพฤติกรรมอื่น[8]

• **Validation therapy** การทำบำบัดโดยการหาความหมายของพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ซึ่งเชื่อว่าทุกพฤติกรรมที่แสดงออกมาล้วนแล้วแต่มีความหมายอยู่ทั้งสิ้น โดยเกิดจากปมในอดีตที่ไม่สามารถแก้ไขหรือก้าวข้ามผ่านไปได้ ซึ่งการทำความเข้าใจความหมายที่แฝงอยู่ในพฤติกรรมเหล่านั้นจะช่วยให้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบันของผู้ป่วยได้ และทั้งยังช่วยลดความทุกข์ทรมานใจของผู้ป่วยที่เก็บมาเป็นเวลานานได้ด้วย[9]

• **Simulated presence therapy** จุดประสงค์ของการบำบัดชนิดนี้เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม และลดความเครียดวิตกกังวล โดยสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสถานบำบัดอาจไม่คุ้นชิน โดยอาจจัดทำวิดีโอ หรืออัดเสียงที่เป็นลักษณะเสมือนว่า ผู้ดูแล ญาติ คนที่ผู้ป่วยสนิท กำลังพูดคุยโต้ตอบกับผู้ป่วย โดยอาจจะเป็นเสียงสนทนา หรือเป็นการพูดเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ ซึ่งขึ้นกับบริบทของผู้ป่วยด้วย และเปิดให้ผู้ป่วยฝึกการสนทนาหรือโต้ตอบ ทั้งนี้ก็อาจจะช่วยลดปัญหาความวิตกกังวลหรือความเหงาไปได้บ้าง อย่างไรก็ดี มีบางการศึกษาแย้งว่าอาจทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมแย่ลงได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อมรุนแรง[10]

• **Aromatherapy** เป็นการบำบัดด้วยการกระตุ้นประสาทสัมผัส โดยใช้น้ำมันหอมระเหยโดยสามารถลดความวิตกกังวล ความหงุดหงิด ร้อนรนของผู้ป่วย โดยจะใช้เป็น ทา สูดดม ผสมน้ำอาบ ใช้นวด โดยจะมีหลายกลิ่นที่พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้[11]

• **Massage therapy** การบำบัดด้วยการนวด การนวดฝ่ามือ หรือฝ่าเท้า การสัมผัสที่เหมาะสมเน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย โดยการนวดที่เหมาะสมสามารถลดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้[12]

• **Acupuncture** การบำบัดด้วยฝังเข็ม ก็เป็นการบำบัดอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งแม้อาจจะใช้ไม่ได้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกราย และอาจจะไม่ได้มีผลงานวิจัยรองรับในการดูแลสมองเสื่อม ทั้งนี้การฝังเข็ม

เป็นที่นิยมมากขึ้นในผู้ที่รักษาด้วยแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) ในผู้ป่วยบางรายอาจจะได้ผลดีในเรื่องของการบรรเทาให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และสบายขึ้นจากการที่มีกล้ามเนื้อหดเกร็ง หรืออาจจะเพิ่มความกลัววิตกกังวลในผู้ป่วยได้เช่นกัน[13]

- **Snoezelen** เป็นการรักษาบำบัดโดยให้ผู้ป่วยเข้าไปในห้อง Snoezelen โดยเป็นห้องที่จะประกอบไปด้วยสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นประสาทสัมผัสในหลาย ๆ ด้าน ของผู้ป่วย เช่น แสง สี พื้นผิวสัมผัสที่แตกต่างกัน และกลิ่น โดยมีดนตรี และ อโรมา โดยเพื่อกระตุ้น ระบบประสาทสัมผัสของผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กัน **(multisensory stimulation, MSS)** อย่างไรก็ดี การใช้ห้อง Snoezelen อาจจะไม่ได้ผลในผู้ป่วยสมองเสื่อมบางราย โดยเฉพาะรายที่อาการเป็นรุนแรงมากแล้ว ซึ่งพบว่าการบำบัดด้วยกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสของผู้ป่วยหลาย ๆ อย่าง นั้นช่วยลดการสับสนของผู้ป่วยได้ แต่จะไม่ลดอาการทางจิต อาการก้าวร้าวที่รุนแรง ซึ่งไม่แนะนำสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในขั้นอาการรุนแรงแล้ว[14, 15]

- **Light therapy** การรักษาด้วยแสงสว่าง ทั้งนี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะมีปัญหาสับสนตอนเย็น ๆ (sundowning) และมีปัญหาเรื่องวงจรการนอนที่ผิดปกติไป (sleep disturbance) มักจะเป็นปัญหาที่สร้างความลำบากในการดูแล ซึ่งการใช้การบำบัดด้วยแสงนั้นจะช่วยลดอาการเหล่านี้ได้ และจะช่วยปรับวงจรการนอนให้กลับมาสู่ปกติ โดยแสงสว่างจะมีผลต่อสารเมลาโทนินที่ช่วยเรื่องการนอน การบำบัดจะทำโดยจะเปิดกล่องไฟให้ความเข้มของแสงอยู่ที่ 2,000-10,000 ลักซ์ โดยให้ผู้ป่วยได้โดนแสงนานครั้งละ 30-120 นาที ซึ่งในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เคยมีปัญหาซึมเศร้าตามฤดูกาล (seasonal depression) ก็จะตอบสนองดีกับการรักษาด้วยแสงสว่างนี้[16]

- **Music therapy** ดนตรีบำบัด การที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการบำบัดด้วยเสียงดนตรี ที่ตนเองชอบ อาจจะเป็นเพลงบรรเลง เพลงสวดมนต์ก็ได้เช่นกัน สามารถลดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล กระสับกระส่าย หงุดหงิด ก้าวร้าวได้ ซึ่งอาจจะไม่ได้อธิบายได้ด้วยกลไกทางสมองว่าดนตรีมีผลอย่างไร แต่การบำบัดด้วยดนตรี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายผ่อนคลาย และลดปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้ อย่างไรก็ดีอาจใช้ไม่ได้ผลในผู้ป่วยบางราย[17]

- **Physical activities or exercise** การจัดกิจกรรมทางร่างกาย หรือการออกกำลังกาย เป็นประโยชน์มากในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม โดยการที่ผู้ป่วยได้ฝึกเดิน มีกิจกรรมาทางร่างกาย ไม่นั่ง ๆนอน ๆ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งสุขภาพกายที่ดีขึ้นด้วย ทั้งนี้พบว่าการออกกำลังกาย หรือการที่มีกิจกรรมทางร่างกายจะเป็นปัจจัยส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยสมองเสื่อม และช่วยเรื่องการจำกัดการเคลื่อนไหว ที่นำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ เช่น ข้อติด การที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ดี

คลิกกลับสารบัญ

เดินทรงตัวได้เอง มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จะเป็นปัจจัยป้องกันอันตรายจากการหกล้ม และจะช่วยเรื่องอารมณ์ จิตใจ และลดความกระสับกระส่าย วิตกกังวลในผู้ป่วยได้ด้วย ทั้งนี้ในการจัดกิจกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม ควรจัดท่าทางและกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และควรป้องกันระวังการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายด้วย[18]

- **Cognitive stimulation** การบำบัดวิธีนี้เน้นการฝึกการกระตุ้นสมอง และการรู้คิด โดยผ่านกิจกรรมหลากหลายที่มีความหมาย โดยอาจจะจัดเป็นกิจกรรมรายบุคคล หรือเป็นกิจกรรมกลุ่มก็ได้ โดยจะกระตุ้นสมรรถภาพของสมองของผู้ป่วยได้ในหลาย ๆ ส่วนขึ้นกับกิจกรรม เพิ่มส่งเสริมทักษะทางสังคม ปรับอารมณ์ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยในกลุ่มการบำบัดฝึกกระตุ้นสมองนี้ ซึ่งอาจจะรวม reality orientation เช่นฝึกบำบัดโดยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลให้ถูกต้อง และอยู่กับปัจจุบันตามความเป็นจริง เช่น กิจกรรมอ่านหนังสือพิมพ์ reminiscence กิจกรรมบำบัดด้วยการระลึกความหลัง ศิลปะบำบัด เช่นการวาดรูป ระบายสี การทำงานศิลปะ การจัดงานฉลองตามเทศกาล การเล่นเกมต่าง ๆ เกมไพ่ เกมทายคำ เกมเศรษฐี โดยสามารถปรับให้เหมาะสมกับปูมหลัง และความสนใจ วัฒนธรรม ค่านิยมของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้กิจกรรมเหล่านี้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยได้มากในผู้ป่วยที่มีสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง นอกจากนี้มีการทำบำบัดที่จำเพาะลงไปอีกคือการฝึกทักษะสมรรถภาพของสมองตามที่บกพร่อง **(Cognitive training)** ซึ่งจะช่วยให้สมรรถภาพสมองในด้านที่ฝึกฝนบำบัดนั้นดีขึ้น โดยจัดกิจกรรมที่จำเพาะต่อปัญหา และด้านที่เสีย เช่นหากมีอาการหลงลืมจากการเสีย working memory หรือ attention ก็จะมีการใช้เทคโนโลยีเข้าช่วยในการฝึกสมาธิเพิ่ม ของผู้ป่วยในรูปแบบของการเล่นเกม และอาจมีการตรวจวัดคลื่นสมองในขณะที่ผู้ป่วยทำ tasks นั้น ๆ และการบำบัดอีกประเภทคือการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง **(Cognitive rehabilitation)** โดยเน้นการฟื้นฟูในส่วนของสมรรถภาพที่เสียไปของผู้ป่วย รวมถึงหน้าที่การดูแลที่เคยทำได้ด้วย โดยอาจจัดฝึกเป็นกิจกรรมในการช่วยเหลือดูแลตนเองในส่วนที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่สมรรถภาพบกพร่องไปในด้านนั้น ๆ เช่น การหลงทิศทาง การฝึกให้ผู้ป่วยที่มีอาการหลงทิศทาง สามารถดูแลจัดการตนเองได้ ในการใช้ชีวิต (navigate) ในสถานบำบัด[19, 20]

- **Animal-assisted therapy** การบำบัดด้วยการใช้สัตว์เลี้ยง ซึ่งมีการค้นพบว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับสัตว์เลี้ยง จะช่วยเรื่องอารมณ์ และสุขภาพจิต ลดความเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวลได้ดี ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมรู้สึกผ่อนคลาย และสัตว์เลี้ยงเหล่านี้ยังช่วยผู้ป่วยให้สามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้ดีขึ้น เพิ่มความรู้สึกผูกพัน และมีความสุข แม้ว่าจะใช้ไม่ได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกราย

แต่ก็มีประโยชน์ในบางรายอาจจะได้ผลดีมาก ทั้งนี้ต้องเป็นสัตว์เลี้ยงที่ฝึกหรือเชื่องพอที่จะเข้ากับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ และอาจจะต้องคำนึงถึงเรื่องความปลอดภัย หรือความสะอาดด้วยเช่นกัน[21]

- **Robot-assisted therapy** เนื่องจากข้อจำกัดของสัตว์เลี้ยงซึ่งเป็นสิ่งมีชีวิต จึงมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย เป็นการใช้หุ่นยนต์เพื่อช่วยบำบัดผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมีจุดประสงค์ให้เกิดปฏิสัมพันธ์ เกิดความสนุก และช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจสำหรับผู้สูงอายุ ในหุ่นยนต์อาจจะเป็นสัตว์ก็ได้เช่นกัน ที่มีใช้ในสถานบำบัดหลายที่ ก็จะมีหุ่นยนต์ แมวน้ำ (Paro)[22] หุ่นยนต์หมา แมว หรือหุ่นยนต์ที่เป็นคนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีทั้งพูดคุยโต้ตอบ ช่วยให้คลายเหงา และฝึกเรื่องการสนทนา ใช้ภาษา และในบางรุ่น ก็จะสามารถช่วยติดตามเฝ้าระวัง หรือแจ้งเตือนไปยังผู้ดูแลได้ เมื่อผู้สูงอายุหกล้ม[23, 24]

นอกจากการบำบัดกับผู้ป่วยโดยตรงข้างต้นแล้ว การให้ความรู้ ปรับทัศนคติ และฝึกทักษะในการดูแลจัดการกับผู้ป่วยสมองเสื่อม **(caregiver education)** ก็เป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย และผู้ดูแลก็มีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมาก โดยจะลงรายละเอียดในบทที่ 5

ประเด็นสุดท้ายในการบำบัดรักษาโดยการไม่ใช้ยาสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และช่วยเหลือในการใช้ชีวิตกับผู้ป่วยสมองเสื่อม และการวางแนวทางสนับสนุนต่าง ๆ ในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งในผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้ไม่เหมือนเดิม โดยเฉพาะหากไม่คุ้นเคย ก็อาจจะเกิดอันตรายได้โดยง่าย ดังนั้นจึงควรป้องกัน การปรับสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นง่าย และดีกว่าการที่พยายามปรับให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย โดยควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม **(dementia-enabling environment)** ให้ได้มากที่สุด เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ช่วยเหลือตัวเองง่ายขึ้น และคงสมรรถภาพความสามารถในการดูแลตนเองมากเท่าที่จะทำได้ จะได้ลดความเครียดและความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายได้ด้วยเช่นกัน เนื่องจากความสามารถของสมอง ความจำ การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจแก้ปัญหา ของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นลดลง จะทำให้การเรียนรู้หรือการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมเป็นไปได้ยากมากขึ้น ดังนั้นจึงแนะนำให้ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันภยันตราย ที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว และยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และ กระตุ้นให้เกิดความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ด้วย ทั้งนี้ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรม การปรับสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับผู้ป่วยจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดความอึดอัดคับข้องใจ และ

สามารถลดปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ได้เช่นกัน อย่างไรก็ดีการปรับสิ่งแวดล้อมนั้นก็ควรจะให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละราย ทั้งนี้การจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีความสำคัญและมีรายละเอียดปลีกย่อยต่าง ๆ เช่น การจัดแสงสว่างที่เพียงพอ ระดับเสียงที่เหมาะสม อุณหภูมิ ความชื้นที่เหมาะสม การสร้างความง่ายก่อให้เกิดความคุ้นชินในการใช้ชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัย โดยจัดวางของที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ซึ่งการที่สิ่งแวดล้อมเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมดูแลจัดการตัวเองได้มากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นตัวเอง และมีความรู้สึกมั่นใจได้มากขึ้น มีความปลอดภัย สะดวกสบาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นไม่ได้จำเป็นเฉพาะในสถานบำบัดเท่านั้น ควรคำนึงหลายประการ ให้เอื้อต่อรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ตั้งแต่ผังที่ไม่ซับซ้อน และการวางตำแหน่งสิ่งของเครื่องใช้ให้เหมาะสมกับการใช้งาน การมีราวจับ เครื่องช่วยเหลือ ป้ายบอกที่เห็นชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่รกตก หรือติดตั้งระบบรักษาความปลอดภัย การแจ้งเตือนผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยหกล้มหรือออกนอกบริเวณ การมีแสงสว่างที่เพียงพอให้เหมาะสมกับเวลา และวัสดุของสิ่งของเครื่องใช้ที่เป็นมิตรกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม ขนาดเฟอร์นิเจอร์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมถึงวัสดุของพื้น เช่น กันลื่น หรือพื้นอิเล็กทรอนิกส์ ผนัง ฯลฯ เป็นต้น ในปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมในการใช้ชีวิตมากขึ้น ซึ่งก็จะลดปัญหาพฤติกรรม ลดความเสี่ยง และเพิ่มความปลอดภัยได้ด้วยเช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น ระบบสัญญาณเรียกผู้ดูแล การติดตั้งเซนเซอร์เมื่อผู้ป่วยลุกออกมาเดินในเวลากลางคืน มีเซนเซอร์ไฟ ทั้งนี้การประเมินสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยสมองเสื่อมก็สำคัญเช่นกัน อาจใช้เครื่องมือ หรือเทคโนโลยีเข้าช่วยด้วยได้[25, 26]

2. การรักษาด้วยการใช้ยา (pharmacological treatment)

การบำบัดรักษาด้วยยา (pharmacological treatment) ก็มีความสำคัญเช่นกัน เมื่อวางแผนจัดการปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาแล้ว เมื่อประเมินติดตามผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละขั้นตอน ประเมินความเสี่ยง และ ความจำเป็น โดยต้องวิเคราะห์เสมอด้วยว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาร่วมด้วยหรือไม่ หากคิดว่าจำเป็น หรือจะมีประโยชน์ร่วมด้วย สามารถใช้การรักษาด้วยยาร่วมด้วยกันได้ ทั้งนี้ เพื่อให้การรักษาได้ผลดีขึ้น[27] แต่อย่างไรก็ดี การรักษาด้วยยาอาจไม่สามารถควบคุมอาการ BPSD ได้ทั้งหมด หรือเสมอไป ซึ่งการใช้ยาต้องคำนึงถึง อาการที่ต้องการรักษาด้วยยา (targeted symptoms) ประสิทธิภาพ ในการรักษา (efficacy) ผลข้างเคียงของยา (adverse effect) และ ปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาที่ผู้ป่วยรับประทาน (drug-drug interactions)[28, 29]

ซึ่งโดยมากผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะมีโรคประจำตัว และรับประทานยาหลายชนิดอยู่แล้ว ต้องระวังปัญหาการให้ยาซ้ำซ้อน และควรต้องประเมินระดับของความเปราะบางของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากหากผู้ป่วยมีภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ (frailty) ก็จะทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาได้มากขึ้น และรุนแรงและนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หกล้ม และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย โดยในกลุ่มนี้ควรเริ่มต้นให้ยาน้อย ๆ และค่อย ๆ เพิ่มขนาดเท่าที่ผู้ป่วยรับได้ และควรมีการติดตามใกล้ชิด สม่ำเสมอ หรืออาจจะตรวจระดับของยา หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการณ์ที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับยานั้น หากปัญหา BPSD นั้นหายดีแล้ว ก็สามารถพิจารณาลด หรือหยุดยาได้ [30] โดยยาในการรักษา BPSD จะแบ่งเป็นกลุ่ม ดังนี้

- ยา **cholinesterase inhibitors (AchEIs)** และยา **NMDA antagonists**[31] จุดมุ่งหมายของยาในกลุ่มนี้คือ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของการรู้คิด (enhancing cognition) ซึ่งจะมีผลต่อตัวโรคสมองเสื่อมและปัญหาพฤติกรรม ความจำได้ ทั้งนี้ปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถรักษาอาการสมองเสื่อมให้หายขาดกลับมาดีอย่างเดิมได้ อย่างไรก็ดี ในจากการที่มีการศึกษาวิจัยกันทั่วโลก ก็มีความหวังว่าอนาคตอาจจะพบยาหรือการที่ป้องกันโรคสมองเสื่อม และสามารถทำให้ระดับการรู้คิด สมรรถภาพของผู้ป่วยกลับมาดีได้เหมือนเดิม

- ยากลุ่ม **cholinesterase inhibitors (AchEIs)** ได้แก่ donepezil, rivastigmine และ galantamine ซึ่งยาจะไปยับยั้งตัวเอนไซม์ acetylcholinesterase ซึ่งมีหน้าที่ทำลายสารสื่อประสาทชนิดอะซิติลโคลีน เพราะตัวโรคสมองเสื่อมโดยเฉพาะชนิดอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยจะขาดเซลประสาทโคลิเนอร์จิก ทำให้สมาธิความจำไม่ดี ในยา rivastigmine จะยับยั้ง butyrylcholinesterase ด้วย ซึ่งทั้ง acetylcholinesterase และ butyrylcholinesterase นั้นมีหน้าที่กำจัด acetylcholine ดังนั้นยาในกลุ่มนี้จะลดการทำลาย ส่งผลให้เพิ่มระดับของสารสื่อประสาทชนิด acetylcholine ซึ่งจะมีผลต่อสมาธิความจำของผู้ป่วย ซึ่งมีหลักฐานว่ายาในกลุ่มนี้สามารถลดการเสื่อมลงของระดับการรู้คิดได้ประมาณ 6 เดือน และช่วยชะลอการที่ผู้ป่วยจะถูกส่งไปอยู่สถานบำบัดได้ด้วย อย่างไรก็ดียากลุ่มนี้มีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงหลายประการที่ต้องคำนึงถึง และพิจารณาด้วยเช่นกัน เนื่องจากการเพิ่มสารสื่อประสาทโคลิเนอร์จิก ส่งผลต่อระบบทางเดินอาหารได้ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว เบื่ออาหาร (gastrointestinal side effects) ซึ่งจะเป็นปัญหาได้มากหากผู้ป่วยน้ำหนักน้อยต่ำอยู่แล้ว (underweight) และมีภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ (frailty) อีกปัญหาหนึ่งของการได้ AchEIs นี้จะกระทบต่อการนอนในช่วง REM sleep ของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะทำให้นอนไม่หลับ หรือมีอาการฝันเสมือนจริง (vivid dreams) หรือฝันร้ายได้ (nightmares) อาการอื่น ๆ ที่เกิดได้จากยากลุ่มนี้ คือ อาการเป็นตะคริว

(muscle cramps) และ ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ (urinary incontinence) ซึ่งป้องกันปัญหาผลข้างเคียงจากยากลุ่มนี้จำเป็นต้องค่อย ๆ ให้ยาขนาดน้อย ๆ ก่อน และค่อย ๆ เพิ่มทีละช้า ๆ และต้องระวังไม่ควรให้ในผู้ป่วยที่เป็น แผลในกระเพาะอาหารที่เคยมีเลือดออกรุนแรง โรคหอบหืดที่ควบคุมไม่ได้ โรคต้อหินมุมแคบ และปัญหาเรื่องโรคหัวใจ เช่น left bundle branch block, sick sinus syndrome และผู้ป่วยเหล่านี้หากได้รับยา AchEIs แล้ว ก็ไม่ควรได้รับยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic เช่น oxybutynin, benztropine, trihexyphenidyl เพราะจะมีผลต่อประสิทธิภาพของยา[31-34] ดูตาราง 4.1 วิธีการให้ยากลุ่มนี้สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม กลไก และข้อควรระวัง ได้ที่หน้า 105

คลิกกลับสารบัญ

ตารางที่ 4.1 แสดงวิธีการให้ยากลุ่ม cognitive enhancer สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม กลไก และข้อควรระวัง

ยา	กลไกการออกฤทธิ์ของยา	ขนาดและวิธีการใช้ยา	ข้อควรระวัง
Donepezil	Acetylcholinesterase inhibitor	เริ่มต้น 5 มก. หลังอาหารเช้าใน 4 สัปดาห์แรก จากนั้นเพิ่มเป็น 10 มก.	ต้องระวังในการใช้ยา สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง และผู้ป่วยที่มีปัญหา หรือเคยมีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร โรคหัวใจที่มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ โรคหอบหืดที่ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียน หน้ามืด เบื่ออาหาร หัวใจเต้นช้า เป็นลม หกล้ม นอนไม่หลับ ฝันร้าย กล้ามเนื้อเป็นตะคริว และกลั้นปัสสาวะไม่ได้
Rivastigmine	Acetylcholinesterase inhibitor, Butyrylcholinesterase inhibitor	ยากิน เริ่ม 1.5 มก. วันละสองครั้งพร้อมอาหาร และเพิ่ม ทีละ 1.5 มก. ทุก 2 สัปดาห์หากผู้ป่วยทนได้ ให้เพิ่มจนถึง 6 มก. ต่อวัน (กรณีเป็นพาร์กินสันดีเมนเชีย ให้ปรับเพิ่มยาทุก 4 สัปดาห์) แผ่นแปะ ให้เริ่ม 4.6 มก. แปะที่เดิมวันละครั้ง 4 สัปดาห์จากนั้นเพิ่มเป็น 9.5 มก. อีก 4 สัปดาห์ และเพิ่มเป็นขนาด 13.3 มก.	
Galantamine	Acetylcholinesterase inhibitor, bind nAChRs (nicotinic receptor at allosteric site)	ชนิดรับประทานวันละครั้ง (prolong release) ให้เริ่ม 8 มก. พร้อมอาหารเช้าใน 4 สัปดาห์แรก จากนั้นเพิ่มเป็น 16 มก. ต่อใน 4 สัปดาห์ถัดมา และเพิ่มเป็นขนาด 24 มก. ชนิดรับประทานวันละสองครั้ง ให้เริ่มที่ 4 มก. พร้อมอาหารเช้า และเย็น จากนั้นเป็น 8 มก. หลังอาหาร เช้า เย็น จากนั้นเป็น 12 มก. วันละสองครั้ง	
Memantine	NMDA receptor antagonist	ชนิดรับประทานวันละครั้ง (prolong release) ให้เริ่ม 7 มก. ต่อวันในสัปดาห์แรก จากนั้นเป็น 14 มก. ในสัปดาห์ที่สอง และ 21 มก. ในสัปดาห์ที่ 3 และเพิ่มเป็น 28 มก. ชนิดรับประทานวันละสองครั้ง ให้เริ่ม 5 มก. ในสัปดาห์แรกหลังอาหารเช้า จากนั้นเพิ่มเป็น 5 มก. หลังอาหารเช้า เย็น (รวมเป็น 10 มก. ต่อวัน) ในสัปดาห์ที่สอง จากนั้น ให้เพิ่มเป็น 10 มก. หลังอาหารเช้า และ 5 มก. ก่อนนอน ในสัปดาห์ที่ 3 และจากนั้นให้เป็น 10 มก. วันละสองครั้ง	ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะทนผลข้างเคียงจากยากลุ่มนี้ได้ดีกว่ากลุ่ม AchEIs ควรใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ระยะสมองเสื่อมตั้งแต่ปานกลางขึ้นไป โดยให้ร่วมกับยากลุ่ม AchEIs และในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยาในกลุ่ม AchEIs สามารถให้เป็นตัวเดียวเพื่อเป็นทางเลือกของผู้ป่วยได้

*ในกรณีเริ่มต้นให้ยาใหม่ ให้เริ่มปรับยาตามขนาด และเวลาตามตาราง และหากมีการขาดช่วงของการให้ยาเป็นเวลาเกิน 3 วัน ควรเริ่มต้นในการปรับเพิ่มยาใหม่ตามคำแนะนำ

คลิกกลับสารบัญ

- **NMDA antagonists** ยาในกลุ่มนี้คือ memantine เนื่องจากสารสื่อประสาทกลูตาเมทมีความสำคัญต่อการสร้างความจำ (long-term potentiation and memory formation) ซึ่งกลไกนี้ต้องการการปล่อยสารสื่อประสาทชนิดกลูตาเมทที่ช่องว่างระหว่างเซลประสาทเป็นช่วง ๆ ซึ่งการที่มีสารสื่อประสาทชนิดกลูตาเมทสูงและมากเกินไป จะทำลายเซลประสาท แต่การที่จะสร้างความจำได้นั้นจะต้องปล่อยสารสื่อประสาทชนิดกลูตาเมทเป็นช่วง ๆ ซึ่งยา memantine จะไปขัดขวางการหลั่งของกลูตาเมท แต่จะไม่ขัดขวางการหลั่งเป็นช่วง ๆ เพื่อสร้างความจำ ในยากลุ่มนี้ได้ประโยชน์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลาง และระยะรุนแรงมากกว่าระยะน้อย ผลข้างเคียงน้อยกว่ากลุ่ม AchEIs มีรายงานว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ท้องผูก ปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับได้ เช่นกัน ซึ่งในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลาง (moderate dementia) ก็จะแนะนำให้ใช้ยาร่วมกันทั้ง AchEIs (donepezil, rivastigmine, galantamine) รวมกับ NMDA antagonists อย่าง memantine ด้วยจะได้ประสิทธิผลดีในการช่วยเรื่องของการรู้คิด และความจำ รวมทั้งความสามารถในการดูแลกิจวัตรของตนเองด้วย และหากผู้ป่วยอยู่ในระยะรุนแรง หรือระยะสุดท้าย การได้รับยาในกลุ่ม cognitive enhancers เหล่านี้อาจจะไม่ได้ผลช่วยให้การรู้คิด สมาธิ ความจำของผู้ป่วยดีขึ้นได้แล้ว ก็อาจจะพิจารณาชั่งประโยชน์ข้อดีข้อเสียให้ถี่ถ้วน และอาจจะให้หยุดยาได้ในผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อมขั้นรุนแรงหรือระยะสุดท้ายได้เช่นกัน

• ยารักษาอาการโรคจิต **(antipsychotics)** ยาในกลุ่มนี้มีมากมายหลายชนิด แต่สำหรับที่สามารถใช้ได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD โดยเฉพาะกรณีที่มีปัญหาพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง หรือมีความเสี่ยงอันตรายต่อตัวเอง และผู้อื่น จะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนและกระสับกระส่ายจากปัญหา BPSD แต่ในบางพฤติกรรมการได้ยากลุ่มนี้จะไม่ได้ผล เช่น การตามติดเป็นเงา (shadowing) การเดินเร่ร่อนไร้จุดหมาย (wandering) การทำเสียงแปลก ๆ (vocalization) การที่ถอดเสื้อผ้า (undressing) หรือการที่ปัสสาวะไม่เป็นที่ (inappropriate voiding) ซึ่งต้องใช้วิธีจัดการด้วยวิธีไม่ใช้ยา ทั้งนี้การใช้ยาในกลุ่มนี้มีผลข้างเคียงที่ต้องคำนึงถึงด้วยเช่นกัน ยกตัวอย่างที่สำคัญ คือการที่ผู้ป่วยมีอาการคล้ายพาร์กินสัน (extrapyramidal side effects) พบมีการเคลื่อนไหวลำบาก ช้าลง เดินตัวเกร็ง ลิ้นแข็ง สีหน้าเรียบเฉย หรือมีอาการสั่น หรือมีอาการ cogwheel rigidity ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากยากลุ่ม antipsychotics โดยยาในกลุ่มนี้ไปขัดขวางโดพามีนในสมอง ซึ่งมีผลต่อการเคลื่อนไหว หรือผู้ป่วยอาจจะมีอาการกระสับกระส่ายลุกลี้ลุกลน (akathisia) จากการได้ยากลุ่มนี้ได้ และทำให้แยกยากจาก agitation ของ BPSD เอง อย่างไรก็ดีจะสัมพันธ์กับเวลาที่ได้ยา โดยจะมีอาการเป็นมากขึ้นหลังจากได้ยา ให้สงสัยว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบข้างเคียงจากยากลุ่มนี้ และผลข้างเคียงอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาที่อาจเกิดได้เช่นเกิดอาการเคลื่อนไหวผิดปกติของใบหน้าและลำคอ (tardive dyskinesia)

ซึ่งเป็นภาวะที่รักษายาก ในปัจจุบันมียา tetrabenazine ที่ช่วยรักษาอาการการเคลื่อนไหวผิดปกติชนิด tardive dyskinesia นี้ได้ หรือผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยอาจจะเกิดได้ คืออาการกล้ามเนื้อคอบิดหดเกร็งขึ้นฉับพลัน และตาเหลือกค้าง (acute dystonia, oculogyric crisis) แม้จะพบได้ไม่บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ แต่จะสัมพันธ์กับการเริ่มให้ยากลุ่มนี้ในตอนแรก ๆ นอกจากนี้ ผลข้างเคียงอื่นในกลุ่มยาต้านโรคจิตโดยเฉพาะตัวใหม่ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหา metabolic syndrome ได้ในระยะยาว ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีโรคประจำตัวอยู่เดิมที่เกี่ยวข้องกับ metabolic ซึ่งจะทำให้การควบคุมได้ยากขึ้น บางครั้งยาในกลุ่มนี้จะทำให้การรู้คิดของผู้ป่วยถดถอยลงได้ ดังนั้น ผู้รักษาควรจะต้องชั่งประโยชน์และควรทบทวนจุดประสงค์ในการใช้ยากลุ่มนี้เพื่อรักษาอาการหรือปัญหาพฤติกรรมอะไรของผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านประสิทธิภาพ และความปลอดภัย และผลข้างเคียง ยาในกลุ่มนี้ที่สามารถใช้ได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ risperidone, aripiprazole, olanzapine, quetiapine, haloperidol ฯลฯ[35-38]

- **Risperidone** เป็นยาต้านอาการโรคจิตที่เป็นที่นิยมและมีการศึกษาวิจัยค่อนข้างเยอะกว่ายาต้านโรคจิตตัวอื่นในผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งได้รับการยอมรับให้ใช้ในการแก้ปัญหา agitation ในผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศแคนาดา และประเทศกลุ่มยุโรป ในรูปแบบของทั้งยาเม็ดและยาน้ำ โดยขนาดที่ใช้เริ่มที่ 0.125 - 0.25 มิลลิกรัม และสามารถเพิ่มเป็นสองเวลาต่อวันได้ โดยที่ขนาดมากกว่า 1 มิลลิกรัม มักจะพบมีผลข้างเคียงมากกว่าประสิทธิภาพ[39]

- **Olanzapine** เป็นยาต้านโรคจิตอีกตัวหนึ่ง ที่ใช้ได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาก้าวร้าวและกระสับกระส่าย (agitation & aggression) เริ่มได้ในขนาด 1.25-2.5 มิลลิกรัม วันละสองเวลา และปรับเพิ่มได้ถึง 7.5 มิลลิกรัม อย่างไรก็ดีผลข้างเคียงที่สำคัญของยาคือการเกิด metabolic syndrome ในระยะยาว และ มีผลข้างเคียงเรื่องฤทธิ์ต้านโคลิเนอจิกของยาหากได้รับในขนาดสูง[40]

- **Aripiprazole** เป็นยาต้านโรคจิตที่เป็นรุ่นใหม่ ที่นิยมใช้ในการรักษาอาการ BPSD เช่นกัน โดยมีปัญหาเรื่อง metabolic syndrome น้อยกว่ายาต้านโรคจิตในกลุ่ม atypical antipsychotics อื่น ๆ และมีผลกระทบต่อคลื่นไฟฟ้าหัวใจ QTc น้อยกว่าเมื่อเทียบกับยาต้านโรคจิตตัวอื่นในกลุ่มนี้ แต่ทั้งนี้อาจมีปัญหาผลข้างเคียงด้านอาการกระสับกระส่าย (akathisia) การให้ยาสามารถเริ่มได้ที่ขนาด 2.5 มิลลิกรัม และปรับเพิ่มได้ถึง 10 มิลลิกรัม ในผู้ป่วยสมองเสื่อม มีในรูปแบบยาเม็ดและยาน้ำ[41]

- **Brexpiprazole** เป็นยาต้านโรคจิตที่ค่อนข้างใหม่เมื่อเทียบกับตัวอื่น ๆ พบว่ามีการศึกษาหนึ่งพบว่าช่วยลดอาการ agitation ในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้ โดยในการศึกษาผู้ป่วยได้รับขนาด 2-3 มิลลิกรัมต่อวัน และลดอาการได้ในสัปดาห์ที่ 12 ของการรักษา[42, 43]

- **Quetiapine** เป็นยาที่ประเทศไทยนิยมใช้ในการรักษาอาการ BPSD โดยมีผลข้างเคียงเรื่อง extrapyramidal side effects น้อย และค่อนข้างง่วง sedative effects และมีรายงานปัญหาความดันตกเมื่อเปลี่ยนท่าได้บ่อย (postural hypotension) จึงต้องระมัดระวังความเสี่ยงในการหกล้ม ดังนั้นจึงนิยมใช้ในผู้ป่วยที่เป็น Parkinson dementia โดยสามารถเริ่มที่ขนาดน้อย ๆ 6.25-12.5 มิลลิกรัมต่อวัน ในเวลาก่อนนอน และสามารถให้ได้สามเวลาต่อวัน เพื่อควบคุมอาการ ซึ่งผู้ป่วยมักจะมีอาการง่วงในช่วงแรก และหลังจากนั้นอาจจะทนได้ไม่ค่อยง่วงซึม ดังนั้นอาจจะไม่ได้ผลในการให้ยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับในระยะยาว[44]

- **Haloperidol** เป็นยาต้านโรคจิตในกลุ่มแรก (typical antipsychotic) ที่ในยุคก่อนมักนิยมใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม แต่ทั้งนี้ผลข้างเคียงด้าน EPS และมีผลกระทบต่อคลื่นไฟฟ้าหัวใจค่อนข้างมาก จึงไม่แนะนำให้ใช้เป็นลำดับแรกในปัจจุบัน สามารถให้ได้เพื่อลดอาการก้าวร้าวรุนแรง โดยเป็นยาฉีดเข้ากล้ามขนาด 1.25-5 มิลลิกรัม เมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวรุนแรง วุ่นวายได้ ขนาดยารับประทาน 2.5-5 มิลลิกรัม ไม่ควรใช้ยานี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดลีวบอดี้ สมองเสื่อมจากพาร์กินสัน และสมองเสื่อมชนิดส่วนหน้าและกลีบขมับ[45]

- ยารักษาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล **(antidepressants)** ยาในการรักษาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลนี้ มีแบ่งย่อยเป็นหลายกลุ่ม ในการศึกษาวิจัยพบว่าการให้ยาต้านเศร้าในการรักษา BPSD นั้นมีประสิทธิภาพเหนือกว่าการให้ยาหลอก โดยมีการศึกษา CitAD study โดยให้ยาต้านเศร้า citalopram ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มี BPSD โดยเพื่อให้ลดอาการกระสับกระส่าย agitation พบว่าช่วยให้อาการลดลงได้ดี[46] และสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้ด้วย จะยิ่งดีมากขึ้นหากได้รับการรักษาควบคู่ไปกับการทำจิตสังคมบำบัด (psychosocial intervention) ด้วย อย่างไรก็ดีในการใช้ยาต้านเศร้ากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) ก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยกระสับกระส่ายได้เช่นกัน โดยเฉพาะในช่วงแรก มีอีกหลายการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนการใช้ SSRI เพื่อลดอาการ BPSD เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะทนต่อยาได้ดี และไม่แนะนำให้ใช้ยาต้านเศร้าในกลุ่ม Tricyclic ในผู้ป่วยสูงอายุและสมองเสื่อม เนื่องจากมีฤทธิ์ต้านโคลิเนอจิกค่อนข้างมาก จะส่งผลกระทบต่อปัญหาการรู้คิด (cognitions) ของผู้ป่วยได้ และข้อควรระวังอื่น ๆ เช่น อาจมีปัญหา QT prolongation ได้ในผู้สูงอายุโดยจะสัมพันธ์กับขนาดของยา (dose dependent) ดังนั้นจึงควรระวังการใช้ citalopram และ escitalopram นอกจากนี้ก็ต้องระวังความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วยเช่นกัน[46-48]

- **Citalopram และ escitalopram** จัดเป็นยาต้านเศร้าที่อยู่ในกลุ่ม SSRI ที่มีการศึกษาในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD พบว่าสามารถช่วยลดอาการกระสับกระส่าย โดยให้ citalopram ที่ขนาด

10-40 มิลลิกรัม โดยเริ่มที่ 10 มิลลิกรัม และ escitalopram เริ่มที่ 5 มิลลิกรัม สามารถปรับให้ได้ในช่วง 10-20 มิลลิกรัม ทั้งนี้ควรติดตามตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วยเนื่องจาก มีข้อควรระวังเรื่อง QTc Prolongation สำหรับการใช้ยาสองตัวนี้ หากใช้ในขนาดที่มากขึ้นก็จะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นด้วย ความเสี่ยงอื่น ๆ เนื่องจากเป็นยาที่อยู่ในกลุ่ม SSRI ต้องระวังเรื่องภาวะโซเดียมต่ำในเลือด และปัญหาเรื่องการแข็งตัวของเลือดด้วย และความเสี่ยงต่อการหกล้ม

- **Sertraline** ก็เป็นยาต้านเศร้าที่จัดอยู่ในกลุ่ม SSRI ซึ่งมีฤทธิ์ต้านเศร้า ลดความวิตกกังวลได้ ควรเริ่มให้ขนาดยาน้อย ๆ เริ่มที่ 25 มิลลิกรัม และปรับให้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมในขนาด 50-100 มิลลิกรัมได้ ข้อควรระวังเหมือนกับการให้ SSRI ทั่วไปในผู้สูงอายุ คือ ความเสี่ยงต่อการเกิด SIADH, hyponatremia, falls, bleeding risk[49]

- **Trazodone** มีหลายการศึกษาที่ใช้ trazodone ในการลดอาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าวในผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งข้อดีของ trazodone มีฤทธิ์ทำให้ง่วง ซึ่งสามารถใช้เป็นยาช่วยในการนอนหลับในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ด้วย โดยขนาดยาเริ่มที่ 25 มิลลิกรัม และสามารถปรับได้ 50-250 มิลลิกรัมต่อวัน อย่างไรก็ดีต้องระวังปัญหาความดันตกเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (postural hypotension)[50]

- **Mirtazapine** เป็นยาต้านเศร้าที่จัดอยู่ในกลุ่ม noradrenergic and specific serotonin antidepressants (NaSSAs) ซึ่งมีการศึกษาในการรักษาอาการกระสับกระส่าย agitation ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเช่นเดียวกัน (SYMBAD study) โดยข้อสรุปพบว่ายังไม่มีความแตกต่างในการช่วยลดอาการ agitation[51] อย่างไรก็ดี mirtazapine มีฤทธิ์ antihistamine ซึ่งทำให้ผู้ป่วยง่วง สามารถใช้ในขนาดน้อย ๆ เพื่อช่วยการนอน และลดความวิตกกังวล ซึมเศร้า ในผู้ป่วยได้

• ยาช่วยในการนอน **(sleeping aids)** ในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหาเรื่องการนอน และวงจรการนอนที่ผิดปกติไป ทำให้ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตและปัญหาพฤติกรรมที่ตามมาได้ ดังนั้นจึงควรจัดให้ผู้ป่วยมีสุขอนามัยการนอนที่ดี และหากจำเป็นต้องใช้ยาช่วยในผู้ป่วยสมองเสื่อม จะต้องระวังปัญหาผลข้างเคียงของยาที่จะเกิดอันตรายร้ายแรงได้เช่น การให้ยานอนหลับจนกระทบต่อกิจกรรมเวลากลางวัน ผู้ป่วยมีอาการสลึมสลือกลางวัน เสี่ยงต่อการหกล้ม ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงยาประเภท benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์ยาว

- **Melatonin** พบว่าการให้เมลาโทนินเป็นผลดีต่อการนอนในผู้ป่วยสมองเสื่อม และมีบางการศึกษาพบว่าช่วยในเรื่องของการปรับวงจรการนอนในผู้ป่วยสมองเสื่อมและจะลดภาวะการสับสนในช่วงเย็น (sundowning) พบว่าการให้เมลาโทนินเสริมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการนอนรวมได้ (total sleep time) และมีหลายการศึกษาพบว่าเมลาโทนินเป็น antioxidants และ

คลิกกลับสารบัญ

กลไกสามารถช่วยเพิ่มภาวะพุทธิปัญญาหรือเรื่องการรู้คิดได้ แต่ทั้งนี้หลักฐานการศึกษาวิจัยยังไม่ชัดเจน[52]

- **Orexin antagonist** ยาในกลุ่มนี้จะมีสองตัวคือ Lemborexant และ Suvorexant ซึ่งเป็น Dual orexin receptor antagonists (DORAs) โดย FDA approved เป็นยาที่รักษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะแนะนำให้ใช้ยา Lemborexant เพื่อไปช่วยปรับวงจรการนอนในผู้ป่วยสมองเสื่อมและทำให้หลับได้เร็วขึ้น โดยพบว่ายา Lemborexant นั้นใช้ได้ผลดีในกลุ่มที่วงจรการนอนไม่สม่ำเสมอ (irregular sleep-wake rhythm disorder) ซึ่งจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์[53]

• ยาช่วยควบคุมอารมณ์ **(mood stabilizers)**

- **Carbamazepine** มีการศึกษาที่ให้ยากันชักกลุ่มนี้เพื่อไปควมคุมอาการก้าวร้าว กระสับกระส่าย วุ่นวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ค่อยตอบสนองกับกลุ่มยาต้านโรคจิต (antipsychotic) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบผลข้างเคียงกับกลุ่มยาต้านโรคจิตแล้วพบว่าคาร์บามาซิพีนนั้นมีผลข้างเคียงน้อยกว่า มีทั้งในรูปแบบของยาน้ำและยาเม็ด โดยใช้ในขนาด 50-300 มิลลิกรัมต่อวัน โดยการบริหารยาวันละสองครั้งต่อวัน อย่างไรก็ดีในคำแนะนำของ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ของประเทศอังกฤษจะแนะนำให้ใช้ antipsychotic เท่านั้นในการรักษาอาการ agitation ในผู้ป่วยสมองเสื่อม[54, 55]

- **Sodium Valproate** ยากันชักชนิดโซเดียมวาลโปรเอตนั้น มีหลายข้อบ่งใช้ เดิมเคยมีการใช้เพื่อลดความก้าวร้าวในผู้ป่วยสมองเสื่อม แต่หลักฐานในการศึกษาปัจจุบันพบว่าไม่แตกต่างกับยาหลอกในการรักษา agitation กระสับกระส่าย ก้าวร้าว วุ่นวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม และมีผลข้างเคียงค่อนข้างมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงไม่แนะนำให้ใช้แล้วเนื่องจากหลักฐานสนับสนุนในปัจจุบันพบว่าไม่ได้ผล[56]

- **Gabapentin and pregabalin** มีหลายการศึกษาที่ใช้ยากลุ่มนี้ในการรักษาอาการก้าวร้าวกระสับกระส่าย ในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยจากการทบทวนวรรณกรรมของ International Psychogeriatric Association (IPA) ปี 2023 พบว่าอาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการกระสับกระส่ายก้าวร้าว[57] และขนาดของ gabapentin ที่สามารถให้ได้ตั้งแต่ 100-2,400 มิลลิกรัมต่อวัน และ pregabalin 25-300 มิลลิกรัมต่อวัน อย่างไรก็ดียังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ และยังไม่มีการศึกษาที่เป็น double-blind randomized controlled trial สนับสนุนในการใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อลดอาการก้าวร้าว กระสับกระส่าย วุ่นวาย[58]

• ยาอื่น ๆ ที่มีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยสมองเสื่อม

คลิกกลับสารบัญ

- **Aducanumab** เป็น human IgG1 monoclonal antibody ซึ่งมีกลไกไปจับกับ amyloid beta ที่เป็นพยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อมชนิด อัลไซเมอร์ ซึ่งจะลดการสะสมของ amyloid plaque และเพิ่งได้รับอนุมัติจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา ให้สามารถใช้ได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดยแก้ที่ตัวพยาธิสภาพโดยตรง ทั้งนี้จากการศึกษาในปัจจุบันนี้พบว่า aducanumab สามารถลดการสะสมของ amyloid plaque และ biomarkers ของสมองเสื่อมได้ แต่ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่าสามารถช่วยเพิ่มหรือคืนกลับ การรู้คิดหรือปริชานปัญญาในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ทั้งนี้การใช้ จะอยู่ในรูปของยาฉีดเข้าเส้นเลือดดำ โดยฉีดทุก 4 สัปดาห์ ผลข้างเคียงที่เป็นไปได้คือ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมอง และพบว่ามีร่องรอยของการสะสมของ hemosiderin ที่สัมพันธ์กับการกำจัด amyloid อื่น ๆ ได้แก่ สมองบวม ปวดศีรษะ และหกล้ม[59-61]

- **Prazosin** เป็นยาที่ออกฤทธิ์ที่ α1 adrenoreceptor antagonist ซึ่งมีการศึกษานำมาใช้ลดอาการ BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อม อย่างไรก็ดียังไม่ได้มีหลักฐานสนับสนุนมากนัก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษายังมีขนาดเล็ก จึงยังไม่สามารถแนะนำให้ใช้ได้อย่างชัดเจนในปัจจุบัน[62]

- **Dextromethorphan with quinidine** พบว่าเริ่มมีการศึกษาที่นำยาผสมระหว่าง dextromethorphan และ quinidine มาใช้ควบคุมปัญหาพฤติกรรม agitation ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งยังขาดหลักฐานสนับสนุนเชิงประจักษ์อยู่ดี ซึ่งมี 1 การศึกษาที่เป็น randomized controlled trial ซึ่งได้ผลดีในด้านผู้ป่วยมักจะทนยาได้ดี และไม่ค่อยมีผลกระทบต่อการรู้คิดของผู้ป่วยสมองเสื่อม เหมือนยาต้านโรคจิตที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยคิดช้าลงได้ อย่างไรก็ดียานี้ได้ใช้ในการรักษา pseudobulbar affect อย่างแพร่หลายโดยผู้ป่วยจะมีภาวะอารมณ์ท่วมท้นโดยเกินไปจากที่รู้สึกจริง (emotional incontinence) โดยมากเป็นหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง[63, 64]

- **Beta-blockers** มีหลายการศึกษาที่พบว่าการใช้ยากลุ่ม beta-blocker เพื่อลดปัญหาความดัน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้ เนื่องจากพบว่าจะผ่าน blood-brain-barrier เข้าสมองได้ อย่างไรก็ดียังขาดหลักฐานในการสนับสนุนว่าช่วยลดอาการ BPSD ได้

- **Pimavanserin** เป็นยาตัวแรกที่ได้รับการยอมรับ (approved) ในสหรัฐอเมริกาให้ในใช้ในโรคจิตที่เกิดในผู้ป่วยพาร์กินสัน (Parkinson disease psychosis, PDP) โดยองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (US FDA) ได้อนุมัติยาตัวนี้ในข้อบ่งใช้ของการรักษา PDP นี้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2016 อย่างไรก็ดีการศึกษาในผู้ป่วยสมองเสื่อมอื่น ๆ ที่เป็น BPSD ต้องหยุดไปก่อนเนื่องจากประสิทธิภาพไม่ดีพอ จากการศึกษาพบว่าสามารถลดการกลับมาเป็นซ้ำของอาการทางจิต (psychosis relapse) ได้ถ้ายังคงใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จึงไม่สามารถหยุดยาได้ ทั้งนี้ยังต้องการการศึกษามารองรับอีกมากในผู้ป่วยกลุ่ม

สมองเสื่อมชนิดอื่น ๆ ว่าจะช่วยลดอาการ BPSD ได้หรือไม่[65]

- **Opioid** มีข้อบ่งใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการเจ็บปวดที่มีพยาธิสภาพนำไปสู่ความเจ็บปวดที่ชัดเจน และอาการเจ็บปวดเมื่อไม่ได้จัดการก็จะนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรม หรืออาการกระสับกระส่ายในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการให้ยากลุ่มนี้นั้นควรใช้ในผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล หรือสถานบำบัดเท่านั้น ทั้งนี้จะต้องระวังปัญหาผลข้างเคียงจากการได้ยากลุ่มนี้ด้วย เช่น อาการท้องผูก อาการคัน อาการง่วงซึม ปากแห้ง และเบื่ออาหาร[66]

- **Drocannabinol (delta-9-THC), cannabidiol (CBD)** ซึ่งเป็นสารสกัดจากกัญชา จับกับ cannabinoid receptor ก็เริ่มมีผู้นำ CBD มาทดลองใช้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อลดปัญหากระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรือความเจ็บปวด ส่วน THC ก็อาจจะมีประโยชน์ในการลด agitation อาการกลัวหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในสถานบำบัดได้เช่นกัน ทั้งนี้ nabilone ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์คล้าย delta-9-THC ก็มีการศึกษาว่าช่วยลดอาการกระสับกระส่าย agitation ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ตอบสนองกับยาต้านโรคจิตหรือยาต้านเศร้าได้ อย่างไรก็ดีการใช้ยาในกลุ่มนี้มีข้อควรระวังเรื่องความเสี่ยงต่อการใช้ในทางที่ผิด (abuse potential)[67]

- **Brain stimulation** มีการศึกษาว่าการใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) ช่วยเพิ่มการรู้คิด ความจำ และ ระดับความสามารถของภาษาในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ระยะที่เป็นน้อย ๆ ได้[68] แต่อย่างไรก็ดียังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประโยชน์อย่างชัดเจนในการใช้การกระตุ้นสมองด้วย rTMS สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม และใช้ไม่ได้ในผู้ป่วยกระสับกระส่าย ก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งกรณีนี้จะแนะนำให้ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าแทน (Electroconvulsive therapy, ECT) ซึ่งกรณีการรักษาไฟฟ้าก็จำเป็นต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และประเมินความเสี่ยงเตรียมตัวก่อนรักษาเสมอ[69]

สรุปบทที่ 4

- การรักษาปัญหา BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น มีทั้งแบบวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatment) และการรักษาด้วยยา (pharmacological treatment)
- คำแนะนำ ควรให้ใช้การรักษาแบบไม่ใช้ยาเป็นลำดับแรก และหลายครั้งหากจำเป็น หรือมีข้อบ่งชี้ควรให้การรักษาด้วยยาด้วยได้ และควบคู่กันกับการรักษาแบบไม่ใช้ยาให้ไปด้วยกันเสมอ
- การรักษาปัญหา BPSD โดยวิธีไม่ใช้ยา ไม่ได้มีแต่การจัดกิจกรรม หรือการรักษาบำบัดผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยตรงอย่างเดียว การฝึกทักษะให้กับผู้ดูแล ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดการ

ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ก็เป็นส่วนประกอบสำคัญด้วย และการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมก็จัดอยู่ในการแก้ไขปัญหา BPSD เช่นกัน

- การรักษาปัญหา BPSD ด้วยยา จำเป็นต้องวิเคราะห์ถึงข้อบ่งใช้ ขนาดที่ใช้ ผลข้างเคียง และข้อควรระวังเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. Livingston, G., et al., Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. American Journal of Psychiatry, 2005. 162(11): p. 1996-2021.
2. Gitlin, L.N., H.C. Kales, and C.G. Lyketsos, Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. Jama, 2012. 308(19): p. 2020-2029.
3. Spector, A.E., et al., Reality orientation for dementia. Cochrane database of systematic reviews, 1996. 2005(3).
4. Volicer, L., et al., Effects of continuous activity programming on behavioral symptoms of dementia. Journal of the American Medical Directors Association, 2006. 7(7): p. 426-431.
5. Desai, A.K., G.T. Grossberg, and D.N. Sheth, Activities of daily living in patients with dementia: clinical relevance, methods of assessment and effects of treatment. CNS drugs, 2004. 18: p. 853-875.
6. Prizer, L.P. and S. Zimmerman, Progressive support for activities of daily living for persons living with dementia. The Gerontologist, 2018. 58(suppl_1): p. S74-S87.
7. Sheppard, C.L., C. McArthur, and S.L. Hitzig, A systematic review of Montessori-based activities for persons with dementia. Journal of the American Medical Directors Association, 2016. 17(2): p. 117-122.
8. Woods, B., et al., Reminiscence therapy for dementia. Cochrane database of systematic reviews, 2018(3).
9. Neal, M., et al., Validation therapy for dementia. Cochrane database of systematic reviews, 1996. 2010(1).
10. Abraha, I., et al., Simulated presence therapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(4).
11. Ball, E.L., et al., Aromatherapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020(8).
12. Field, T., Massage therapy research review. Complementary therapies in clinical practice, 2016. 24: p. 19-31.

13. Peng, W., et al., Acupuncture for vascular dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007(2).
14. Chung, J.C., et al., Snoezelen for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1996. 2010(1).
15. Lancioni, G., A. Cuvo, and M. O'reilly, Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. Disability and rehabilitation, 2002. 24(4): p. 175-184.
16. Hanford, N. and M. Figueiro, Light therapy and Alzheimer's disease and related dementia: past, present, and future. Journal of Alzheimer's Disease, 2013. 33(4): p. 913-922.
17. Vink, A.C., M.S. Bruinsma, and R.J. Scholten, Music therapy for people with dementia. Cochrane database of systematic reviews, 2003(4).
18. Demurtas, J., et al., Physical activity and exercise in mild cognitive impairment and dementia: an umbrella review of intervention and observational studies. Journal of the American Medical Directors Association, 2020. 21(10): p. 1415-1422. e6.
19. Rai, H., L. Yates, and M. Orrell, Cognitive Stimulation Therapy for Dementia. Clin Geriatr Med, 2018. 34(4): p. 653-665.
20. Holden, E., C.R. Stoner, and A. Spector, Cognitive stimulation therapy for dementia: Provision in National Health Service settings in England, Scotland and Wales. Dementia (London), 2021. 20(5): p. 1553-1564.
21. Peluso, S., et al., Animal-Assisted Therapy in Elderly Patients: Evidence and Controversies in Dementia and Psychiatric Disorders and Future Perspectives in Other Neurological Diseases. J Geriatr Psychiatry Neurol, 2018. 31(3): p. 149-157.
22. Petersen, S., et al., The Utilization of Robotic Pets in Dementia Care. J Alzheimers Dis, 2017. 55(2): p. 569-574.
23. Rouaix, N., et al., Affective and Engagement Issues in the Conception and Assessment of a Robot-Assisted Psychomotor Therapy for Persons with Dementia. Front Psychol, 2017. 8: p. 950.
24. Riches, S., et al., Therapeutic engagement in robot-assisted psychological interventions: A systematic review. Clin Psychol Psychother, 2022. 29(3): p. 857-873.
25. Sun, J. and R. Fleming, Characteristics of the built environment for people with dementia in East and Southeast Asian nursing homes: a scoping review. Int Psychogeriatr, 2018. 30(4): p. 469-480.
26. Phillipson, L., et al., Creating a dementia enabling university using a Knowledge Translation approach: Innovative practice. Dementia (London), 2021. 20(1): p. 355-363.
27. Tisher, A. and A. Salardini, A Comprehensive Update on Treatment of Dementia. Semin Neurol, 2019. 39(2): p. 167-178.

คลิกกลับสารบัญ

28. Galik, E., et al., INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION (IPA): TOPICS IN AGING AND MENTAL HEALTH. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 2020. 28(4): p. S17.
29. Edberg, A.-K., W. Moyle, and S. Chan, The IPA complete guides to Behavioural and Psychological Symtoms of Dementia, BPSD: Nurses guide. 2012, International Psychogeriatric Association.
30. Samsi, K. and J. Manthorpe, Care pathways for dementia: current perspectives. Clinical interventions in aging, 2014: p. 2055-2063.
31. Knight, R., et al., A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Acetylcholinesterase Inhibitors and Memantine in Treating the Cognitive Symptoms of Dementia. Dement Geriatr Cogn Disord, 2018. 45(3-4): p. 131-151.
32. Krall, W.J., J.J. Sramek, and N.R. Cutler, Cholinesterase inhibitors: a therapeutic strategy for Alzheimer disease. Annals of Pharmacotherapy, 1999. 33(4): p. 441-450.
33. Galimberti, D. and E. Scarpini, Old and new acetylcholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Expert opinion on investigational drugs, 2016. 25(10): p. 1181-1187.
34. Cacabelos, R., Pharmacogenetic considerations when prescribing cholinesterase inhibitors for the treatment of Alzheimer's disease. Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology, 2020. 16(8): p. 673-701.
35. Ohno, Y., N. Kunisawa, and S. Shimizu, Antipsychotic treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): management of extrapyramidal side effects. Frontiers in pharmacology, 2019. 10: p. 1045.
36. Lee, P.E., et al., Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. Bmj, 2004. 329(7457): p. 75.
37. Calsolaro, V., et al., Behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD) and the use of antipsychotics. Pharmaceuticals, 2021. 14(3): p. 246.
38. Gareri, P., et al., Comparison of the efficacy of new and conventional antipsychotic drugs in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). Archives of Gerontology and Geriatrics, 2004. 38: p. 207-216.
39. Wancata, J., Efficacy of risperidone for treating patients with behavioral and psychological symptoms of dementia. International Psychogeriatrics, 2004. 16(1): p. 107-115.
40. Deberdt, W.G., et al., Effect of olanzapine on cognition during treatment of behavioral and psychiatric symptoms in patients with dementia: a post-hoc analysis. International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences, 2008. 23(4): p. 364-369.
41. Álvarez-Fernández, B., M.R. Bernal-López, and R. Gómez-Huelgas, Role of aripiprazole in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia: a narrative review.

Psychogeriatrics, 2022. 22(1): p. 137-144.

42. Hamuro, A. and Y. Wakaura, Brexpiprazole improves behavioral and psychological symptoms of dementia in patients with dementia in the oldest old. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2020. 54(12): p. 1226-1227.
43. Caraci, F., et al., New antipsychotic drugs for the treatment of agitation and psychosis in Alzheimer's disease: focus on brexpiprazole and pimavanserin. F1000Research, 2020. 9.
44. Cheung, G. and J. Stapelberg, Quetiapine for the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD): a meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. The New Zealand Medical Journal (Online), 2011. 124(1336).
45. Suh, G.H., A.J. Greenspan, and S.K. Choi, Comparative efficacy of risperidone versus haloperidol on behavioural and psychological symptoms of dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences, 2006. 21(7): p. 654-660.
46. Leonpacher, A.K., et al., Effects of citalopram on neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's dementia: evidence from the CitAD study. American Journal of Psychiatry, 2016. 173(5): p. 473-480.
47. Vieweg, W.V.R., et al., Citalopram, QTc interval prolongation, and torsade de pointes. How should we apply the recent FDA ruling? The American journal of medicine, 2012. 125(9): p. 859-868.
48. Tampi, R.R., et al., Citalopram, QTc prolongation, and torsades de pointes. Psychosomatics, 2015. 56(1): p. 36-43.
49. Banerjee, S., et al., Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. The Lancet, 2011. 378(9789): p. 403-411.
50. Martinón-Torres, G., et al., Trazodone for agitation in dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1996. 2010(1).
51. Banerjee, S., et al., Study of mirtazapine for agitated behaviours in dementia (SYMBAD): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. The Lancet, 2021. 398(10310): p. 1487-1497.
52. Xu, J., et al., Melatonin for sleep disorders and cognition in dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®, 2015. 30(5): p. 439-447.
53. Bergamini, G., et al., What evidence is there for implicating the brain orexin system in neuropsychiatric symptoms in dementia? Frontiers in Psychiatry, 2022. 13.
54. Pink, J., et al., Dementia: assessment, management and support: summary of updated NICE guidance. bmj, 2018. 361.
55. Tariot, P.N., et al., Efficacy and tolerability of carbamazepine for agitation and aggression in dementia. American Journal of Psychiatry, 1998. 155(1): p. 54-61.

56. Sival, R.C., et al., Sodium valproate in aggressive behaviour in dementia: a twelve-week open label follow-up study. International journal of geriatric psychiatry, 2004. 19(4): p. 305-312.
57. Cummings, J., et al., Reduction and prevention of agitation in persons with neurocognitive disorders: an international psychogeriatric association consensus algorithm. International Psychogeriatrics, 2023: p. 1-12.
58. Supasitthumrong, T., et al., Gabapentin and pregabalin to treat aggressivity in dementia: a systematic review and illustrative case report. British journal of clinical pharmacology, 2019. 85(4): p. 690-703.
59. Knopman, D.S., D.T. Jones, and M.D. Greicius, Failure to demonstrate efficacy of aducanumab: An analysis of the EMERGE and ENGAGE trials as reported by Biogen, December 2019. Alzheimer's & Dementia, 2021. 17(4): p. 696-701.
60. McCleery, J. and T.J. Quinn, Aducanumab and the certainty of evidence. 2021, Oxford University Press. p. 1899-1900.
61. Musiek, E.S., T. Gomez-Isla, and D.M. Holtzman, Aducanumab for Alzheimer disease: the amyloid hypothesis moves from bench to bedside. The Journal of Clinical Investigation, 2021. 131(20).
62. Tampi, R.R., et al., Prazosin for the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. Drugs in Context, 2022. 11.
63. Ballard, C., S. Sharp, and A. Corbett, Dextromethorphan and quinidine for treating agitation in patients with Alzheimer disease dementia. Jama, 2015. 314(12): p. 1233-1235.
64. Cummings, J.L., et al., Effect of dextromethorphan-quinidine on agitation in patients with Alzheimer disease dementia: a randomized clinical trial. Jama, 2015. 314(12): p. 1242-1254.
65. Cummings, J., et al., Pimavanserin: potential treatment for dementia-related psychosis. The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease, 2018. 5: p. 253-258.
66. Manfredi, P.L., et al., Opioid treatment for agitation in patients with advanced dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2003. 18(8): p. 700-705.
67. Inglet, S., et al., Clinical data for the use of cannabis-based treatments: a comprehensive review of the literature. Annals of Pharmacotherapy, 2020. 54(11): p. 1109-1143.
68. Vacas, S.M., et al., Noninvasive brain stimulation for behavioural and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. International journal of geriatric psychiatry, 2019. 34(9): p. 1336-1345.
69. Oudman, E., Is Electroconvulsive Therapy (ECT) Effective and Safe for Treatment of Depression in Dementia?: A Short Review. The journal of ECT, 2012. 28(1): p. 34-38.

บทที่ 5
ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (caregiver)

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ต้องได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ดูแล ครอบครัว รวมทั้งสังคม และชุมชนที่ดี ทั้งนี้การจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา จะได้ผลดีเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีทักษะ มีความเข้าใจ และสามารถช่วยจัดการแก้ปัญหาได้ ดังนั้นการสนับสนุน ฝึกฝนให้ผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการ มีทัศนคติที่ดี ก็จะเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่เฉพาะแต่ตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมเอง แต่ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ก็จะสงบสุข ลดภาระต่าง ๆ ในการดูแล และคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และครอบครัว ก็จะดีขึ้นได้ด้วย อย่างไรก็ดีหลายครั้งที่ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก็อาจจะเป็นผู้ที่ทุกคนมองข้าม โดยอาจจะมีปัญหาหรือมีความเจ็บป่วยได้ ทั้งนี้ปัญหาของผู้ดูแลอาจจะเกี่ยวข้อง หรือไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรง กับภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก็ได้ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลอาจมีปัญหาเรื่องการจัดการความเครียด การจัดการเวลาที่ไม่สมดุลของผู้ดูแล ทำให้ละเลยปัญหาสุขภาพกายต่าง ๆ และมีปัญหาสุขภาพจิต เกิดความเหนื่อยท้อ หมดไฟในผู้ดูแลผู้ป่วย หรืออาจมีปัญหาทางการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยกันเอง หรือกับผู้ป่วย ฯลฯ หรือในบางกรณีหากผู้ดูแลมีความเครียดสูง ไม่เข้าใจและไม่สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ก็อาจนำไปสู่ปัญหาละเลยการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หรืออาจมีการทารุณกรรมผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ทั้งนี้ ความเชื่อมโยงทางอารมณ์และความผูกพันระหว่างผู้ป่วยสมองเสื่อมกับผู้ดูแลมีความสำคัญมากในแนวทางการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งการจะวิเคราะห์ปัญหาที่นำไปสู่แนวทางแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ดีนั้น ต้องได้รับข้อมูลที่ดี และความร่วมมือจากผู้ดูแลผู้ป่วย และหลายครั้งการจัดการปัญหาก็ต้องอาศัยผู้ดูแลร่วมด้วยในการแก้ไข ตลอดจนการติดตามผล ทั้งนี้ มีผู้ป่วยสมองเสื่อมหลายรายต้องไปอยู่สถานบำบัดก่อนเวลาอันสมควรเนื่องจากเกิดปัญหาที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับผู้ป่วยได้

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกฝนมาโดยเฉพาะก็ได้ โดยมีหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้ดูแลอาจจะต้องช่วยผู้ป่วยสมองเสื่อมในเรื่องทางกายภาพ เช่น การใช้ชีวิตประจำวัน เช่นการอาบน้ำ รับประทานอาหาร รับประทานยา ฯลน และช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมทางด้านจิตใจ เช่น ช่วยปลอบใจ ให้กำลังใจ ดูแลประคับประคองจิตใจ รวมทั้งให้ช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้มีกิจกรรมหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นถือเป็นงานที่ยาก ท้าทายมาก และต้องใช้ความอดทนสูง มีความเสียสละ และต้องเข้าอกเข้าใจเป็นอย่างมาก

โดยนิยามผู้ดูแลหลัก คือคนที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นส่วนใหญ่ โดยมักจะใช้เวลากับผู้ป่วยช่วยเหลือผู้ป่วยในหลาย ๆด้าน โดยค่าเฉลี่ยคือ 24.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์จากความเห็นของสมาพันธ์โรคอัลไซเมอร์นานาชาติ[1] ซึ่งผู้ดูแลหลักนี้มักจะเป็นบุคคลคนในครอบครัว ทั้งนี้ ควรมีผู้ดูแลลำดับรองด้วย อย่างไรก็ดีในคำแนะนำต่าง ๆ ก็จะแนะนำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองด้วยเช่นกัน

1. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น ครอบครัว หรือผู้ดูแล ย่อมจะได้รับประสบการณ์ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ โดยประสบการณ์ด้านบวกก็อาจจะเป็นความรู้สึกรัก ผูกพันกับผู้ป่วย การได้ทำหน้าที่ดูแลคนที่รัก ทำให้อิ่มเอมใจ บางรายอาจจะรู้สึกว่าได้บุญกุศล หรือการดูแลผู้ป่วยนั้นทำให้ชีวิตของผู้ดูแลมีคุณค่า มีความหมายมากขึ้น เป็นการฝึกความเห็นอกเห็นใจ หรือความเมตตา รู้สึกได้พัฒนาจิตใจตนเอง พัฒนาทักษะต่าง ๆ แต่ในบางคนก็อาจจะรู้สึกไปในทางด้านลบ เช่น รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติของผู้ดูแล โดย ผู้ดูแล หรือครอบครัวอาจจะมีความรู้สึกถูกกดดันจากสังคม หรือมีความรู้สึกผิดปะปนอยู่ด้วย ซึ่งภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นก็อาจจะทำให้ผู้ดูแลเองไม่มีเวลาต้องแยกจากสังคมเดิม มีความเจ็บป่วย ประสบปัญหาด้านการเงิน ฯลฯ ทั้งนี้ หลายครั้งผู้ดูแลผู้ป่วยก็มีความเจ็บป่วยเอง มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งกรณีนี้ถือเป็นผู้ป่วยแฝงที่มองไม่เห็น ที่มักถูกมองข้าม ทั้งนี้จำเป็นต้องให้ความสำคัญทั้งเรื่องปัญหาสุขภาพกาย และจิตใจในกลุ่มผู้ดูแล และครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย หากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถบอกเล่าประสบการณ์ที่ดี บอกข้อดีและเรื่องดีดีจากประสบการณ์ของตนที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วย ทราบจุดมุ่งหมายของตนในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ก็จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเหล่านั้นรู้สึกมีภาระลดลง เกิดความสัมพันธ์ที่ดี และมีสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถมองหาข้อดีในการเป็น

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้[2] การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นสามารถได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการดูแลผู้ป่วย เช่น การที่เห็นว่าตนเองทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าตัวเองสามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นได้ได้ รู้สึกได้เติบโต ได้เห็นผู้ป่วยมีความสุข ก็จะเป็นปัจจัยบวกให้กับผู้ดูแลได้ทำหน้าที่อย่างมีความสุข และรู้สึกมีคุณค่า[3]

2. ปัญหาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องเผชิญ

นอกเหนือจากปัญหาท้าทายต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเองแล้ว โดยผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีทั้งความต้องการการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน มีเสี่ยงความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุในชีวิตประจำวันได้ง่ายผู้ดูแลก็จะต้องเฝ้าระวัง นอกจากนี้การช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจ ให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมรู้สึกพึ่งพิงผู้ดูแลได้ ก็สำคัญเช่นกัน ปัญหาส่วนใหญ่ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะหนักใจ คือการที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีปัญหาด้านอารมณ์ และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไป อันเนื่องมาจากสมองเสื่อม เช่น หลงลืมแล้วหงุดหงิด อาละวาด มีอาการเกรี้ยวกราด กระสับกระส่าย ก้าวร้าว สบถ โวยวาย ไม่ยอมนอน เดินไปมาทั้งคืน หรือมีความหลงผิด หูแว่ว หวาดระแวงผู้ดูแล หรือขัดขืนในการช่วยเหลือดูแล ซึ่งจะกระทบต่อความสัมพันธ์ และสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะทำให้รู้สึกในด้านลบ เช่น เสียใจ ผิดหวัง รู้สึกผิด หรือโกรธ น้อยใจ รวมทั้งการที่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่กับการดูแลผู้ป่วย ก็จะทำให้ไม่มีเวลาส่วนตัว อาจจะต้องปลีกตัวจากเพื่อนฝูง หรือสังคม ทำให้รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว เนื่องจากไม่มีเวลาไปสังสรรค์กับผู้อื่น และหากมีปัญหาด้านการเงินร่วมด้วยก็จะทำให้เกิดปัญหาความเครียด ปัญหาสุขภาพจิต และเมื่อเกิดปัญหาขึ้นดังกล่าว ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทำหน้าที่ไม่ได้ดี ขาดสังคม ขาดแรงสนับสนุนช่วยเหลือ ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ก็ควรช่วยเหลือให้คำปรึกษาแนะนำและให้แรงสนับสนุน จูงใจ มอบคุณค่า ให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย[1, 4-6]

3. ภาวะเหนื่อยหน่ายหมดไฟในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ภาวะเหนื่อยหน่ายหมดไฟ (burnout) ในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกโรค โดยในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก็พบได้บ่อยเช่นกัน ซึ่งจะเป็นภาวะที่ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดไฟ เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดสะสมมาระยะหนึ่ง โดยผู้ดูแลเองจะรู้สึกหนักอึ้ง รู้สึกมีภาระหน้าที่รับผิดชอบเกินกำลัง รู้สึกเหนื่อยหน่าย เบื่อ และยากที่จะจัดการกับผู้ป่วย และผู้ป่วยเองก็อาจจะดูแลยากขึ้นด้วย ทั้งอาจจะปัจจัยจากตัวโรคของผู้ป่วยสมองเสื่อมเอง หรือปัจจัยที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่เพียงพอ หรือ

แสดงปัญหาพฤติกรรมมากขึ้นเมื่อผู้ดูแลหมดไฟ ทำให้เรียกร้องต่อการดูแลที่มากขึ้น เกิดเป็นวงจรของภาวะเหนื่อยหน่ายหมดไฟ โดยทั้งนี้ผู้ดูแลที่มีภาวะเหนื่อยหน่ายหมดไฟนี้ จะมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ความรู้สึกหมดพลัง มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายขึ้น ขีดความอดทนลดลง รู้สึกสิ้นหวัง หรือคิดว่าหมดหนทาง ไม่น่าจะแก้ไขให้ดีขึ้นได้ ไม่ค่อยสนใจกิจกรรมทางสังคม และค่อนข้างเก็บตัวหรือแยกตัวมากขึ้น มีปัญหาการกิน การนอนที่ผิดปกติไปจากเดิม โดยอาจจะเป็นมากหรือน้อยก็ได้ และมีอาการทางกายต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ชาตามตัว หรืออาจจะมีอาการกำเริบของโรคประจำตัวของตัวผู้ดูแลเอง เนื่องจากความเครียดทำให้ระบบภูมิต้านทานต่ำลง หรือการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนน้อย ก็จะมีแนวโน้มที่ทำให้ป่วยมีแนวโน้มต่อการเป็นโรคติดเชื้อได้ง่ายขึ้น และเกิดโรคทางจิตเวชตามมาก็ได้เช่นกัน เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการปรับตัวดังนั้น ผู้ดูแลก็จะกลายเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีใครมองเห็น ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย ทั้งนี้ควรจะต้องคัดกรองภาวะหมดไฟในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกรายเพื่อป้องกัน และควรให้คำปรึกษาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแล จัดการจิตใจ และ ดูแลสุขภาพของตนเองซึ่งจะกล่าวในหัวข้อต่อไป[7]

4. แบบคัดกรองภาวะเหนื่อยหน่ายหมดไฟในผู้ดูแล

มีแบบคัดกรองภาวะเครียดหมดไฟในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ แบบประเมินภาระการดูแล Zarit Burden Interview (ZBI)[8], Caregiver Strain Index (CSI)[9], Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC)[10], Maslach Burnout Inventory (MBI)[11] ซึ่งในแต่ละแบบคัดกรองก็จะมีหัวข้อคำถามให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ให้คะแนนเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระในด้านต่างๆ มากน้อยต่างกัน และรวมเป็นคะแนนเพื่อสรุปว่ามีความรู้สึกเป็นภาระมากน้อย จนถึงภาวะหมดไฟ โดยสามารถศึกษาต่อได้จากเอกสารอ้างอิง

5. คำแนะนำและลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ดี

- ยอมรับความจริงได้ เข้าใจผู้ป่วยสมองเสื่อมและความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น โดยผู้ดูแลและครอบครัวต้องยอมรับว่า ผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมซึ่งไม่สามารถจะกลับมาเป็นเหมือนเดิม ควรเน้นการดูแลคุณภาพชีวิต ให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย สุขสบาย ไม่ควรคาดหวังจากการพยายามอบรมสั่งสอน ดุว่า ให้พฤติกรรม หรือความสามารถของผู้ป่วยกลับมาทำได้เหมือนเดิม ซึ่งผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจะมีอาการขึ้นลง ในแต่ละวันหรือระหว่างวันได้ ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้แกล้งทำ และไม่ได้ตั้งใจโกหก หรือ

เรียกร้องความสนใจ เมื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยแล้ว ต้องเข้าใจความรู้สึกของตนเองใน กระบวนการในการที่จะยอมรับว่า บุคคลที่รัก ซึ่งอาจจะเป็น พ่อ แม่ ญาติผู้ใหญ่ มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งกระบวนการเข้าใจ และระยะเวลาในการทำใจนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แนะนำให้พยายามปฏิบัติตนตามปกติ และให้อยู่กับปัจจุบันให้มากที่สุด ให้เวลาทั้งกับตัวเองและผู้ป่วยให้ผ่านพ้นในกระบวนการทำใจนี้

- ปรับทัศนคติเป็นด้านบวก ปรับวิธีคิดในการดูแลผู้ป่วย เพราะปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจทำให้ผู้ดูแลหนักใจได้มาก ซึ่งจะส่งผลกระทบทางใจได้ ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยสมองเสื่อมถามซ้ำ ๆ ทำข้าวของหกเลอะเทอะ กล่าวหาผู้ดูแล ก้าวร้าว ต่อต้านไม่ให้ความร่วมมือ เดินเพ่นพ่านไม่นอน ควรมองว่าปัญหาพฤติกรรมเหล่านั้นมีความหมาย เช่นผู้ป่วยต้องการอะไรบางอย่าง เช่น หิว รู้สึกไม่สบายตัว หรืออาจจะขาดกิจกรรมที่มีความหมาย ว่างมากเกินไป วิตกกังวล หรือมีสิ่งเร้าสิ่งกระตุ้นมากเกินไป มีอาการไม่สุขสบายอย่างใดอย่างหนึ่ง สิ่งแวดล้อมร้อนหรือหนาวเกินไป ฯลฯ ดังนั้น ควรตระหนักว่า คุณ (ญาติหรือผู้ดูแล) ไม่ได้เผชิญปัญหานี้เพียงลำพัง ไม่ใช่การที่ต้องมารับกรรมมีภาระ หรือเศร้าอยู่คนเดียว ควรหาที่ปรึกษาและพยายามจัดการความรู้สึกของตนเอง เพราะญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเอง ก็ต้องเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียนี้เช่นกัน นอกจากนี้ไม่ควรทำล้อเลียนตลกขำขัน ล้อเลียนในพฤติกรรมของผู้ป่วยที่หลงลืม ควรปฏิบัติกับผู้ป่วยเหมือนกับผู้ใหญ่ที่ควรให้ความเคารพ ไม่ควรใช้น้ำเสียงหรือการพูดจาเหมือนคุยกับเด็กกับผู้ป่วย

- เน้นให้เข้าใจกระบวนการทางจิตใจ ทั้งของผู้ป่วยสมองเสื่อมและของตนเอง (ผู้ดูแล) เนื่องจากในระยะเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลง เป็นธรรมดาที่ทุกคนอาจจะมีความรู้สึกปฏิเสธ ยอมรับไม่ได้กับการเปลี่ยนแปลง อาจมีอารมณ์โกรธ รู้สึกผิด คิดโทษสิ่งต่าง ๆ หรืออาจคิดว่าแพทย์อาจจะวินิจฉัยผิดพลาด จนอาจทำให้เสียเงิน หรือเสียโอกาสในการรักษา ตลอดจนผู้ป่วยต้องเผชิญกับการตรวจประเมินซ้ำหลายครั้งโดยใช่เหตุ ดังนั้น ควรยอมรับ และศึกษาโรคสมองเสื่อมให้เข้าใจ และปรึกษากับทีมผู้รักษาเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมชนิดที่ผู้ป่วยเป็น ตลอดจนปัญหาพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นได้ในแต่ละช่วงของโรค และทราบการดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค ทั้งนี้เพื่อเตรียมการ และวางแผนล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับอาการระดับความรุนแรง ปัญหาพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้น การต้องการความช่วยเหลือต่าง ๆ ปรับสิ่งแวดล้อม และติดตามเฝ้าระวังอาการเจ็บป่วย อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่พบได้บ่อย และอาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม และเตรียมทำใจสำหรับผู้ดูแล เมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง หรือความเป็นตัวตนของตนเองมากขึ้นเรื่อย ๆ อาจจะจำผู้ดูแลไม่ได้

- พยายามแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดคุยให้กำลังใจ แชร์ประสบการณ์ซึ่งกันและกันในหมู่ผู้ดูแลผู้ป่วย และหาแนวทางการจัดการ หรือเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ได้ผล โดยเฉพาะในคนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยกัน จะทำให้รู้สึกดีขึ้น และจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การดูแลจิตใจตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพดีขึ้น ลดความตึงเครียด และลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ และหมั่นสังเกตอารมณ์ ความคิดของตนเอง และควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหากมีข้อสงสัย หรือรู้สึกเครียดผิดปกติ

- ควรปรับสิ่งแวดล้อมและปรับการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ป้องกันอันตรายต่าง ๆ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้ความนุ่มนวลในการสื่อสาร และเน้นความชัดเจน เข้าใจง่าย หากเมื่อไรที่รู้สึกไม่พร้อมทั้งภาวะอารมณ์ จิตใจ หรือสภาพร่างกาย ควรหาคนช่วยเหลือแบ่งเบาภาระ และผลัดเวรกันในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ให้เกิดความสมดุล และควรมีเวลาส่วนตัวเพียงพอเพื่อดูแลสุขภาพกายและใจของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

- ทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจสูญเสียความสามารถของสมองด้านต่าง ๆ เช่น ความจำ การใช้ภาษา ความคิดการตัดสินใจ การเข้าสังคม และบุคลิกภาพบางส่วนไป แต่ความสามารถในการรับรู้ ความสุข ความสนุกนั้นยังคงมีอยู่ได้ และไม่ได้เสียไปด้วย ดังนั้นการดูแลจึงควรเน้นเรื่องคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ และความสุขของผู้ป่วยเป็นหลัก การสื่อสารที่ดีและควรทำให้ทุกวันที่อยู่ร่วมกันนั้นมีคุณค่าและมีความหมาย ญาติและผู้ดูแลควรมองผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจ โดยมองโลกในมุมมองของผู้ป่วย และพยายามรักผู้ป่วยแบบในแบบที่ผู้ป่วยเป็นในปัจจุบัน พยายามปล่อยวางด้านลบในเรื่องต่าง ๆ เรื่องเก่า ๆ ความคาดหวังต่าง ๆ เนื่องจากทัศนคติของผู้ดูแลและอารมณ์ที่แสดงออกนั้น จะส่งผลโดยตรงต่อทั้งพฤติกรรมและความรู้สึกของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้

- ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรเรียนรู้วิธีที่จะมองหาความสุขในทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมองให้เห็นถึงความสุข ความสนุก หรือความอิ่มเอมใจ จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และ ความสวยงามที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัว ลองเขียนรายการสิ่งง่าย ๆ ในชีวิตประจำวันที่ทำให้มีความสุขหรือสนุก และอ่านให้ผู้ป่วยฟัง หากผู้ป่วยได้บอกหรือแสดงความรักต่อญาติหรือผู้ดูแลควรเก็บความประทับใจนั้นไว้ เพราะในอนาคตหากผู้ป่วยอาการสมองเสื่อมรุนแรงขึ้นอาจจะไม่สามารถแสดงออกทางความรู้สึกได้

- แนะนำให้ผู้ดูแลจัดเวลาให้กับตัวเองทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจ หลงใหล ชื่นชอบ โดยต้องทำอย่าง สม่ำเสมอ ไม่ควรผัดผ่อน หรืออิดออดในการทำกิจกรรมเหล่านี้ เพื่อความสุขของผู้ดูแล

โดยอาจจะทำงานศิลปะ ดูหนังดูละคร วางแผนล่วงหน้าในการไปทำกิจกรรมที่ตนชื่นชอบในช่วงเวลาพัก จดบันทึกรายวันเกี่ยวกับสิ่งดี ๆ เพื่อทบทวนตัวเอง มองเห็นจุดแข็ง และให้กำลังใจ ให้คุณค่า ให้รางวัลกับตัวเองในการทำงานที่ท้าทายและยากได้ ก็คือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ไม่ควรรู้สึกผิดกับตัวเองหรือกับผู้ป่วย

- ควรจัดตารางกิจกรรมประจำวันให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม ให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของผู้ป่วย แต่ยืดหยุ่นได้บ้างตามกิจกรรม ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยง่าย และมีรูปแบบขึ้น

- พยายามสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ที่อบอุ่นกับผู้ป่วยสมองเสื่อม มีบรรยากาศที่เป็นมิตร ไม่โต้เถียงกับผู้ป่วย พยายามเสาะหาความจริง ว่าใครถูกผิด พยายามอดทน เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ ซึ่งอาจจะไม่มีเหตุผล โต้เถียงชนะแต่ผู้ป่วยก็อาจไม่เข้าใจไม่ยอมรับอยู่ดี ให้หลีกเลี่ยงความขัดแย้ง และสร้างบรรยากาศที่ดีจะดีกว่า

- ควรหารือวางแผนการจัดการค่าใช้จ่าย ทรัพย์สิน มรดก และการตัดสินใจทางกฎหมายต่าง ๆ โดยควรวางแผนตั้งแต่ต้น และควรเป็นความเห็นชอบกันทั้งครอบครัว และผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง

6. คำแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในการดูแลตนเอง

- ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองด้วย ต้องมีการพบแพทย์เป็นประจำสม่ำเสมอ หมั่นสังเกต ตรวจสอบปัญหาสุขภาพกาย และดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ไม่ควรเลื่อนนัดพบแพทย์ หรือเลื่อนนัดของตนเองเนื่องจากต้องให้ความสำคัญเช่นกัน ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิตใจ

- ผู้ดูแลต้องมีเวลาส่วนตัวเป็นของตัวเองที่ห่างจากผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย ต้องมีการพักจากบทบาทผู้ดูแล เพื่อความสมดุลระหว่างการดูแลผู้ป่วย และการพักผ่อน โดยต้องวางภาระและวางใจมอบหมายให้ผู้อื่นมาดูแลผู้ป่วยได้ด้วย อาจจะเป็นบุคคลอื่นในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนใกล้ชิด หรือผู้ที่มีอาชีพเป็นผู้ดูแลมาดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ดูแลหยุดพัก หรืออาจจะให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมไปเข้ากิจกรรมกับชุมชน กับโรงพยาบาลกลางวัน หรืออาจจะให้ผู้ป่วยไปพำนักที่สถานบำบัดชั่วคราวได้

โดยผู้ดูแลควรมีเวลาพักผ่อน มีเวลาส่วนตัว ใช้ชีวิตได้สมดุล มีกิจกรรมทางสังคมของตัวเอง นอกจากนี้ ควรหากิจกรรมผ่อนคลาย และทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ และมีความสุข ใช้เวลากับตนเองบ้าง ทั้งนี้ต้องให้ความสำคัญกับการได้พักผ่อนและฟื้นฟูตนเองของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญส่งผลต่อการดูแล และคุณภาพชีวิต ความสุขของผู้ป่วยสมองเสื่อม และครอบครัวด้วยเช่นกัน

- ผู้ดูแลต้องยอมรับการช่วยเหลือ มีผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมหลายราย รับภาระดูแลเพียงลำพัง

โดยอาจมองว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเอง และไม่ปล่อยให้คนอื่นช่วยเหลือ หรือในบางครั้งผู้ป่วยสมองเสื่อมเองไม่ไว้ใจผู้อื่นนอกจากผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลไม่ยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่นมาดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแทนตน ทั้งนี้ต้องปรับทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยว่าการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นอาชีพหนึ่งเช่นกัน ซึ่งมีคุณค่า และเป็นงานที่ท้าทาย จำเป็นต้องมีเวลาพักด้วยเช่นกัน

- หาวิธีพักผ่อนทั้งกายและใจให้กับตนเอง ที่เหมาะสมกับจริตของตนเอง เพื่อจัดการกับความเครียด เช่น การฝึกผ่อนคลาย การฝึกหายใจ การทำสมาธิ การทำโยคะ หรือการจินตนาการว่าตนเองอยู่ในสถานที่ผ่อนคลาย ฯลฯ

- หากผู้ดูแลมีความคิดดังต่อไปนี้ เช่น รู้สึกผิด รู้สึกโกรธ รู้สึกรับไม่ได้กับการที่ต้องดูแลผู้ป่วย ปฏิเสธความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความกังวล รู้สึกเศร้า จิตตก เหนื่อยท้อ หมดแรง นอนไม่หลับ อยากหนีไปไกล ๆ หงุดหงิดอารมณ์เสียง่าย ไม่มีสมาธิ หลงลืม ตัดสินใจไม่ถูก หรือเกิดปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัวแย่ลง ให้สงสัยว่าเป็นอาการของความเครียดสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย และควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

- ผู้ดูแลควรฝึกทักษะ และศึกษาการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ถูกต้องด้วย มีรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทาน เข้าใจการรักษาทั้งด้วยยา และวิธีการไม่ใช้ยา สามารถสังเกตอาการผิดปกติ และรายงานปัญหาพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเป็นได้ และมีแนวทางการจัดการได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ต้องอาศัยประสบการณ์ในการดูแล มีการเรียนรู้ การทำงานร่วมกันเป็นทีมกับทีมแพทย์ผู้รักษาด้วย

7. คำแนะนำสำหรับผู้ดูแลในการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม

- ควรให้ความสำคัญทั้งสองด้านในการสื่อสารกับผู้ป่วย คือการสื่อสารให้ชัดเจน และการรับฟังอย่างเข้าใจ โดยต้องให้ความสำคัญทั้งภาษากายและภาษาพูดในการสื่อสารกับผู้ป่วย

- ควรใช้โทนเสียงที่อ่อนโยน นุ่มนวลและสงบ พูดให้ช้า และชัดถ้อยคำ (slow & simple) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น และชัดเจน (specific) ควรมีท่าทีที่อ่อนโยน แสดงให้เห็นถึงความตั้งใจของผู้ดูแล (show enthusiastic non-verbal communication) แต่อย่าออกลีลาท่าทางมากเกินไป หรือออกท่าทางไปเกินลานสายตาผู้ป่วย และยิ้มด้วยท่าทีเป็นมิตร (smile)

- ควรพูดในเชิงบวก และพยายามหลีกเลี่ยงการบังคับ การออกคำสั่ง หรือคำว่า เช่น ห้าม หรือ อย่า ควรใช้คำที่สั้น และรูปประโยคที่เข้าใจง่าย ในการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรถามผู้ป่วยทีละคำถาม และรอให้ผู้ป่วยตอบก่อน ไม่ควรชิงตอบแทน ควรให้เวลาผู้ป่วยสักพัก หากอยากให้ผู้ป่วยช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ควรบอกทีละขั้นตอน ไม่ควรถามหรือสั่งหลายอย่างในเวลา

เดียวกัน เพราะจะทำให้ผู้ป่วยสับสนได้

- ควรเรียกชื่อ หรือระบุสิ่งของให้ชัดเจน เช่น ช้อน หมอน เก้าอี้ ไม่ควรใช้คำว่า นั่น นี่ โน่น

- ควรให้โอกาสผู้ป่วยสมองเสื่อมได้แสดงความเห็น และให้โอกาสเลือก เพื่อให้ยังคงความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองได้อยู่ ในเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่นต้องการใส่เสื้อสีอะไร ให้ปิดพัดลม หรือเปิดผ้าม่าน ปิดวิทยุหรือไม่

- พยายามจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมคุ้นชินกับกิจวัตรประจำวัน และควรให้ผู้ป่วยได้เลือกในกิจกรรม หรือความต้องการ หรือไม่ต้องการต่าง ๆ เช่นชนิดของอาหารที่จะรับประทาน หรือเสื้อผ้าที่จะเลือกสวมใส่ หรือรับประทานอาหารเสร็จค่อยเปลี่ยนเสื้อผ้า

- เมื่อผู้ป่วยแสดงออกถึงความวิตกกังวล ควรให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย ให้รู้สึกปลอดภัย ปลอบใจและยืนยัน ว่าจะคอยอยู่ข้าง ๆ ผู้ป่วย คอยช่วยเหลือต่าง ๆ

- ควรอธิบายให้ผู้ป่วยฟังด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย หากต้องการขอความร่วมมือจากผู้ป่วยควรขออนุญาตจากผู้ป่วยก่อน โดยเฉพาะการดูแลในกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย

- ผู้ดูแลควรใช้ท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนโยน และแสดงออกถึงความกระตือรือร้นอยากช่วยเหลือ

- ควรสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยให้อยู่ในระดับสายตาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสนใจ และเข้าใจได้ง่ายขึ้น

- ไม่ควรทำลับ ๆ ล่อ ๆ หรือเข้าหาผู้ป่วยทางด้านหลัง หรือบังคับใช้ความรุนแรง ในการจัดการกับผู้ป่วยควรหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย และในใจว่าผู้ป่วยฟังอยู่ สบตาด้วยความอ่อนโยน

- การสัมผัสผู้ป่วยควรระมัดระวัง และเป็นไปด้วยความอ่อนโยน และเคารพ ไม่รีบร้อน การสัมผัสอย่างอ่อนโยน จะช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้ ไม่ควรสัมผัสโดยไม่ขออนุญาตก่อน และหลีกเลี่ยงการสัมผัสส่วนที่อ่อนไหว เช่น การลูบศีรษะ

- หากต้องการให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ให้สังเกตด้วยว่า ผู้ป่วยพร้อมหรือไม่ มีอาการง่วง หรือเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่ค่อยตื่นตัวหรือไม่ ให้ใช้ช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ ผู้ป่วยหลายรายจะมีอาการสับสนในช่วงเวลาเย็น ก็ไม่ควรจัดกิจกรรมในเวลาที่ผู้ป่วยสับสนหรือหมดพลัง

- ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อลดการเสียสมาธิ ที่ผู้ป่วยจะถูกดึงดูดความสนใจไปที่อื่น ลดเสียงรบกวน

- ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการหลงลืมมากแล้วที่จำบุคคลไม่ได้ ควรแนะนำตนเองก่อน ไม่

คลิกกลับสารบัญ

ควรทายคำถาม ให้ผู้ป่วยเดา เช่น “ใครเอ่ย” “นึกออกแล้วยัง” “วันนี้วันอะไร” เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยรำคาญไม่ให้ความร่วมมือ และไม่อยากคุยด้วย ถ้าหาก ผู้ป่วยมีความอ่อนไหวในบางเรื่องของการสนทนา อาจจะค่อยหันเหความสนใจ ชวนคุยเรื่องอื่นแทน

8. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง คงความสามารถในการดูแลตนเอง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างตั้งใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม

สิ่งสำคัญนอกเหนือจากการที่มีกิจกรรมตารางเวลาที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยควรต้องมีส่วนร่วม ให้ความร่วมมือ โดยเข้าใจ และให้ความร่วมมืออย่างกระตือรือร้น ชื่นชอบ ร่วมมือทำกิจกรรมนั้น ๆ โดยไม่ได้ทำไปด้วยอาการเบื่อหน่ายเพราะถูกบังคับ ซึ่งการที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความหมายต่อผู้ป่วยนั้น จะทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยสมองเสื่อมดีขึ้น รวมทั้งความสามารถของสมองของผู้ป่วยก็จะยังคงสมรรถภาพได้ ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องประเมินการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ใด ๆ ก็ตาม ว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีความพยายาม และเกิดสภาวะอารมณ์อย่างไร มีความอยากที่จะทำกิจกรรมนั้น ๆ หรือไม่ด้วย ยกตัวอย่างเช่น หากเปิดวิทยุ หรือ โทรทัศน์ให้ผู้ป่วยดู แต่ผู้ป่วยไม่ได้สนใจ ก็ไม่ถือว่ากิจกรรมนั้น ประสบผล หรือได้ประโยชน์ กับผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วย ควรจัดทั้งสิ่งแวดล้อม และวางแผนกิจกรรม ชักชวนโน้มน้าวให้ผู้ป่วยทดลองทำกิจกรรม โดยจัดให้เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย เนื่องจากมีความหลากหลายแตกต่างในภูมิหลังของแต่ละบุคคล ความสนใจ งานอดิเรก ซึ่งไม่สามารถจัดแบบเดียวกันสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกคนแล้วจะได้ผลดีเหมือนกัน โดยจุดประสงค์ของการมีกิจกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม จะทำให้เกิดผลด้านบวกได้ โดยกิจกรรมนั้นต้องเป็นกิจกรรมที่มีความหมาย ต้องทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจ อยากทำกิจกรรม และมีส่วนร่วม รู้สึกว่าได้ทำและเติมเต็มความรู้สึกได้ ไม่ให้รู้สึกว่าว่างเปล่า หรือทำไปเปล่าประโยชน์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกรู้สึกมีความสุขพึงพอใจกับตนเองได้ เพิ่มความรู้สึกมีจุดมุ่งหมาย เช่น ในการเล่นเกม ผู้ป่วยอาจตั้งเป้าหมาย และเมื่อได้ถึงเป้าหมาย ผู้ป่วยก็จะรู้สึกสนุกมีความสุขได้ เพิ่มความมั่นใจในตนเองกลับมา รวมทั้งได้มีโอกาสพบปะ หรือเข้าสังคมกับผู้อื่น ลดความเบื่อจากการไม่มีอะไรทำลงได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ จะสามารถช่วยกระตุ้นผู้ป่วยทั้งด้านความคิดและเพิ่มอารมณ์ด้านบวกได้ และจะช่วยชะลอปัญหาที่สมรรถภาพสมองเสื่อมลง รวมถึงการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วย และสุดท้ายก็จะลดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ที่ผิดปกติไปจากการที่ผู้ป่วยเป็นสมองเสื่อม จากการที่ผู้ป่วยเข้าไปสนใจ มีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เป็นด้านบวก และเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองในสิ่งที่ผู้ป่วยยังทำได้ หรือช่วยในกิจกรรมงานบ้าน เช่น การพับผ้า จัดเตรียมอาหาร จัดโต๊ะอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เก็บเตียง หรือการดูแลตัวเอง เช่นการอาบน้ำ ถูสบู่ หวีผม โดยประเมินความสามารถของผู้ป่วยในแต่ละรายกิจกรรมไป ตามลำดับของการต้องการความช่วยเหลือ เช่น ระดับต้องการความช่วยเหลือตั้งแต่ คอยดูช่วยเหลืออยู่ห่าง ๆ ต้องคอยช่วยจัดแจงเตรียมไว้ให้ บางครั้งอาจจะเป็นการแสดงท่าทางให้ดู ให้ผู้ป่วยทำตาม หรืออาจจะเป็นจับมือทำครึ่งหนึ่ง เช่นการตักอาหาร จนถึงขึ้นช่วยทั้งหมดหากผู้ป่วยทำไม่ได้ แต่ก็ควรอิสระผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ทำ มีสิทธิ์เลือกด้วย และช่วยเหลือไปตามลำดับขั้นโดยจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยยังคงประสิทธิภาพของการทำได้ในกิจกรรมนั้น ๆ อยู่ให้ได้นานที่สุด ทั้งนี้สมาชิกทุกรุ่นในครอบครัวสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการดูแลตัวเอง และมีกิจกรรมร่วมกันได้

สรุปบทที่ 5

- ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ต้องขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย ซึ่งถือเป็นบุคคลสำคัญที่ไม่ควรละเลย
- ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อาจเป็นผู้ป่วยเองได้ และมักถูกมองข้าม การที่ผู้ดูแลป่วยทั้งทางกายและจิตใจ หรือหมดไฟในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลอย่างมากกับผู้ป่วยสมอง จึงต้องให้ความสำคัญกับการดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต และการจัดการเวลาของผู้ดูแลให้สมดุล
- ผู้ดูแลผู้ป่วยควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้ดูแลทั้งในด้านการดูแลตนเอง และ ทักษะการดูแลสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม
- ประสบการณ์ที่ดีจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล เช่น การผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างความเปลี่ยนแปลงได้ ก็จะเป็นปัจจัยด้านบวกกับตัวผู้ดูแลเอง ที่ได้ทำหน้าที่อย่างมีความสุข และรู้สึกมีคุณค่า
- ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ดี คือ ต้องยอมรับความจริง เข้าอกเข้าใจ มีใจพร้อมที่จะช่วยเหลือ และยืดหยุ่นได้ ยอมรับความเปลี่ยนแปลงได้ ไม่ยึดติดกับวิธีการ มีเหตุผล และมีความรับผิดชอบ เข้าใจตัวโรคและการดำเนินโรคของสมองเสื่อม มีความคาดหวังที่ตั้งอยู่บนความเป็นจริง
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้ป่วยนั้นต้องอาศัยผู้ดูแลช่วยเหลือ และควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยยังสามารถคงความสามารถในการดูแลตนเอง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความหมาย

คลิกกลับสารบัญ

เอกสารอ้างอิง

1. Brodaty, H. and M. Donkin, Family caregivers of people with dementia. Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009. 11(2): p. 217-228.
2. Cohen, C.A., A. Colantonio, and L. Vernich, Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2002. 17(2): p. 184-188.
3. Quinn, C., et al., Positive experiences in dementia care-giving: findings from the IDEAL programme. Ageing & Society, 2022: p. 1-21.
4. Anthony-Bergstone, C.R., S.H. Zarit, and M. Gatz, Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. Psychology and aging, 1988. 3(3): p. 245.
5. Feast, A., et al., The contribution of caregiver psychosocial factors to distress associated with behavioural and psychological symptoms in dementia. International journal of geriatric psychiatry, 2017. 32(1): p. 76-85.
6. Stall, N.M., et al., Association of informal caregiver distress with health outcomes of community-dwelling dementia care recipients: A systematic review. Journal of the American Geriatrics Society, 2019. 67(3): p. 609-617.
7. Truzzi, A., et al., Burnout in familial caregivers of patients with dementia. Brazilian Journal of Psychiatry, 2012. 34: p. 405-412.
8. Yap, P., Validity and reliability of the Zarit Burden Interview in assessing caregiving burden. Ann Acad Med Singapore, 2010. 39: p. 758-763.
9. Robinson, B.C., Validation of a caregiver strain index. Journal of gerontology, 1983. 38(3): p. 344-348.
10. Johnson, M.M., S.B. Wackerbarth, and F.A. Schmitt, Revised memory and behavior problems checklist. Clinical gerontologist, 2001. 22(3-4): p. 87-108.
11. Maslach, C., S.E. Jackson, and M.P. Leiter, Maslach burnout inventory. 1997: Scarecrow Education.

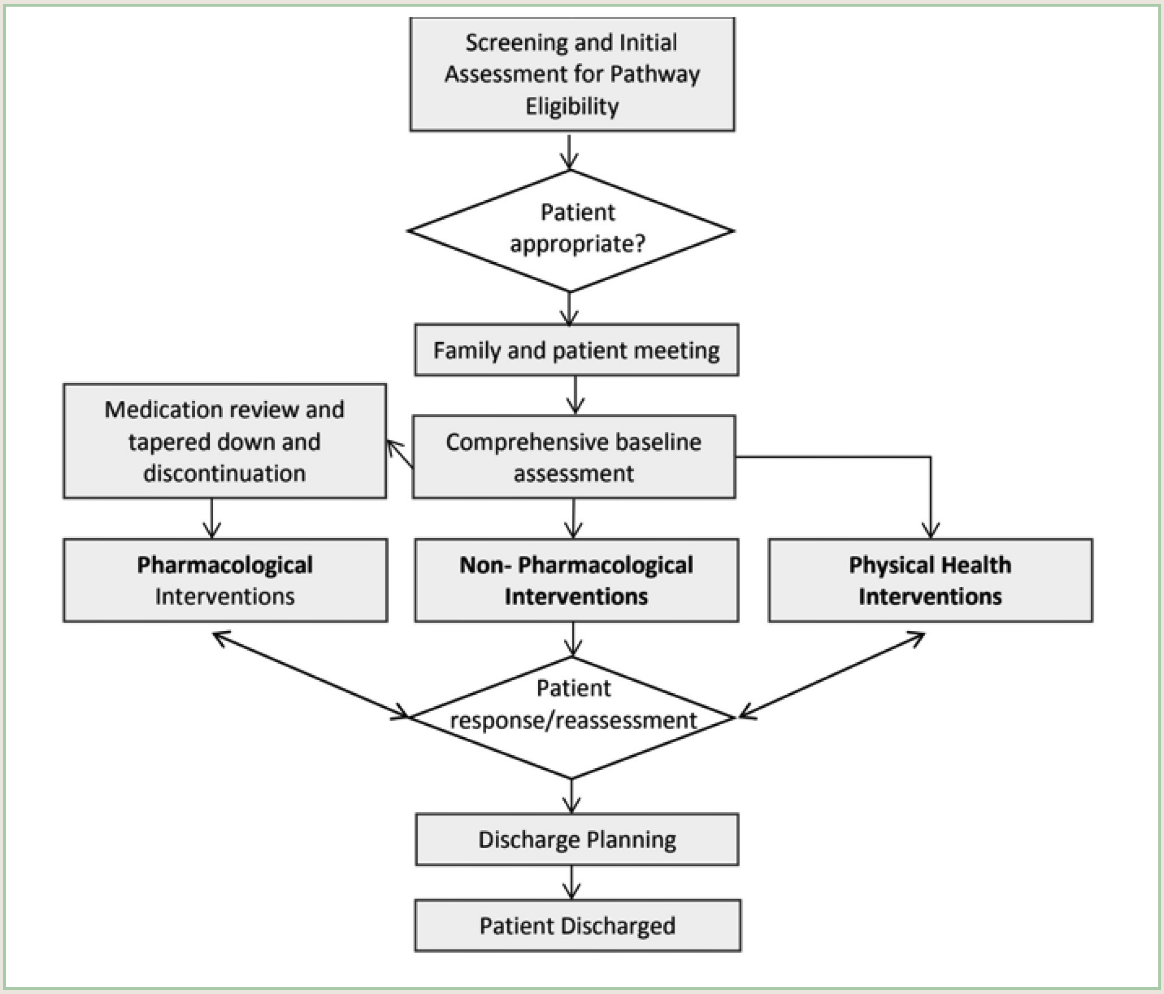
บทที่ 6
แนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบผสมผสาน [Integrated Care Pathway (ICP) for the elderly]

นอกจากทักษะในทางปฏิบัติงานด้านจิตเวชศาสตร์สูงอายุแล้ว จิตแพทย์ผู้เรียนวิชาจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรู้ และเข้าใจหลักของการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน (Integrated Care Pathway) ซึ่งเดิมแพทย์ผู้เรียนอาจจะเข้าใจว่าพื้นฐานการดูแลผู้ป่วย และการตัดสินใจทางคลินิกนั้นควรทำตามคำแนะนำจากตำรา และเอกสารวารสารวิชาการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based, peer reviewed article) โดยมากแพทย์มักจะยึดถือตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice guidelines, CPG) ต่าง ๆ ในการดูแล ตัดสินใจ และวางแผนการรักษาทางคลินิก โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client center) และมีแพทย์ผู้ดูแลเป็นหลักก็เพียงพอแล้ว แต่อย่างไรก็ดี การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ (Practice guideline) นั้นยังอาจไม่ครอบคลุมเท่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน (Integrate Care Pathway, ICP) เนื่องจากเคสจิตเวชผู้สูงอายุนั้นจะซับซ้อนหลายมิติ และ ดังที่ได้บรรยายไปในบทที่ 3 แล้วว่าการประเมินทางจิตเวชศาสตร์สูงอายุที่ดีนั้น ต้องทำงานกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสานนั้นจะรวมหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary) และกำหนดระยะเวลาในการติดตามรักษาที่เหมาะสมด้วย (appropriate timeframe) โดยจะจำเพาะอย่างมากกับอาการ (a specific condition) หรือข้อปัญหาที่ต้องการจัดการโดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านบวกในทางคลินิก (clinical experiences to positive outcomes) โดยหลักการและพื้นฐานของ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน (Integrate Care Pathway, ICP) นั้นจะพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และอาจรวมแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice guidelines, CPG) เข้าไปด้วย โดยจะลง

รายละเอียดในแต่ละช่วงเวลาจะมีการตรวจวัดผลเป็น clinical rating scales ที่เป็นมาตรฐานชัดเจน (measurement based on clinical practice) ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าหากแพทย์และทีมผู้รักษาใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสานนั้นจะทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งหมายถึงอาการทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งในการดำเนินงานทางผู้ให้บริการเอง และค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย สามารถลดความเสี่ยง และลดอันตรายจากการใช้ยาเกินขนาด หรืออันตรกริยาจากยาหลายขนานจากการใช้ยาหลายชนิดในผู้ป่วยคนเดียวกัน หรือ สามารถลดและติดตามผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาและจากยาได้มากกว่าการรักษาโดยทั่วไป จากวิจารณญาณหรือความชำนาญของแพทย์ผู้รักษาแต่เพียงผู้เดียว (Treatment as usual, TAU) ซึ่งถือว่าทำให้คุณภาพการบริการแก่ผู้ป่วยนั้นดีขึ้นในทุกแง่มุม (improve quality of care) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุนั้นดีขึ้น (Enhance the quality of life) และในขณะเดียวกัน การใช้ทรัพยากรทางการสาธารณสุขก็จะสิ้นเปลืองลดลง (Optimize the use of resource) และลดความเหลื่อมล้ำของความเชี่ยวชาญ หรือความสามารถของแพทย์ผู้รักษาในคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุได้ด้วย (Decrease variation of care for the elderly patient) ซึ่งการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสานนั้นจะช่วยจุดประกายเรื่องของการแพทย์ทางคลินิก และสร้างส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมใหม่ได้ในอนาคตในด้านการรักษาผู้ป่วยทางคลินิกได้เช่นกัน

1. หัวใจหลักของแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน นั้นต้องมี 7 องค์ประกอบเอื้อให้เกิดดังนี้

จาก 7 องค์ประกอบของการรักษาแบบผสมผสานดังกล่าวนั้น ขยายความให้เข้าใจได้มากขึ้น โดยเนื้อหาหลักจะมีการจัดทำตาม process map โดยจะเป็น evidence based practice & guideline ทั้งจากการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยา (pharmacological and non-pharmacological intervention) มีการตรวจประเมินและการกิจกรรม ณ จุดเวลาต่าง ๆ (sequence of activity and time) และมีบทบาทของทีมแต่ละคนที่ชัดเจน และมีความรับผิดชอบที่ชัดเจนรวมไปถึงการจดบันทึก (clear roles - interdisciplinary team and clear responsibilities - documentation procedures) และใช้ปฏิบัติในสถานที่ที่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก หรือในชุมชน เป็นต้น เพื่อให้ได้หลักการของการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน ยกตัวอย่างเช่น



Assessment scales ที่ใช้เพื่อติดตามผู้ป่วยควรชัดเจนและระบุว่าใครเป็นผู้ทำและเมื่อไรที่จำเป็นต้องทำ โดยจะเห็นได้ว่าจะมีการวัดที่อาการ อาการทาง motor และผลข้างเคียงจากยาหรือข้อควรระวังที่จำเป็นต้องติดตาม

Late Life Schizophrenia - Integrated Care Pathway - Assessments							
Assessment	discipline specific assessment					Frequency	Location in ICARE
	OT	SW	NP	Nurse	Dr.		
Standard Assessments							
AIMS (Abnormal Involuntary Movement Scale)					*	at Admission Yearly at Discharge	Powerform
BAS (Barnes Akathisia Rating Scale)					*	at Admission Yearly at Discharge	Powerform
BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)					*	at Admission before Medication Switch at Discharge	Powerform iView
CGI-S (Clinical Global Impression - Severity)					*	at the initiation of Pharm treatment after Medication switch	iView
CGI-E (Clinical Global Impression - Efficacy)					*	before dose change or Medication switch	N/A (paper form)
Falls Risk for Outpatient	*	*		*		at Admission (1st visit) After a Fall as Clinically Indicated	Powerform iView
MOCA (Montreal Cognitive Assessment	*	*		*	*	at Admission yearly at Discharge	Paper Form Score in iView
SAS (Simson Angus Scale)					*	at Admission Yearly at Discharge	Powerform
Suicide Risk Assessment	*	*		*	*	At Admission (1st visit) and Discharge as Clinically Indicated Significant Clinical	Powerform
Basis 32	*	*		*		By On-Call clinician visit as Clinically Indicated	powerform
Metabolic Monitoring Assessment				*		at admission, yearly, and as per guideline	MM page on ICARE
Need Base Assessments							
AIMS (Abnormal Involuntary Movement Scale)				*		as Clinically Indicated	Powerform
Suicide Risk Re-Assessment	*	*		*		as Clinically Indicated	Powerform
Functional Assessment (includes BERG Balance Scale)	*					as Clinically Indicated	Powerform
GDS (Geriatric Depression Scale)	*	*		*		as Clinically Indicated	Powerform
Home Safety Assessment	*					as Clinically Indicated	(part of IPOC) - Paper form from COTA
Pain Assessment	*	*		*		as Clinically Indicated	iView
Risk for Violence to self/others	*	*		*		as Clinically Indicated	Powerform
Bowel Monitoring Scale	*	*		*		as Clinically Indicated Clozapine Paitents	iView

ที่มา CAMH Assessment tool for late-life schizophrenia

Assessment Tools	Measures
BPSD Symptoms and Cognitive Assessments	
Neuro-psychiatric Inventory (NPI-Q)	Delusions; Hallucinations; Dysphoria; Anxiety; Agitation/Aggression; Euphoria; Disinhibition; Irritability/liability; Apathy Aberrant motor activity
The Clinical Global Impression rating scales (CGI)	Symptom severity; Treatment response; Efficacy of treatments
Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)	Physical aggression; Physically non-aggressive behaviours; Verbally agitated behaviours
Montreal Cognitive Assessment (MOCA)	Attention/ Concentration; Executive functions; Memory; Language; Visuoconstructional skills; Conceptual thinking; Calculations; Orientation
Dementia - Functional Assessment Staging Tool (FAST)	The FAST scale is a functional scale designed to evaluate patients at the more moderate-severe stages of Dementia.
Motor Assessments	
Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS)	Tardive Dyskenisia Detection; Severity
Simpson-Angus Scale (SAS)	Quantification of drug induced parkinsonism
Barnes Akathisia Scale (BAS)	Drug-induced Akathisia Level of an individual's subjective awareness and distress, and global severity
Brief Pain Inventory (BPI)	Severity of pain and the impact of pain on daily functions
Checklist of Non-verbal Pain Indicators (CNPI)	Severity of pain and the impact of pain on daily functions
Dementia Observational System (DOS) Tool	The DOS tool is used to assess a person's behaviour over a 24 hour cycle to determine the occurrence, frequency, and duration of behaviours of concern.

Allied Health Professional	NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS IDENTIFIED INITIALLY AS MOST APPROPRIATE*
Occupational Therapist Recreation Therapist Social Worker Assigned Nurse	**Social Contact:** *Pet therapy, One to one visit, others*
	Sensory Enhancement/ Relaxation: *Hand massage, individualized music, individualized art, sensory modulation, snoezelen, others*
	Purposeful Activity: *Helping tasks/volunteer role, inclusion in group programs, access to outdoors, others*
	Physical Activity: *Exercise group, indoor/outdoor walks, individual exercise program, others*
	Neurocognitive Intervention Technology: *PARO robot, tablet computer, gaming console*

ที่มา CAMH Assessment tools for BPSD in dementia

CLINICAL ASSESSMENTS - SCHEDULES

	Baseline Assessments (at entry)	End of Clean-up Period	Decision Points	Exit
BPSD symptoms and cognitive assessments				
Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q)	✔	✔	✔	✔
CGI-Severity	✔	✔	✔	✔
CGI-Improvement (from baseline/entry state)		✔	✔	✔
CMAI	✔			✔
MOCA	✔			✔
Dementia-FAST	✔			✔
Motor Assessments				
AIMS	✔			✔
SAS	✔			✔
BAS	✔			✔
Cardiac and Metabolic Assessments				
ECG	✔			✔
Blood Count	✔			✔
Electrolytes, BUN/Creatinine	✔			✔
Blood Glucose	✔			✔
Lipid Profile	✔			✔
Pain assessments				
BPI (or CNPI if BPI cannot be used)	✔			

ที่มา CAMH clinical assessment schedules

BPSD in Frontotemporal Dementia Medication Schedule

		DAY 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	Trazodone	50	50	50	100	100	100	100	150	150	150	150	150	150	150	200	200	200	250	250	250	250	250
	single or divided doses*																						
	Trazodone (FRAIL)	25	25	25	50	50	50	75	75	75	100	100	100	125	125	125	150	150	150	150	150	150	150
	single or divided doses*																						
2	Quetiapine**	25	25	50	50	75	75	100	100	100	100	100	100	100	150	150	150	200	200	200	200	200	200
	divided dose (i.e. Start at 12.5mg b.i.d.)																						
	Quetiapine ** (FRAIL)	12.5	12.5	25	25	37.5	37.5	50	50	50	50	50	50	50	75	75	75	100	100	100	100	100	100
	divided doses																						
3	Risperidone	0.5	0.5	0.5	0.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
	single evening dose																						
	Risperidone (FRAIL)	0.25	0.25	0.25	0.25	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75
	single evening dose																						
4a	Citalopram	10	10	10	10	10	10	10	10	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	singe morning dose																						
	Citalopram (FRAIL)	5	5	5	5	10	10	10	10	10	10	10	15	15	15	15	15	20	20	20	20	20	20
	singe morning dose																						
4b	Sertraline	50	50	50	50	50	50	50	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	single morning dose																						
	Sertraline (FRAIL)	25	25	25	25	50	50	50	50	50	50	50	75	75	75	75	75	100	100	100	100	100	100
	single morning dose																						
5	Carbamazepine	100	100	100	100	200	200	200	200	300	300	300	300	300	300	300	400	400	400	400	400	400	400
	always bid i.e. Start at 50mg bid)																						
	Carbamazepine (FRAIL)	50	50	50	50	100	100	100	100	150	150	150	150	150	150	150	200	200	200	200	200	200	200
	always b.i.d.																						
6	Aripiprazole	2.5	2.5	5	5	7.5	7.5	10	10	10	10	10	10	10	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5
	single evening dose																						
	Aripiprazole (FRAIL)	1	1	2.5	2.5	2.5	2.5	5	5	5	5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	10	10	10	10	10	10	10
	single evening dose																						
7	Selegiline***	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	single morning dose																						
8	Buspirone ¶†	10	10	10	10	15	15	15	15	20	20	20	20	25	25	25	25	30	30	30	30	30	30
	b.i.d., start at 5mg b.i.d.																						
9a	Gabapentin ¶ ††	200	200	400	400	600	600	900	900	900	900	900	900	900	1200	1200	1500	1500	1800	1800	1800	1800	1800
	b.i.d., i.e. start 100mg b.i.d.																						
9b	Pregabalin ¶	50	50	50	50	100	100	100	100	100	150	150	150	150	150	150	150	200	200	200	200	200	200
	always b.i.d (i.e. Start 25mg bid)																						
10	Combination Rx (based on drugs yielding partial response)																						
	All doses are TOTAL daily dose in milligrams (mg) and where necessary should be divided as indicated. Decision points denoted by orange and red shading																						
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

* may be divided as required depending on diurnal/temporal pattern of agitation or aggression

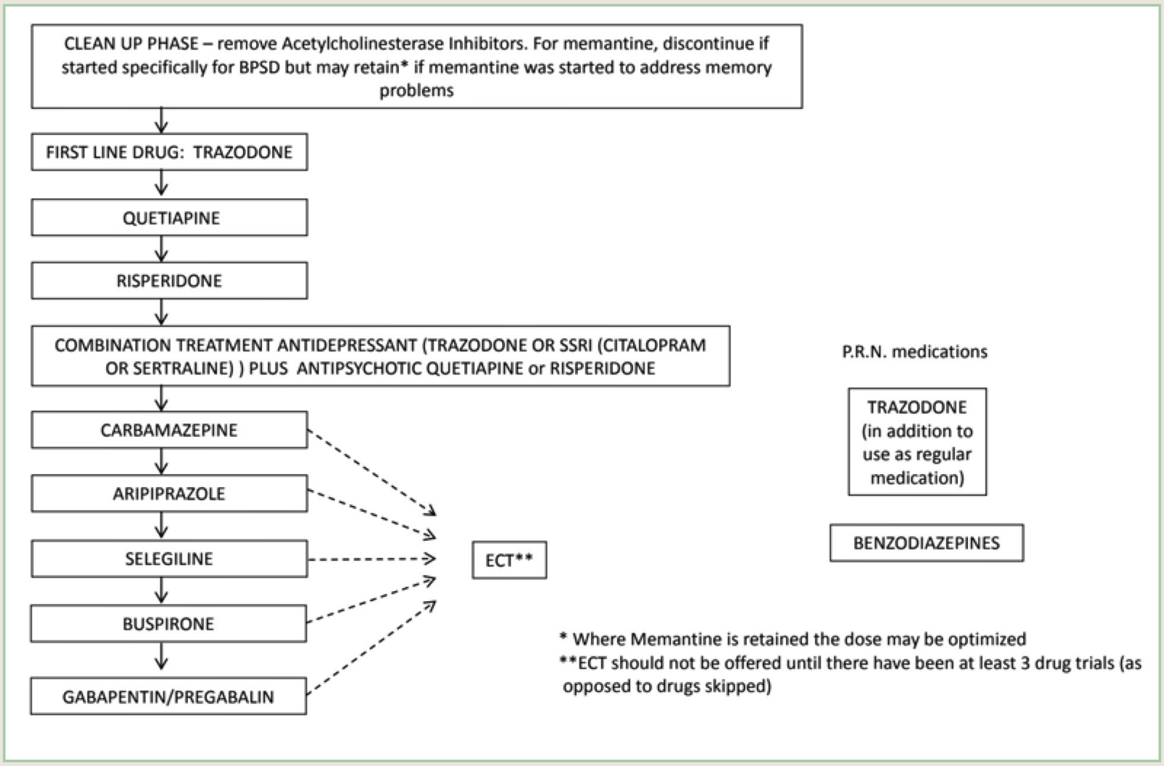
** divide Quetiapine daily dose into two equal doses, except in FRAIL regimen at 12.5mg/day and 37.5 mg/day. At 12.5mg/day give in evening only, at 37.5mg/day split as 12.5 mg/25 mg

***note that 10 mg Selegiline oral tablet equals 1.25 mg Selegiline oral lyophilisate

¶ require lower dosages in renal impairment

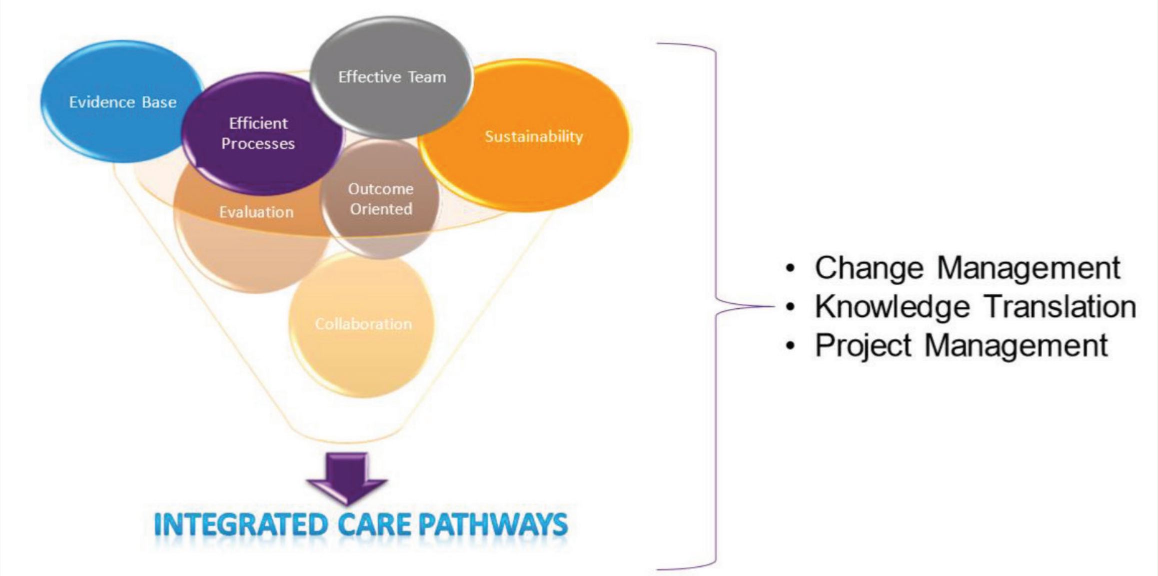
† divide Buspirone daily dose into two equal doses, except at 15mg/day split as 5mg/10mg and at 25mg/day split as 10mg/15mg

†† divide Gabapentin daily dose into two equal doses, except at 900mg/day split as 400mg/500mg and at 1500mg/day split as 700mg/800mg



จะเห็นได้ว่าจากแผนภูมิจะช่วยทีมในการประเมิน และ ตัดสินใจดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ซับซ้อนได้ง่ายและมีประสิทธิภาพดีขึ้น ลดผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ได้มากกว่า การที่แพทย์ตัดสินใจทางคลินิกโดยไม่มีพื้นฐานบนหลักการ และไม่ได้ติดตาม ณ ช่วงเวลาที่ชัดเจน จะทำให้ผลการรักษาทางคลินิกนั้นไม่ดีเท่าที่ควรและหากเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ซับซ้อนก็จะง่ายต่อการตกหล่นในบางประเด็นที่สำคัญ การประเมินเรื่องของความปวด การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม หรือภาวะ orthostatic hypotension จากยาที่ผู้ป่วยได้รับ หรือบางกรณีอาจจะช้าเกินไปทำให้มีผลต่อการดำเนินโรคของผู้สูงอายุได้เช่นกัน

คลิกกลับสารบัญ



จากการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบการรักษาแบบผสมผสาน กับการรักษาทั่วไปที่ไม่ได้เป็นไปตามระบบผสมผสาน (ICP vs TAU) พบว่าคุณภาพของการรักษา การติดตามผู้ป่วย ผลข้างเคียงต่าง ๆ หรือปัญหาแทรกซ้อนนั้นน้อยกว่าการที่แพทย์รักษาไปตามปรกติและไม่มีทีมอย่างมาก ส่งผลให้คุณภาพชีวิต ผลการรักษา การตอบสนองทางคลินิกต่างกัน รวมถึงในแง่การปฏิบัติงานทางคลินิกของแพทย์เอง ซึ่งหากเป็นเฉพาะรายบุคคลแล้วอาจจะมีแนวทางการรักษาที่ต่างกัน หรือการเลือกใช้ยาที่ต่างกัน การใช้หลักการนี้จะทำให้ช่องว่างของความแตกต่างของแพทย์แต่ละคนในการรักษาในคลินิก เหล่านี้ลดลง และลดความผิดพลาดจากความไม่รู้ได้ดีขึ้น หรือการปฏิบัติผิดได้มากขึ้น (decrease risk and malpractice) ทั้งนี้ประโยชน์ของการใช้การรักษาแบบผสมผสาน Integrate Care Pathway นั้นช่วยทั้งทางคลินิก ลดปัญหาผลข้างเคียงจากยา และการศึกษาเรื่อง ICP นี้จะเป็นรากฐานของการสร้างฐานข้อมูลสำหรับการใช้ AI (Artificial intelligence) เพื่อช่วยใน decision judgement ทางคลินิกได้ต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Kitchiner D, Davidson C, Bundred P. Integrated care pathways: effective tools for continuous evaluation of clinical practice. J Eval Clin Pract. 1996 Feb;2(1):65-9. doi: 10.1111/j.1365-2753.1996.tb00028.x. PMID: 9238576.
2. Michael M. Reinhardt CIC. Late-Life Psychosis: Diagnosis and Treatment. Curr Psychiatry Rep. 2015;17(1).
3. Abdool, P. S., Supasitthumrong, T., Patel, K., Mulsant, B. H., & Rajji, T. K. (2019). Using an

Integrated Care Pathway for Late-Life Schizophrenia Improves Monitoring of Adverse Effects of Antipsychotics and Reduces Antipsychotic Polypharmacy. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *27*(1), 84-90. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.09.003

4. Tarek K. Rajji M, FRCPC. Primary Psychotic Disorders in Older Adults. In: Rapoport M, editor. Geriatric Psychiatry Review and Exam Preperation Guide. Toronto University of Toronto Press; 2016. p. 231-42.
5. Ismail Z, Rajji TK, Shulman KI. Brief cognitive screening instruments: an update. Int J Geriatr Psychiatry. 2010;25(2):111-20.
6. T. K. Rajji ZIaBHM. Age at onset and cognition in schizophrenia: meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 2009;195:286-93.
7. Alana Iglewicz TWM, Dillip V Jeste. New Wine in Old Bottle: Late-Life Psychosis. Psychiatr Clin North Am. 2011;32(2):295-318.
8. Takashi Tsuboi TS, Hiroyuki Uchida. A Tipping Point in Drug Dosing in Late-Life Schizophrenia. Curr Psychiatry Rep. 2011;13:225-33.
9. Tarek K Rajji DM, Benoit H Mulsant. Cognition, Function, and Disability in Patients With Schizophrenia: A Review of Longitudinal Studies. Canadian Journal of Psychiatry. 2014;59(1):13-7.
10. Benjamin J. Sadock HIK, Virginia A. Sadock. Geriatric Psychiatry. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed: Wolters Kluwer; 2015.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
12. Integrated Care Pathways in Mental Health. UK: Churchill Livingstone; 2006 10th May 2006.
13. RCoPEa. Integrated care and mental health 2020 [Available from: https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/campaigning-for-better-mental-health-policy/sustainability-and-transformation-partnerships-and-integrated-care-systems.]
14. Awan S, Collins A, Voore P, Downey S. Integrated Care Pathway (ICP), an Inter-professional Outline of Evidence Informed Care in Mental Health and Addictions: an Innovative Treatment Approach From Concept to Results. European Psychiatry. 2015;30:1934.
15. Allen D, Gillen E, Rixson L. Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances?. *Int J Evid Based Healthc*. 2009;7(2):61-74. doi:10.1111/j.1744-1609.2009.00127.x
16. Davies SJ, Burhan AM, Kim D, et al. Sequential drug treatment algorithm for agitation and aggression in Alzheimer's and mixed dementia. *J Psychopharmacol*. 2018;32(5):509-523. doi:10.1177/0269881117744996

ภาคผนวก

ดัชนี

3

3-step command 69

5

5HT2A 40
5HT2C 40

A

Abstract thinking 71, 74
Acetylcholine 41, 103
Acetylcholinesterase 42, 103, 105
AchEIs 103, 104, 105, 106
Activities of daily livings, ADLs 16
Acupuncture 98
ACWM 74
Aducanumab 111
Adverse effect 102
Affect 67, 111
Aged society 11
Aging society 11
Agitation 24, 47, 60, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112
Alcohol 76
Alzheimer 31
Alzheimer's dementia 21, 22
Alzheimer's disease 21, 23, 24, 41, 60, 71, 74
American Psychiatric Association 23
Amnestic 23, 70
Amyotrophic lateral sclerosis 54
Animal words 74
Animal-assisted 100
Anticholinergic 41, 80, 104
Antidepressants 108, 109
Antipsychotic 75, 106, 107, 108, 110
Apathy 24, 42, 45, 46, 67
Aphasia 69, 70
ApoE3/3 40, 41
ApoE4 allele 40, 41
Apolipoprotein E 15, 40, 41
APP gene 15
Arcuate fasiculus 70
Aripiprazole 107
Aromatherapy 98
Artificial intelligence 85, 138
Asterognosia 68
Attention 16, 69, 70, 74, 100
Atypical presentation 73
Auditory hallucination 68
Auguste Deter 31

B

B12 76
Basal ganglia 74
BDD 29
BEHAVE 60
Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia 29
Behavioral and psychological symptoms of dementia 26, 29
Behavioral disturbances of dementia 29
Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia 32
Benzodiazepine 109
Beta-blockers 111
BPSD 20, 21, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 54, 59, 60, 61, 76, 78, 91, 95, 96, 102, 103, 106, 107, 108, 111, 112, 113, 135
BPSSD 29
Brexpiprazole 107
BtC 29, 54
Burnout 95, 121, 122
Butyrylcholinesterase 103, 105
bvFTD 23

C

Cannabidiol 112
Carbamazepine 110
Caregiver 35, 91, 95, 101, 122
Caregiver Strain Index 122
Category 70
CDT 71
CERAD 60, 70
Chair Stand 83
Cholinergic 41, 42
Cholinesterase inhibitor 46, 75, 103
Chula Mental Test 73
Circadian 52
Circumstantiality 67
CitAD study 108
Citalopram 108
Clinical Practice guidelines 131
Clock drawing 71, 73, 74
Clock-drawing test 73
CMAI 60
Cognition 16, 26, 68, 103, 108
Cognitive assessment 70, 72, 73
Cognitive screening 70, 71
Cognitive stimulation 100
Cognitive training 100
Complex 16, 68, 88
Complex attention 16
Comprehensive 26, 65
Concentration 69, 70, 74
Concrete thinking 71

Confusion Assessment Method 80
Constipation 85
Constructional ability 71
Continence 86
Crossing loops 71
Crossing pentagons 71
Cytokines 79

D

Deficiencies 76
Delayed recall 73
Delirium 23, 24, 42, 59, 78, 79, 91
Delusion 49, 50, 68
Dementia 16, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 29, 31, 32, 36, 40, 41, 47, 54, 59, 60, 73, 74, 76, 78, 85, 88, 91, 97, 101, 106, 108, 135
Dementia of Lewy bodies 21, 22
Dementia with Lewy bodies 31
Dental health 86
Depression 45, 53, 60, 73, 78, 99
Dextromethorphan with quinidine 111
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) 23
Disinhibition 53, 76
DLB 21, 22, 23
DLPFC 73, 74
Donepezil 103, 105, 106
Dopamine 42
Dorso-lateral prefrontal cortex 73
Double-blind randomized controlled trial 110
Drocannabinol 112
DSM-5 23, 24, 25
DSM-IV 23
Dubois criteria 23

E

ECT 112
Electroconvulsive therapy 112
Emotional incontinence 111
Encoding 70
Environmental triggers 96
Escitalopram 108, 109
Excitatory 42
Executive 16, 74
Executive function 16
Exhaustion 82

F

Falls 81, 83, 109
Fluent 69, 70
Forward-bent toothbrush 87
Frailty 52, 75, 80, 81, 82, 103
Frontal testing 73

Frontal-subcortical 70, 73, 74
Frontotemporal dementia 21, 22, 23, 40, 76, 88
FTD 21, 22, 23
Functional decline 25, 36
Functional disabilities 20
Functions 16

G

GABA 42
Gabapentin 110
Galantamine 103, 105, 106
Gamma-aminobutyric acid 42
Gastrointestinal 103
Genetics 25, 35
Geriatric Depression Scale 73
GGT 76
Glutamate 42
Go-No-Go 74
Grandiose 68
Gustatory 68

H

Hallucination 49, 50, 51, 68
Haloperidol 107, 108
HIV infection 23, 24
Hoarding 89
Holistic Care 13
Human IgG1 monoclonal antibody 111
Huntington's disease 23, 24
Hyperactive delirium 79
Hyperthyriodism 76
Hypoactive delirium 79
Hypothalamus-pituitary axis 43

I

ICD-10 23, 25
ICP 131, 138
Ideomotor apraxia 71
Illusion 68
Insight 20, 72
Instrumental, iADLs 17
Integrate Care Pathway 131, 138
Interleukins 79
International Psychogeriatric Association 29, 61, 110
International Statistical Classification of Diseases and Related Health, 10th Revision 23
Intervention 97, 108, 133
International Working Group 23
IPA 29, 61, 110
Iron deficiency 76
Irrelevant 67
IWG 23, 25

J

Judgement 72, 138

L

Lack of awareness 20
Lack of insight 20
Language 16, 69
Lemborexant 110
Lewy body dementia 41
Life expectancy 11
Light therapy 99
Locus coeruleus 42
Long-term memory 36
Lower stress threshold 36, 95
Lowered stress threshold 36

M

Mania 53, 76
Massage therapy 98
Measurement based 132
Melatonin 109
Memory 16, 36, 70, 74, 100, 106, 122
Memory recall 70
Mental health 87
Metabolic syndrome 107
Mild cognitive impairment, MCI 18
Mini-Cog 73
Mirtazapine 109
Misidentification 49, 51
Mixed AD with CvD 21
Mixed Alzheimer's disease with cerebrovascular disease 21
MOCA 70, 73
Montreal Cognitive Assessment 70, 73
Motor symptoms 22
Mouth gag 87
MRI 25, 76
MSS 99
Multidisciplinary 131
Multiple sclerosis 54
Multisensory stimulation 99
Music therapy 99

N

Naming 69
Navigate 100
NCSD 20, 29, 54
Neurochemical 35
Neurocognitive disorders 23
Neurodegenerative causes 21
Neuropsychiatric inventor 60, 61
Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire 61
Neuropsychiatric symptoms 20, 29, 31, 61

Neuropsychiatric symptoms
of dementia 20
Neuropsychological test 16, 18
New learning 16
NIA-AA 23, 25
NICE 110
Nihilistic 68
NINCDS-ADRDA 23, 25
NINDS-AIREN 23
NMDA antagonists 103, 106
Non-cognitive symptoms 20, 31
Non-cognitive symptoms
of dementia 16, 20, 29, 54
Non-fluent 69, 70
Non-pharmacological treatments 96
Norepinephrine 42
Normal pressure hydrocephalus 20, 21
NPS 20, 29, 31, 54

O

Obsession 68
Olanzapine 107
Olfactory 51, 52
Opioid 112
Orexin 110
Orientation 97, 100
Orthostatic hypotension 83, 137

P

Pain Assessment in Advanced
Dementia 85
PAINAD 85
PainChek 85
Paranoid 50, 68
Parkinson dementia 41, 108
Parkinson's disease 23, 24
Parkinson's disease dementia 21
PAS 60
Pathological laughing and crying 54
PDD 21, 22
Perception 68
Perceptual & manipulating
environment 16
Personality 35, 37, 87
Pharmacological treatment 96, 102, 112
Physical activities 99
Pimavanserin 111
Polymorphism 35, 40
Polypharmacy 80
Posterior cortical atrophy 77, 78
Praxis 16, 71
Prazosin 111
Preclinical stage 26
Pregabalin 110
Present illness 70
Presinilin-2 15

Presiniline-1 15
Previous psychiatric disorder 37
Prion disease 23, 24
Prosopagnosia 68
Proverbs 71
Psychological 20, 26, 29, 32, 35
Psychotic symptom 24
PTSD 88

Q

QT prolongation 108
Quetiapine 107, 108

R

RAID 60
Religious 68
REM sleep 22, 103
Reminiscence 98, 100
Remote memory 70
Repetition 69
Response to stress 35
Responsive behavior 30
Restless legs syndrome 76
Retraumatized 88
Retrieval deficit 70, 74
Revised Memory and Behavior
Problems Checklist 122
Risperidone 107
Rivastigmine 103, 105, 106
Robot-assisted 101
Rowland Dementia Assessment
Scale 73
rTMS 112
RUDAS 73

S

Safety concerns 72, 89
Schedule activities 97
Sensory 70, 76
Serotonin 42, 108, 109
Sertraline 109
Sexual disturbances 53
Short-term memory 36
Similarities 71
Simulated presence therapy 98
Sleep apnea 76
Sleep-wake cycle 52
Smart watch 83
Smart wearable device 83
Snoezelen 99
Social aspects 35
Social cognition 16
Spatial ability 73
SSRI 42, 108, 109
Substance 23, 24, 42

Subtractions 69
Suicidal 68
Suvorexant 110
Systemic 75

T

Tactile hallucination 68
Thai-Mental State Examination 73
Thalamus 74
The Frailty Index 81
The National Institute on Aging and Alzheimer's Association 23
Thyroid 76
Timed Up and Go 83
Trail making 69, 74
Transcorticol 70
Transcranial Magnetic Stimulation 112
Trauma 87, 88
Traumatic brain injury 23, 24, 54
Traumatic escalation 88
Trazodone 109
Treatable 20, 26, 75
Treatable causes 20, 26, 75
Treatment as usual 132

U

Unmet needs 36, 39, 95

V

Validation 98
Vascular dementia 21, 22, 74, 78
Visual 51, 68, 70
Visuospatial ability 71
Visuospatial function 16
Visuospatial functioning 74
Vitamin 76
Vivid dreams 103

W

White matter 74
Wordlist 70
Working memory 70, 74, 100
World Alzheimer's Report 13

Z

Zarit Burden Interview 122

ก

กระสับกระส่าย 24, 37, 42, 43, 47
การดูแลแบบเป็นองค์รวม 13
การได้ยิน 66, 76, 77, 80, 81
การรับรู้และการสั่งการสิ่งแวดล้อม 16
การรู้คิด 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 30, 31, 32, 34, 36, 41, 42, 67, 68, 69, 75, 78, 79, 81, 82, 89, 97, 99, 103, 106, 107, 108, 109, 110, 112

การรู้คิดในบริบททางสังคม 16
การรู้คิดบกพร่องระดับน้อย 34
การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย 18, 32
การเรียนรู้สิ่งใหม่ 16, 24
ก้าวร้าว 22, 30, 31, 32, 37, 40, 41, 42, 46 47, 48, 50, 52, 61, 67, 78, 84, 88, 91, 99, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 120, 122,
กิจวัตรประจำวัน 12, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 26, 35, 37, 39, 45, 46, 47, 48, 78, 79, 82, 85, 91, 95, 96, 126, 127
กิจวัตรประจำวันขั้นสูงหรือต้องใช้อุปกรณ์ 17
โกรธ 39, 50, 72, 91, 120, 122, 125

ข

ขับถ่าย 17, 62, 85

ค

ความจำ 16, 22, 24, 25, 36, 38, 41, 42, 47, 50, 52, 53, 59, 62, 69, 70, 72, 73, 74, 82, 83, 89, 90, 98, 101, 102, 103, 106, 112, 123
ความจำระยะสั้น 36, 70
ความสามารถในการจัดการแก้ปัญหา 16

ฉ

เฉยชา 22, 34, 45

ซ

ซึมเศร้า 15, 21, 22, 24, 30, 40, 42, 44, 45, 52, 53, 73, 76, 78, 80, 84, 86, 88, 91, 98, 99, 100, 108, 109, 121

ด

ดนตรีบำบัด 99

ท

ทำอะไรซ้ำ ๆ 22
ทิศทาง 15, 16, 22, 72, 100

บ

แบบทดสอบทางจิตประสาทวิทยา 16, 18

ป

ประสาทสัมผัส 51, 68, 76, 77, 78, 81, 83, 97, 98, 99
ประสาทหลอน 22, 30, 40, 42, 47, 49, 50, 51, 79, 106
ปริชานปัญญา 16, 19, 26, 31, 67, 68, 71, 72, 76, 79, 111
ปัญหาการนอน 22, 34, 52, 78

ปัญหาพฤติกรรม 22, 25, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 43, 44, 47, 59, 60, 61, 63, 65, 76, 77, 78, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 89, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 106, 107, 109, 111, 112, 118, 121, 122, 125, 127

พ

พฤติกรรมที่ตอบสนองของผู้ป่วย 30
พันธุกรรม 15, 35, 40, 54, 87
พาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม 21
พุทธิปัญญา 19, 68, 70, 72, 73, 110
พูดซ้ำซาก 22
พูดทวนซ้ำ 69

ภ

ภาษา 16, 22, 24, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 96, 101, 112, 123, 125, 126

ม

แมเนียครื้นเครง 53

ย

ยับยั้งชั่งใจ 22, 53, 54, 66

ร

รู้คิด 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 30, 31, 32, 34, 36, 41, 42, 62, 67, 68, 69, 75, 78, 79, 81, 82, 89, 97, 99, 103, 106, 107, 108, 110, 111, 112
เรียกร้องความสนใจ 30, 31, 48, 122
โรคพาร์กินสัน 21, 22, 24, 83, 85
โรคสะสมของ 89
โรคหลอดเลือดสมอง 21, 22, 24, 34, 54, 74, 75, 77, 80, 83, 84, 111
ไร้อารมณ์ 22

ว

วกวน 67, 73
วิกฤตของการเกิดสังคมผู้สูงอายุ 11
วิตกกังวล 22, 30, 32, 37, 39, 40, 42, 44, 46, 47, 48, 49, 84, 91, 95, 97, 98, 99,100, 108, 109, 121, 122, 126
วุ่นวาย 22, 30, 36, 50, 85, 88, 91, 108, 110

ส

สมรรถนะ 62, 65, 91

สมองเสื่อม 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128

สมองเสื่อมจากสมองส่วนหน้าและส่วนขมับ 21, 23

สมองเสื่อมชนิดลิววีบอดี 21, 24, 34, 41, 51

สมาธิเชิงซ้อน 16, 24

สมาพันธ์อัลไซเมอร์โลก 13

สังคมผู้สูงอายุ 11, 12, 14

สังคมผู้สูงอายุโดยสัมบูรณ์ 11, 12

สารสื่อประสาท 35, 38, 40, 41, 42, 54, 79, 85, 103, 106

สุภาษิตคำพังเพย 71

ห

หกล้ม 49, 52, 65, 78, 80, 81, 82, 83, 85, 89, 99, 101, 102, 105, 108, 109, 111, 132

หงุดหงิด 22, 37, 39, 43, 44, 46, 47, 48, 52, 77, 84, 85, 86, 97, 98, 99, 120, 121, 125

หน้าที่การทำงาน 16, 38, 67, 85

หลงผิด 22, 30, 32, 40, 41, 42, 47, 48, 49, 50, 51, 68, 69, 91, 120

หูแว่ว 22, 51, 68, 106, 120

หูแว่วประสาทหลอน 22

เหนื่อยหน่ายหมดไฟ 91, 120, 121

อ

อาการโรคจิต 24, 106, 107

อายุขัยค่าเฉลี่ยชีวิต 11

เกี่ยวกับผู้เขียน

พญ.ฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง

ปัจจุบันเป็นอาจารย์แพทย์ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ สังกัดภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จบการศึกษาแพทยศาสตร์บัณฑิต (เกียรตินิยม) จาก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (พ.ศ. 2549) และได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ โดยฝึกอบรมสถาบัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (พ.ศ. 2552) ได้ศึกษาต่อยอดในด้านเฉพาะทางจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ที่ประเทศแคนาดา และได้รับประกาศนียบัตร Clinical fellowship in Geriatric Psychiatry (ค.ศ. 2016-2018) จากมหาวิทยาลัย โตรอนโต ประเทศแคนาดา และได้รับอนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จากแพทยสภา (พ.ศ. 2561)

ด้านวิชาการ พญ.ฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง ปัจจุบันเป็นผู้ช่วยบรรณาธิการ วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย มีความเชี่ยวชาญ และสนใจศึกษาวิจัย ในด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ประสาทจิตเวชศาสตร์ โรคซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม และปัญหาด้านการรู้คิด ปริชาญปัญญา และ biomarkers ในโรคทางจิตเวช มีผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง ณ ปัจจุบัน พ.ศ. 2566 มีผลงานตีพิมพ์ในระดับนานาชาติมากกว่า 30 เรื่อง ดัชนี H-index=13 และเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย โครงการศึกษาพยาธิสรีระวิทยาในโรคซึมเศร้าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้รับทุนรัชดาภิเษกสมโภช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเป็นหัวหน้าโครงการสำรวจผลกระทบด้านสุขภาพ และระดับของประสิทธิภาพบุคคลในระหว่างมีการระบาดของโคโรน่าไวรัส-โครงการร่วมมือระดับนานาชาติ (Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times, COH-FIT) ในส่วนของประเทศไทย ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

คลิกกลับสารบัญ

ประสาทจิตเวชศาสตร์
ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

(The BPSD book)