

แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guideline for Dementia)



ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2551

ISBN 978-974-422-479-8

แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม

(Clinical Practice Guideline for Dementia)



ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2551

ISBN 978-974-422-479-8

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากร และเงื่อนไขของสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริม และแก้ไขปัญห สุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำนี้ได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควร โดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

คำนิยม

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ภายในไม่กี่ปีข้างหน้า ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นเป็นทวีคูณ เป็นภาระกับครอบครัว สังคม และประเทศชาติโดยรวม ซึ่งในปัจจุบันมีการคำนวณว่า ประเทศไทยมีผู้มีภาวะสมองเสื่อมแล้วเกือบหนึ่งล้านคน ทำให้เสียทรัพยากรทางตรงและทางอ้อมหลายหมื่นล้านบาทต่อปี

กรมการแพทย์ โดยสถาบันประสาทวิทยา มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาวิชาการโรกระบบประสาทจึงถือเป็นหน้าที่ที่จะเป็นเจ้าภาพจัดเวทีความร่วมมือ เพื่อให้ นักวิชาการจากหลากหลายองค์กร เข้ามาร่วมกัน กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เหมาะสมกับสังคมไทย เพื่อให้แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สามารถจัดบริการให้กับผู้ป่วย ญาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้รับการเพิ่มศักยภาพในการดูแล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถ และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม โภชนาการ การฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสม

การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้ ได้รับความร่วมมืออย่างยิ่ง จากตัวแทนราชวิทยาลัย สมาคม มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล และสถาบันต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนจากทั่วประเทศ ซึ่งสนับสนุนบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ มาร่วมกันระดมสมอง ทดลองใช้ และจัดทำแนวทางดังกล่าวจนเป็นผลสำเร็จ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการยอมรับ มีการใช้งานจริง และสามารถแก้ปัญหาสำคัญๆ ให้กับผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างมีศักยภาพ

สถาบันประสาทวิทยา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมฉบับนี้ จะเป็นเครื่องมือสำคัญ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา ได้รับประโยชน์สูงสุดที่จะนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันต่อไป



(นายแพทย์มัชัช สามเสน)

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	1
ข้อแนะนำการใช้	3
น้ำหนักคำแนะนำ	4
คุณภาพหลักฐาน	4
การปฏิบัติที่พึงกระทำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (strength of recommendation : + +)	9
การปฏิบัติที่ไม่พึงกระทำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (strength of recommendation : - -)	15
บทที่ 1 การซักประวัติและการตรวจร่างกาย	16
บทที่ 2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	21
บทที่ 3 การรักษาทั่วไป (general management)	28
3.1 กิจกรรมประจำวัน (activities of daily living : ADL)	28
3.2 สิ่งแวดล้อม (environment)	30
3.3 ผู้ดูแล (caregivers)	31
3.4 การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (rehabilitation)	32
3.5 การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (palliative and end-of- life care)	41
3.6 ปัญหาด้านกฎหมาย (legal issue)	42
บทที่ 4 Management of cognitive impairment	46
4.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management)	46
4.2 การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological management)	50
บทที่ 5 การรักษาปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต (management of behavior and psychological symptoms of dementia)	55

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก

1. ความรู้ทั่วไปเรื่องสมองเสื่อม	71
• สมองเสื่อมคืออะไร	
• โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์	
- โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์คืออะไร	
- ช่วงอายุวัยชราที่อัตราการเกิดโรคอัลไซเมอร์	
- การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์	
- ยารักษาโรคสมองเสื่อมมีผลอะไรต่อโรคอัลไซเมอร์	
- การรักษาโรคอัลไซเมอร์ส่วนที่ไม่ใช่ยา: $1 + 1 > 2$	
- เอกภพของโรคอัลไซเมอร์	
- การดูแลผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์	
- บทบาทของสังคมเรื่องการดูแลรักษาโรคอัลไซเมอร์	
• ระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม : a circular diagram	
• ความสัมพันธ์ MCI และ AD กับอายุ และ MMSE score	
• Activities of daily living : ADL	
2. ผู้ป่วยตัวอย่าง aphasia, apraxia, agnosia	82
3. Mild cognitive impairment	85
4. Neurodegenerative disorders	87
5. Reversible dementias	89
6. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th edition (DSM – IV – TR TM)	91
7. น้ำหนักคำแนะนำ (strength of recommendation)	92
เอกสารอ้างอิง	99
แบบทดสอบ	
MMSE	105
TMSE	106
MMSE-Thai 2002	107
แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์จากญาติหรือผู้ดูแล	110
ตัวย่อ	111

สารบัญแผนภูมิ

		หน้า
แผนภูมิที่ 1	แนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	6
แผนภูมิที่ 2	แนวทางการดูแลรักษา	7
แผนภูมิที่ 3	Management of hallucinations / delirium	8
แผนภูมิที่ 4	การถดถอยของ ADL ตามระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม	78
แผนภูมิที่ 5	ความสัมพันธ์ระหว่าง MCI และ AD กับอายุและ MMSE score	79

คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม

1. นพ.เจษฎา	โชคดำรงสุข	ที่ปรึกษา
2. นพ.มัธัช	สามเสน	ที่ปรึกษา
3. นพ.สมชาย	โตณะบุตร	ที่ปรึกษา
4. ศ.นพ.ประเสริฐ	บุญเกิด	ประธาน
5. พญ.ทักษิณ	ตันติฤทธิศักดิ์	รองประธาน
6. ศ.พญ.นันทิกา	ทวิชาติ	คณะกรรมการ
7. ผศ.นพ.สุเจริญ	ตั้งวงษ์ไชย	คณะกรรมการ
8. นพ.สุรจิต	สุนทรธรรม	คณะกรรมการ
9. ผศ.นพ.รุ่งนรินทร์	ประดิษฐ์สุวรรณ	คณะกรรมการ
10. รศ.ดร.จุฑามณี	สุทธิสีสังข์	คณะกรรมการ
11. รศ.นพ.ก้องเกียรติ	กฤษณ์กัณฑกร	คณะกรรมการ
12. รศ.นพ.เชิรชัย	งามทิพย์วัฒนา	คณะกรรมการ
13. รศ.พญ.วรพรรณ	เสนานรงค์	คณะกรรมการ
14. รศ.นพ.ประเสริฐ	อัสสันตชัย	คณะกรรมการ
15. รศ.พญ.จิรพร	เหล่าธรรมทัศน์	คณะกรรมการ
16. นพ.วรพงษ์	เชิรอุกฤษณ์	คณะกรรมการ
17. นพ.พนัส	ชัยญะกิจไพศาล	คณะกรรมการ
18. พญ.สิรินทร	ฉันทศิริกาญจน	คณะกรรมการ
19. พญ.โสภา	เกริกไกรกุล	คณะกรรมการ
20. นพ.สมศักดิ์	ลัทธิกุลธรรม	คณะกรรมการ
21. อ.พญ.ลำพู	โกศลวิทย์	คณะกรรมการ
22. น.ส.จิตนภา	วานิชวโรดม	คณะกรรมการ
23. นพ.อัครวุฒิ	วิริยเวชกุล	คณะกรรมการ
24. พญ.ขวัญรัตน์	หวังผลพัฒนศิริ	เลขานุการ
25. นพ.ธนศ	เดิมกลิ่นจันทน์	ผู้ช่วยเลขานุการ
26. น.ส.อิสริ	ตรีกมล	ผู้ช่วยเลขานุการ

บทนำ

ภาวะหรือโรคสมองเสื่อมมีมานานแล้ว นานพอๆกับการก่อกำเนิดของชนชาติไทยในดินแดนสุวรรณภูมิ แต่ในอดีตภาวะนี้ไม่ได้เป็นปัญหาของประเทศอย่างในปัจจุบัน เพราะเมื่อ 50 ปีก่อน ค่าเฉลี่ยอายุของประชากรไทยประมาณ 45-50 ปี คนไทยส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนที่ภาวะสมองเสื่อมจะแสดงอาการให้เห็น จากการศึกษาวิจัยทั่วประเทศทั้ง 4 ภาค 23 จังหวัด โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย และสถาบันวิชาการทางการแพทย์ในกรุงเทพฯ ในปี 2543 จำนวนประชากรศึกษาทั้งหมด 37,157 คน ได้ค่าเฉลี่ยอายุของภาวะสมองเสื่อมในคนไทยที่ 68.81 ปี สำหรับชาย และ 68.67 ปี สำหรับหญิง ความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 11.4 ถ้าแยกเพศ หญิงจะเป็นมากกว่าชายคือ ร้อยละ 13.9 ส่วนชายเป็นร้อยละ 8.0 ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างคนไทยที่อ่านออกเขียนได้ กับที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ เรื่องที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่งในการวิจัยครั้งนี้ คือการพบโรคซึมเศร้า หรือภาวะสมองเสื่อมเทียมมากถึง 6,122 ราย หรือประมาณ 1 ใน 6 ของประชากรทั้งหมด ข้อมูลนี้สำคัญมากต้องนำมาใช้ตลอดเวลาที่พบผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นภาวะสมองเสื่อม ระบบการแพทย์และสาธารณสุขของไทยที่ดีขึ้น ทำให้ค่าเฉลี่ยอายุของชาวไทย ในปี 2545 เป็น 69.9 ปี สำหรับเพศชาย และ 74.9 ปี สำหรับหญิง ตัวเลขค่าเฉลี่ยอายุของทั้งสองเพศ เกินค่าเฉลี่ยอายุของคนไทยที่จะเป็นภาวะสมองเสื่อม ในอนาคตผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทยต้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆอย่างต่อเนื่อง และแน่นอนชนิดที่ไม่มีทางหลีกเลี่ยง ถึงแม้ปัจจุบันมียาที่รักษาโรคนี้โดยตรงทำให้อาการทุเลาลง แต่ยังไม่มียาที่บรรเทาอาการที่แน่นอนในการใช้ป้องกันภาวะสมองเสื่อม

แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guideline for Dementia : แนวทางเวชปฏิบัติ) เป็นกลไกสำคัญ สำหรับประเทศไทยและระบบสาธารณสุขไทย ที่ทำให้การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมและการดูแลการรักษาถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศเทียบเท่าหรือใกล้เคียงมาตรฐานสากลเหมือนในนานาอารยประเทศ เป็นการปฏิบัติที่ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ ทั้งผู้ป่วยสมองเสื่อม แพทย์ และระบบสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะคุณภาพโดยรวมในการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม

ในการประเมินแนวทางเวชปฏิบัติฉบับที่หนึ่งโดยแพทย์ส่วนใหญ่ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลทั่วไปและชุมชนจำนวน 168 คนพบว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจมาก กล่าวคือได้คะแนนเฉลี่ยด้านความเข้าใจง่ายของเนื้อหาร้อยละ 90 และด้านการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ร้อยละ 80

ข้อมูลที่รวบรวมจากการประเมินแนวทางเวชปฏิบัติฉบับที่หนึ่งเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติฉบับที่สองให้ทรงคุณค่ายิ่งขึ้นสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้เหมาะสมแก่กาลสมัย สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และชมรมโรคสมองเสื่อมไทย สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย จึงได้เป็นแกนนำในการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติฉบับที่สองนี้ในทำนองเดียวกันกับการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับที่หนึ่งเมื่อ 5 ปีก่อน ด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย คณะแพทยศาสตร์ต่างๆ และผู้เกี่ยวข้อง ทำให้ได้แนวทาง เวชปฏิบัติฉบับที่สองอันทรงคุณค่าและเสร็จสมบูรณ์ภายในกรอบเวลาที่กำหนด

ปัจจุบันประเทศไทยยังขาดแคลนแพทย์ค่อนข้างมากโดยเฉพาะประสาทแพทย์และจิตแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมโดยตรง ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่จึงยังอยู่ภายใต้การดูแลของอายุรแพทย์หรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมยังเป็นองค์ความรู้และการปฏิบัติที่ลึกซึ้ง ละเอียดยาก และซับซ้อน หากวินิจฉัยผิดพลาด การปฏิบัติและผลที่ตามมาก็จะผิดพลาดตามด้วยอย่างไม่มีทางหลีกเลี่ยง การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติฉบับที่สองนี้จึงยึดหลักการรวบรวมแก่นองค์ความรู้ด้านภาวะสมองเสื่อมผสมผสานกับเวชปฏิบัติในบริบทของชุมชนและสังคมไทยปัจจุบัน

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับที่สองนี้ได้เพิ่มเติมเนื้อหาอีกหลายเรื่องเพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพกายและจิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การใส่ยาในผู้ป่วยระยะกลาง และระยะสุดท้าย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าวยิ่งขึ้นต่อไป

คณะผู้จัดทำ

ข้อเสนอแนะการใช้ CPG

“แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม”

ในระยะแรก ถ้าท่านใช้ CPG ฉบับนี้ให้ถูกต้องตามคำแนะนำ ท่านจะได้องค์ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม และความชำนาญในการใช้ CPG แบบสะสมที่เพิ่มพูนขึ้นเรื่อยๆ จากเดิมที่ท่านต้องพึ่งพา CPG เกือบ 100% เป็น การพิจารณาเพียงแผนภูมิ ท่านจะสามารถเข้าใจ CPG ฉบับนี้ได้ทั้งหมด

CPG เหมือนแผนที่ หรือ คู่มือการเดินทาง เป้าหมายหลักของ CPG คือการวินิจฉัยที่ถูกต้องและการดูแลรักษาโรคและภาวะสมองเสื่อม การใช้ CPG เหมือนกับการใช้แผนที่ เมื่อหลงทางหรือติดขัด ณ จุดใดก็เปิดดูรายละเอียดศึกษาข้อมูล ณ จุดนั้น ซึ่งอาจเป็นตาราง ภาคผนวก รวมทั้งเอกสารประกอบท้ายเล่ม เช่น คำจำกัดความภาวะสมองเสื่อม ศัพท์เฉพาะ aphasia, apraxia, agnosia, neuropsychological tests เช่น MMSE และเอกสารอ้างอิง สำหรับการค้นคว้าที่ลึกซึ้งลงไปอีกในเรื่องนั้นๆ

CPG นี้มีโครงสร้างหลักอยู่ 2 ส่วน คือ เรื่องการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม มีแผนภูมิที่ 1 เป็นแม่บทและเรื่องการดูแลรักษา ซึ่งมีแผนภูมิที่ 2 เป็นแม่บท แต่ละแผนภูมิจะมีแนวทางการปฏิบัติหลายขั้นตอนพร้อมด้วยตารางประกอบ และภาคผนวกเพื่อความกระจ่างชัด เมื่อขัดข้องหรือมีปัญหา

ขั้นตอนที่แนะนำ

- | | |
|--------------|---|
| ขั้นตอนที่ 1 | ศึกษาโครงสร้างหลักของ CPG เล่มนี้ โดยเปิดดูตั้งแต่หน้าแรกถึงหน้าสุดท้าย พิจารณา เนื้อหาเอกสารในภาพรวมทั้งเล่มว่ามีเรื่องอะไรและอยู่ที่ใดบ้าง |
| ขั้นตอนที่ 2 | ศึกษาแผนภูมิหลักที่ 1,2 ให้เข้าใจ เพราะแผนภูมินี้เป็นทั้งแม่บทและตัวกำกับเนื้อหา เมื่อเข้าใจแผนภูมิชัดเจนดีแล้วจะทำให้เข้าใจเนื้อหาทั้งหมดได้ง่ายขึ้น |
| ขั้นตอนที่ 3 | ถ้าต้องการทราบรายละเอียดแบบเจาะลึกให้ไปเปิดค้นที่ภาคผนวกในเรื่องต่างๆ เช่น คำจำกัดความ ตาราง เอกสารอ้างอิง |
| ขั้นตอนที่ 4 | เมื่อใช้ CPG ฉบับนี้บ่อยๆ จะเข้าใจได้ง่ายขึ้น และในที่สุดอาจปฏิบัติโดยไม่ต้องดูแผนภูมินี้เลย |

น้ำหนักคำแนะนำ (strength of recommendation)

น้ำหนัก ++ หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและคุ้มค่า (cost effective) “ควรทำ”
น้ำหนัก + หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในภาวะจำเพาะ และอาจคุ้มค่า “น่าทำ”
น้ำหนัก +/- หมายถึง	ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำ เนื่องจากการกระทำดังกล่าวอาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และอาจไม่คุ้มค่า การตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ “อาจทำหรือไม่ทำ”
น้ำหนัก - หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการกระทำดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและไม่คุ้มค่า หากไม่จำเป็น “ไม่น่าทำ”
น้ำหนัก -- หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูง เพราะการกระทำดังกล่าวอาจเกิดโทษ หรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย “ไม่ควรทำ”

คุณภาพหลักฐาน (quality of evidence)

ระดับ 1 หมายถึง	หลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled clinical trials) หรือการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ (a well-designed, randomize-controlled, clinical trial)
ระดับ 2 หมายถึง	หลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบของการศึกษาควบคุมแต่ไม่สุ่มตัวอย่าง (non-randomized, controlled, clinical trials) หรือการศึกษาควบคุมแต่ไม่สุ่มตัวอย่าง (well-designed, non-randomized, controlled clinical trial) หรือหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกที่ใช้รูปแบบการวิจัยอื่นและผลการวิจัยพบประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติรักษาที่เด่นชัดมาก (เช่น cohort study, case-control study)
ระดับ 3 หมายถึง	หลักฐานที่ได้จากการศึกษาพรรณนา (descriptive studies) หรือการศึกษาควบคุมที่มีคุณภาพพอใช้ (fair-designed, controlled clinical trial)
ระดับ 4 หมายถึง	หลักฐานที่ได้จากความเห็นหรือฉันทามติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญหรือรายงานอนุกรมผู้ป่วยจากการศึกษาในประชากรต่างกลุ่ม และคณะผู้ศึกษาต่างคณะ อย่างน้อย 2 ฉบับ

รายละเอียดและวิธีการกำหนดน้ำหนักคำแนะนำ ดูภาคผนวก 7

ความหมายของสัญลักษณ์ในแผนภูมิ

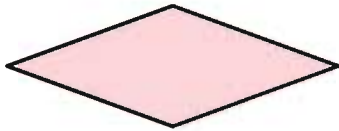
1. กรอบรูปสี่เหลี่ยม



=

ข้อความภายในกรอบเป็น ปัญหา : disease, syndrome

2. กรอบรูปสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด



=

ข้อความภายในเป็นการตัดสินใจปฏิบัติหรือ action :
investigation, observation, treatment

3. กรอบรูปสี่เหลี่ยมมน

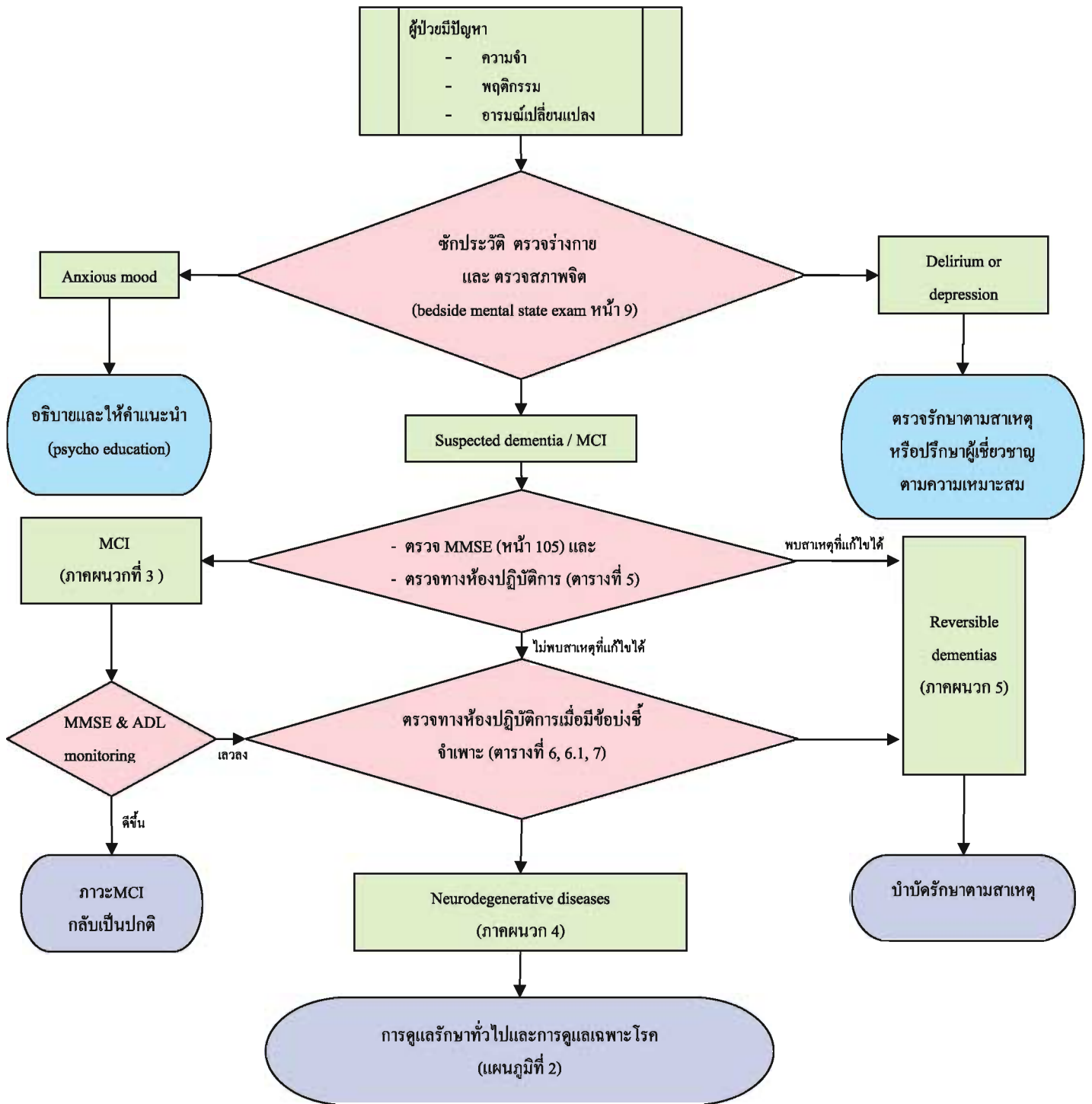


=

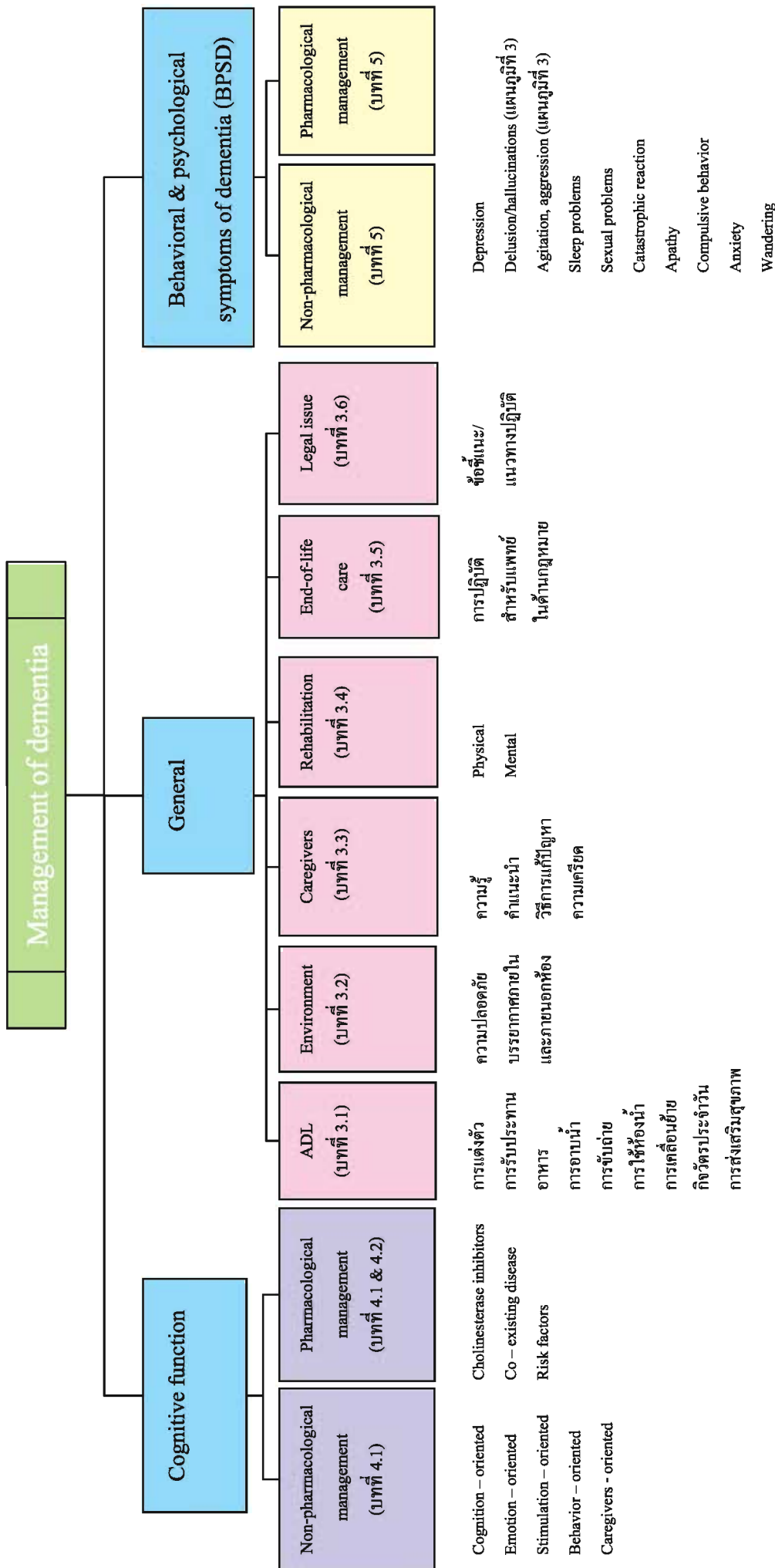
ข้อความภายในเป็นคำอธิบาย/ข้อเสนอแนะ : health education

อนึ่ง หากสถานพยาบาลใดไม่สามารถดำเนินการตามแนวทางฉบับนี้ ให้ใช้ดุลยพินิจของแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง หรืออาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

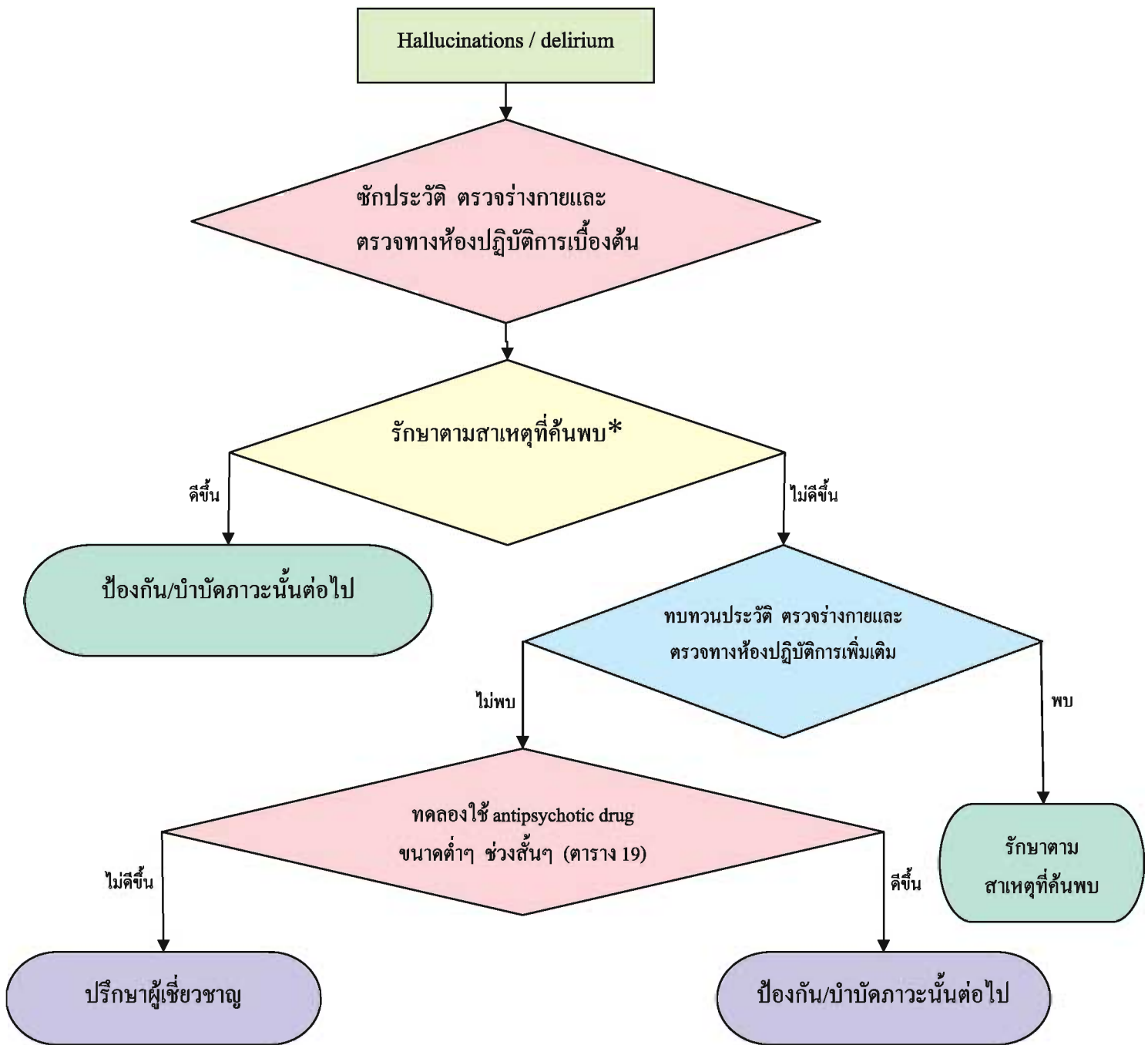
แผนภูมิที่ 1 แนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม



แผนภูมิที่ 2 แนวทางการดูแลรักษา



แผนภูมิที่ 3 Management of hallucinations / delirium



* สาเหตุที่พบได้บ่อย

- ยา : anticholinergic, benzodiazepine, tricyclic antidepressants
- อื่นๆ : Infection, dehydration, pain, electrolyte imbalance, CNS structural lesion, drug withdrawal

การปฏิบัติที่พึงกระทำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (น้ำหนักคำแนะนำ: ++)

การซักประวัติและตรวจร่างกาย

น้ำหนัก คำแนะนำ	ประเด็นการซักประวัติ/การตรวจร่างกาย	วัตถุประสงค์
	ประเด็นการซักประวัติ	
++	1. ผู้ป่วยโดยตรง	● เพื่อให้การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ● เพื่อการประเมินความรุนแรง/ระยะของภาวะสมองเสื่อม
++	2.ญาติ และ/หรือ ผู้ดูแล	● เพื่อให้การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ● เพื่อการประเมินความรุนแรง/ระยะของภาวะสมองเสื่อม
++	3. หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม ● ความจำ ● พฤติกรรม ● อารมณ์ ● ADL ● Orientation to:- - time - place - person - event	● เพื่อให้การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ● เพื่อการประเมินความรุนแรง/ระยะของภาวะสมองเสื่อม
	ประเด็นการตรวจร่างกาย	
++	● ตรวจร่างกายทั่วไป และทางระบบประสาท	● เพื่อให้การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ● เพื่อการประเมินความรุนแรง/ระยะของภาวะสมองเสื่อม
++	● Bedside mental state exam - Orientation to : time, place, person, event - ความจำ : คน, สัตว์, สิ่งของ, เหตุการณ์ - อารมณ์ : ขณะสนทนาและทำการตรวจร่างกาย - พฤติกรรม : ขณะทำการตรวจร่างกาย	
+	ความจำ* *ความจำดี : ผู้ป่วยต้องรู้สึกตัวเป็นปกติไม่มีความสับสนในเรื่องเวลา สถานที่ คน และเหตุการณ์ต่างๆ เรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง	

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำ

น้ำหนัก คำแนะนำ	ชนิดของการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์
++	CBC พร้อมดู peripheral blood smear	เพื่อหา hypersegmented neutrophils และ megaloblasts ซึ่งพบในภาวะขาดวิตามินบี 12 (vitamin B12 deficiency) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
++	BUN / creatinine	เพื่อตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของไต เพราะโรคไตวาย เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
++	ALT (SGPT)	เพื่อตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของตับ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
++	TSH	เพื่อตรวจหาภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
++	Serum VDRL หรือ RPR	เพื่อตรวจหาโรคซิฟิลิส ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
++	Fasting plasma glucose	เพื่อตรวจหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ทั้งเฉียบพลัน ถึงเฉียบพลัน และเรื้อรัง) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
++	Electrolyte	เพื่อตรวจหาภาวะโซเดียมในเลือดสูง หรือต่ำซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
++	CT scan หรือ MRI brain	เมื่อมีข้อบ่งชี้ตามตารางที่ 7 หรือเพื่อตรวจหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้ เช่น subdural hematoma, meningioma, NPH, glioma

การตรวจสอบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

น้ำหนัก คำแนะนำ	ทำ	ชนิดของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เหตุผลที่ไม่ทำ
++	☐	CBC (ดู red cell morphology และ hypersegmented neutrophils)	
	☐	BUN / creatinine	
	☐	ALT (SGPT)	
	☐	TSH	
	☐	VDRL หรือ RPR	
	☐	Fasting plasma glucose	
	☐	Electrolyte	
	☐	☐ CT brain หรือ ☐ MRI brain ☐ Age less than 60 years, Rapid (e.g. over 1 or 2 months) unexplained decline in cognition or function ☐ "Short" duration of dementia (less than 2 years with reliable history) ☐ Recent and significant head trauma ☐ Unexplained neurologic symptoms (e.g. new onset of severe headache or seizures) ☐ Gait apraxia	☐ History of cancer (especially in sites and types that metastasize to the brain) ☐ Use of anticoagulants or history of bleeding disorders ☐ History of urinary incontinence and gait apraxia early in the course of dementia (as may be found in normal pressure hydrocephalus) ☐ Any new localizing sign (e.g. hemiparesis or Babinski's sign), unusual or atypical cognitive symptoms or presentation (e.g. progressive aphasia)

การฟื้นฟูผู้ป่วยสมองเสื่อมด้านกายภาพ

น้ำหนัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
++	1. ความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นพื้นฐาน (basic activities of daily living : bADL) อาศัยการทำงานของร่างกาย 3 ระบบ 1.1 ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ : special sense	
++	การมองเห็น	เพื่อตรวจหาพยาธิสภาพที่พบบ่อยและสามารถแก้ไขได้ เช่น คอกระจก ค้อหิน หรือสายตาผิดปกติที่แก้ไขได้ด้วยแว่นสายตา
++	การได้ยิน	เพื่อตรวจหาพยาธิสภาพที่พบบ่อยและสามารถแก้ไขได้ ที่ทำให้การได้ยินบกพร่อง เช่น จี๊หูอุดตัน (ear wax impaction)
++	1.2 ความสามารถทางสุขภาพจิต : mental ability (อ่านเพิ่มเติมในบทที่เกี่ยวข้อง)	
++	1.3 ความสามารถด้านกายภาพ ที่นิยมใช้เป็นเครื่องมือของ Barthel's ADL	เพื่อประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน และวางแผนการฟื้นฟู
++	2. ความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นสูง (instrumental activities of daily living : iADL) เป็นความสามารถที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในระดับที่มากขึ้น ซึ่งใช้ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะต้นถึงระยะกลาง ยังสามารถทำกิจวัตรในบางด้านได้บ้าง ประเด็นที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ - การทำความสะอาด - การประกอบอาหารง่ายๆ - การไปจ่ายตลาด - การใช้จ่ายเงิน - การติดต่อสื่อสารหรือการเดินทางออกนอกบ้าน - การบริหารตนเอง	เพื่อประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน และวางแผนการฟื้นฟู โดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องอาศัยความสามารถทางสมองและทางกายภาพขั้นสูง

ขบวนการฟื้นฟูด้านกายภาพควรครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

น้ำหนัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ	วัตถุประสงค์
++	1. การให้คำแนะนำกับญาติในการให้การฟื้นฟูกับผู้ป่วย	เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้การฟื้นฟู
++	2. การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	เพื่อคงความสามารถที่ผู้ป่วยทำได้เองอยู่แล้วให้คงอยู่นานที่สุด และเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่บกพร่องหรือในกิจกรรมที่ญาติต้องการ
++	3. การกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหว	เพื่อฟื้นฟูให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถทางกายภาพด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดในการช่วยเหลือตนเอง

ประเด็นด้านกฎหมาย

น้ำหนัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ	วัตถุประสงค์
++	แจ้งผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบ และผู้ดูแลถึงคำวินิจฉัย และการพัฒนาการของโรคตามคู่มือ และคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวชระเบียน	เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบ และผู้ดูแลทราบถึง การวินิจฉัย สภาวะ และพัฒนาการของโรค เป็นหลักฐานป้องกันแพทย์จากการถูกกล่าวหาว่าละเลยไม่แจ้งเตือนถึงอันตราย
++	แจ้งผู้ป่วย ญาติผู้รับผิดชอบ และมีส่วนได้ส่วนเสียทางกฎหมายเกี่ยวกับปัญหาทางกฎหมายที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อสมองเสื่อมมากขึ้น เช่น ปัญหาทางคดีแพ่ง** และปัญหา คดีอาญา***	เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นทางกฎหมายในอนาคต
++	การให้ความเห็นใบรับรองแพทย์ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม และเป็นระยะใด ทุพพลภาพระดับใด*****	เพื่อประกอบหลักฐานการลาออก หรือ เพื่อประกอบคดีตามความประสงค์
++	พยานศาลตามหมายเรียกเพื่อเป็นพยาน - ฐานะแพทย์ผู้รักษา - ฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์	ทบทวนข้อมูลเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยก่อนไปตามหมาย ควรขอข้อมูลจากทนายความผู้ส่งหมายว่าเป็นคดีแบบใด แพ่ง อาญา หรือการขอตั้งผู้พิทักษ์บุคคลไร้ความสามารถ

*, **, ***, ***** ดูคำอธิบายที่หน้า 44

ยาด้านเศร้า (antidepressants)

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาด ที่เริ่ม (มก.)	ขนาด ต่อวัน (มก.)	ผลข้างเคียงที่สำคัญของกลุ่ม	คำแนะนำพิเศษ
++	กลุ่ม SSRI Fluoxetine	10	20-40	คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาทาง เพศ (หลังเช้า) ระงับปฏิกิริยา ระหว่างกันของยา	ไม่ควรให้ก่อนนอน อาจทำให้ผู้ป่วย ตื่นตัวขึ้นได้
++	Sertraline	50	50-200	คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาทางเพศ (หลังเช้า)	ไม่ควรให้ก่อนนอน อาจทำให้ผู้ป่วย ตื่นตัวขึ้นได้
++	Escitalopram	10	10-40	คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาทางเพศ (หลังเช้า)	ไม่ควรให้ก่อนนอน อาจทำให้ผู้ป่วย ตื่นตัวขึ้นได้
++	กลุ่ม antidepressants อื่นๆ Trazodone	25	50-100	Priapism, orthostatic hypotension	ใช้เป็นยานอนหลับ ได้

ยาด้านโรคจิต (antipsychotic drugs)

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาด ที่เริ่ม (มก.)	ขนาด ต่อวัน (มก.)	ผลข้างเคียงที่สำคัญของกลุ่ม
++	Risperidone*	0.25	0.5-2	Extrapyramidal side effects, sedation

ยาลดความวิตกกังวล (anxiolytics) และยานอนหลับ

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาด ที่เริ่ม (มก.)	ขนาด ต่อวัน (มก.)	ผลข้างเคียงที่สำคัญของกลุ่ม	คำแนะนำพิเศษ
++	Lorazepam	0.5	0.5 - 1	Sedation หกล้ม อาจสับสนก้าวร้าว	สามารถใช้เป็นยา นอนหลับได้
++	Temazepam	15	15– 30	Sedation หกล้ม อาจสับสนก้าวร้าว	สามารถใช้เป็นยา นอนหลับได้
++	Zolpidem*	5	5-10	Sedation หกล้ม ออกฤทธิ์เร็ว อาจสับสนก้าวร้าว	สามารถใช้เป็นยา นอนหลับได้

การปฏิบัติที่ไม่พึงกระทำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (นำหนักคำแนะนำ: - -)

ยารักษาโรคสมองเสื่อม

นำหนัก คำแนะนำ	โรค / ยา	การใช้ยา / ข้อพึงระวัง / ประโยชน์ที่ได้
- -	Estrogen Anti-inflammatory agents Antioxidants Lecithin	ไม่มีหลักฐานทางวิชาการเพียงพอในการใช้เป็น cognitive enhancing agents

ยาทางจิตเวช

นำหนัก คำแนะนำ	ยา	ผลข้างเคียงที่สำคัญของกลุ่ม	เหตุผลที่ไม่ควรใช้
- -	Amitriptyline Imipramine Doxepine	ความจำแย่ลง, ง่วงซึม คัดจมูก, ปัสสาวะลำบาก ท้องผูก, หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง คอแห้ง, หกล้มง่าย	Anticholinergic side effects Prolonged QTc interval
- -	Thioridazine	ความจำแย่ลง, ง่วงซึม คัดจมูก, หกล้มง่าย	Anticholinergic side effects Prolonged QTc interval
- -	Perphenazine	ความจำแย่ลง, ง่วงซึม คัดจมูก, หกล้มง่าย	Anticholinergic side effects Extra pyramidal side effects :EPS
- -	Chlorpromazine	ความจำแย่ลง, ง่วงซึม คัดจมูก, หกล้มง่าย	Anticholinergic side effects
- -	Trihexyphenidyl	ความจำแย่ลง, ปากคอแห้ง ท้องผูก, ปัสสาวะลำบาก หัวใจเต้นเร็ว	Anticholinergic side effects

การปฏิบัติต่อผู้ป่วย ที่นำหนักคำแนะนำ : ไม่ควรใช้ (- -)

นำหนัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ	ข้อพึงระวัง / ประโยชน์ที่ได้
- -	การรัดตรึงผู้ป่วย (restraint)	ไม่ควรใช้เป็นวิธีเดียวในการรักษาผู้ป่วย ควรคำนึงถึงประโยชน์และโทษก่อน ใช้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

บทที่ 1

การซักประวัติและตรวจร่างกาย

การซักประวัติ

การซักประวัติเป็นเรื่องสำคัญที่สุด และถือเป็นหลักใหญ่ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม มากกว่าหรือเท่ากับการตรวจร่างกาย

การพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรงมีความสำคัญมาก บางครั้งการพูดคุยกับผู้ป่วย ซักถามเพียง 4-5 คำถาม ก็สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคสมองเสื่อมหรือไม่ และอยู่ในระยะใด ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะพูดว่า “ลุง ป้า ...สบายดี ไม่เป็นอะไร” และไม่แสดงอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง

การพูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล หรือผู้ใกล้ชิดมีความสำคัญใกล้เคียงกับการพูดคุยกับผู้ป่วย โดยเฉพาะการเก็บรวบรวมข้อมูล ความผิดปกติเกี่ยวกับ ความจำ พฤติกรรม อารมณ์

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถามเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยโรค
1. การรู้ตัวว่ามีความจำผิดปกติ (cognitive impairment)	• ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าความจำไม่ดี • ผู้ป่วย mild cognitive impairment (MCI) ส่วนใหญ่รู้ถึงความจำไม่ดี • ผู้ป่วย pseudodementia ส่วนใหญ่รู้ถึงความจำไม่ดีร่วมกับมี depressive symptoms (ดูตารางที่ 4)
2. อาการรบกวนสับสน (mental confusion)	ถ้ามีอาการ fluctuation เป็นกลุ่ม delirium (ดูตารางที่ 4) เช่น meningitis, encephalopathy เป็นต้น หรืออาจเกิดร่วมกับผู้ป่วย dementia อยู่เดิม ซึ่งต้องหาสาเหตุต่อไป
3. ระยะเวลาที่ผิดปกติ (duration)	• ผู้ป่วยกลุ่ม potentially reversible dementias ระยะเวลาที่เป็นโรคมักจะไม่เกิน 6 เดือน • ผู้ป่วยกลุ่ม neurodegeneration ส่วนมากระยะเวลาที่เป็นนานกว่า 6 เดือน
4. ลักษณะอาการเมื่อเริ่มเป็น (onset)	ถ้าเป็นทันทีหรือเร็ว นึกถึง vascular dementia, subdural hematoma, hydrocephalus เป็นต้น

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถามเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค (ต่อ)

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยโรค
5.ลักษณะการดำเนินโรค (course)	● ถ้าการดำเนินโรคเร็ว (วันหรือสัปดาห์) นึกถึง potentially reversible dementias ● ถ้าการดำเนินโรคช้า ค่อยเป็นค่อยไป (เดือนหรือปี) นึกถึง neurodegenerative disorders
6.ความผิดปกติ ● ในหน้าที่และงานประจำ (instrumental) ● กิจวัตรประจำวัน (basic)	● การใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่เคยใช้ได้ในการประกอบอาชีพหรือปฏิบัติการกิจไม่ถูกต้อง ซึ่งจะผิดปกติตั้งแต่ระยะแรกของโรค เช่น การจ่ายเงิน ● การล้างหน้า การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การขับถ่ายจะเสียในระยะหลังของโรค
7.ประวัติการใช้ยาและสารอื่นๆ	ยาหรือสารบางชนิดทำให้มีอาการ dementia ได้ ซึ่งเป็น potentially reversible type เช่น tranquilizers, hypnotics, sedatives เป็นต้น
8. ประวัติในครอบครัว	เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการเมื่อมีอายุน้อยกว่า 55 ปี อาจเป็น early onset Alzheimer's disease

ตารางที่ 2 ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยแยกโรค

คำถาม	คำตอบ	การปฏิบัติ	ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัย
1. ความผิดปกติด้าน ความจำ พฤติกรรม อารมณ์ เกิดจาก ภาวะ delirium* ใช่ หรือไม่ใช่	ใช่	รักษาตามสาเหตุ และพิจารณา แผนภูมิที่ 3	มีปัญหาด้านความผิดปกติของ ระบบประสาท ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอาการ confusion , hallucination, psychosis
	ไม่ใช่	เก็บข้อมูลเพื่อตอบ คำถามข้อ 2	
2. ความผิดปกติของ ผู้ป่วยเกิดจากภาวะ pseudodementias หรือ mental depression ใช่ หรือ ไม่ใช่	ใช่	ให้ความรู้และการ ดูแลรักษา	มีปัญหาด้าน activities of daily living โดยผู้ป่วยเองมักรู้ตัว ค่อนข้างดี เมื่อเป็น pseudodementia แต่ถ้าเป็น dementia ผู้ป่วยมักไม่รู้ว่าตัวเอง มีความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ พฤติกรรม และอารมณ์ มีประวัติการใช้ยา หรือประวัติ ทางโรคจิตประสาท
	ไม่ใช่	ผู้ป่วยก้อยู่ในกลุ่ม dementia และ เตรียมข้อมูลเพื่อ ตอบคำถามข้อ 3	
3. Dementia เป็น reversible หรือ neurodegenerative diseases	Reversible diseases	รักษาตามสาเหตุ	มีความแตกต่างทางอาการและ อาการแสดงตาม primary cause ของ dementia เช่น brain tumor มีอาการปวดหัวมาก และพบ papilledema หรือ anemia ใน B12 deficiency VaD อาจมี focal neurological deficits
	Neurodegenerative diseases	สืบค้นเพิ่มเติม ให้การดูแลรักษา ตาม บทที่ 3,4,5 ถ้า ไม่ดีขึ้นให้ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญ	ภาคผนวก 3

* Delirium: เป็นภาวะฉุกเฉินต้องรีบให้การวินิจฉัยและการดูแลรักษาโดยฉับพลัน

ตารางที่ 3 การซักประวัติและตรวจร่างกายที่ช่วยการวินิจฉัยแยกโรค

History / physical signs	โรคที่พบบ่อยและประโยชน์ที่นำไปใช้
Gait apraxia	Normal pressure hydrocephalus, subdural hematoma
Incontinence	Normal pressure hydrocephalus, subdural hematoma
Seizure	Brain tumor, CNS infections
Progressive headache	Brain tumor, subdural hematoma, CNS infections
Localizing symptom	Brain tumor, subdural hematoma, abscess, stroke
Neck stiffness	Meningitis, subarachnoid hemorrhage
Papilledema	Brain tumor, subdural hematoma, CNS, infections
Primitive reflexes (sucking, grasping)	Indicate organic brain lesions
Mental state assessment (เลือกใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง) ● MMSE (หน้า 105)	- ช่วยการวินิจฉัย
Mental state assessment (เลือกใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง) ● MMSE (หน้า 105) ● TMSE (หน้า 106) ● MMSE - Thai 2002 (หน้า 107)	ช่วยในการวินิจฉัย บ่งบอกความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และบอกอัตราการเสื่อมถอยของโรค และภาวะสมองเสื่อมตามกาลเวลา
● ADL (ภาคผนวกที่ 1 หน้า 80) Instrumental : การซักผ้า การปรุงอาหาร การล้างจาน การใช้โทรศัพท์ การจ่ายตลาด สื่อสาร การบริหารเงิน การบริหารยา Basic : การลุกจากเตียง การขับถ่าย การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การล้างหน้า การแต่งตัว การแปรงฟัน การขึ้นลงบันได การรับประทานอาหาร	ช่วยในการวินิจฉัย บ่งบอกความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และบอกอัตราการเสื่อมถอยของโรค และภาวะสมองเสื่อมตามกาลเวลา อาการเหล่านี้จะเสียไปในระยะแรกของโรค อาการเหล่านี้จะเสียไปในระยะสุดท้ายของโรค ถ้าเสียไปแสดงว่าอาการของโรคสมองเสื่อมเป็นมาก

ตารางที่ 4

การเปรียบเทียบอาการทางคลินิกระหว่าง delirium, dementia และ depression

Feature	Delirium	Dementia	Depression
Onset	Acute หรือ subacute ขึ้นอยู่กับสาเหตุ	Chronic มักค่อยเป็นค่อยไป	สัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตที่เปลี่ยนไปมักเกิดขึ้นเร็ว
Course	เป็นไม่นาน อาการจะเป็นมากขึ้นหรือน้อยลงในช่วงเวลาของวัน (diurnal fluctuation) มักเป็นมากในช่วงมีค่า	เป็นนาน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นหรือน้อยลงในช่วงเวลาของวัน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ	อาการจะเป็นมากขึ้นและน้อยลงในช่วงเวลาของวัน โดยมากมักจะเป็นมากเวลาเช้า
Progression	เร็ว	ช้า	ไม่แน่นอน บางครั้งเร็ว บางครั้งช้า
Duration	เป็นชั่วโมงและมักไม่เกิน 1 เดือน	เป็นเดือนถึงเป็นปี	เป็นอย่างน้อย 2 สัปดาห์
Awareness	ลดลง	ดี	ดี
Alertness	เปลี่ยนแปลงมากขึ้นหรือน้อยลงในแต่ละวันบางครั้งง่วงซึมบางครั้งตื่นดี	โดยทั่วไปปกติ	ปกติ
Attention	เสีย	โดยทั่วไปปกติ	เสียเพียงเล็กน้อย
Orientation	โดยทั่วไปจะเสีย	อาจจะเสีย	เสียบางส่วน
Memory	เสียทั้ง immediate และ recent	ระยะแรกเสียเฉพาะ recent	เสียความจำบางส่วน (selective or patchy impairment)
Thinking	Disorganised, Distorted, fragmented, slow หรือ accelerated	คิด abstract ได้ยาก ตัดสินใจเลวลง คิดหาคำพูดลำบาก	ปกติดี แต่จะมีความคิด ท้อแท้สิ้นหวัง หมดหนทาง
Perception	Illusions, delusions และ hallucinations	ระยะแรกมักจะปกติดี ยกเว้น dementia with Lewy bodies	ปกติ แต่ถ้าเป็นรุนแรง มักจะมี delusion, hallucination ได้

บทที่ 2

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ประโยชน์ที่ได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มี 2 ประเด็นหลัก คือ

2.1.1 เพื่อทราบภาวะพื้นฐานของผู้ป่วย ก่อนหรือขณะที่กำลังมีปัญหา เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

2.1.2 เพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะหรือโรคสมองเสื่อม

หากมีข้อบ่งชี้มากกว่าที่ระบุไว้ในตารางที่ 5 จึงตรวจค้นเพิ่มเติมตามตารางที่ 6, 7

ตารางที่ 5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำ (น้ำหนักคำแนะนำ : ++)

เนื่องจากการเป็นการค้นหาภาวะที่ก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งบำบัดรักษาให้หายได้

น้ำหนัก คำแนะนำ	ชนิดของการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์
++	CBC พร้อมดู peripheral blood smear	เพื่อหา hypersegmented neutrophils และ megaloblasts ซึ่งพบในภาวะขาดวิตามินบี 12 (vitamin B12 deficiency) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
++	BUN / creatinine	เพื่อตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของไต เพราะโรคไตวายเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
++	Electrolyte	เพื่อตรวจหาภาวะโซเดียมในเลือดสูง หรือต่ำซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
++	ALT (SGPT)	เพื่อตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของตับ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้ ถ้าผิดปกติให้ตรวจ liver function test ทั้งหมด
++	TSH	เพื่อตรวจหาภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
++	Serum VDRL หรือ RPR	เพื่อตรวจหาโรคซิฟิลิส ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้ ถ้าผลเป็นบวกให้ยืนยันด้วยการตรวจ FTA-ABS IgG หรือ TPHA ใน serum และ VDRL, TPHA หรือ FTA-ABS IgG ใน CSF

ตารางที่ 5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำ (น้ำหนักคำแนะนำ : ++) (ต่อ)
 เนื่องจากเป็นการค้นหาภาวะที่ก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งบำบัดรักษาให้หายได้

น้ำหนัก คำแนะนำ	ชนิดของการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์
++	Fasting plasma glucose	เพื่อตรวจหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ทั้งเฉียบพลัน กึ่ง เฉียบพลัน และเรื้อรัง) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมอง เสื่อมที่บำบัดรักษาได้
++	CT scan หรือ MRI brain	เมื่อมีข้อบ่งชี้ตามตารางที่ 7 หรือเพื่อตรวจหาสาเหตุของภาวะ สมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้ เช่น subdural hematoma, meningioma, NPH, glioma

ตารางที่ 6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อมีข้อบ่งชี้จำเพาะ (น้ำหนักคำแนะนำ: +)

น้ำหนัก คำแนะนำ	ชนิดของการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์
+	CT scan หรือ MRI brain	เพื่อหาสาเหตุในกรณีที่การวินิจฉัยทางคลินิกไม่ชัดเจน หรือไม่มีข้อบ่งชี้ ตามตารางที่ 7
+	Liver function test เมื่อมีประวัติหรือปัจจัยเสี่ยงต่อโรคตับ	เพื่อตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของตับ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่ง ของภาวะสมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
+	Serum and CSF VDRL, TPHA หรือ FTA-ABS IgG เมื่อผล serum VDRL/RPR เป็นบวก	เพื่อยืนยันการติดเชื้อซิฟิลิสในสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะ สมองเสื่อมที่บำบัดรักษาได้
+	Anti HIV เมื่อมีข้อสงสัย เช่น อายุน้อยกว่า 60 ปี เกิดอาการสมองเสื่อมขึ้นเร็ว หรือมี ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีการติดเชื้อ ฉวยโอกาสเกิดขึ้น	เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม เช่น AIDS dementia complex และช่วยในการวางแผนการรักษา
+	Calcium เมื่อมีข้อสงสัย เช่น มีประวัติมะเร็ง มี ภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นเร็ว	เพื่อตรวจหาความผิดปกติของระดับแคลเซียมในเลือด เพราะภาวะ hypercalcemia ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้
+	Serum vitamin B12 เมื่อมีข้อสงสัย เช่น พบโภชนาการ มังสวิรัตินาน (มากกว่า 3 ปี) มีการตัด กระเพาะอาหาร (gastrectomy)	เพื่อตรวจหาภาวะพร่องวิตามิน B12 ซึ่งทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ เนื่องจากความชุกของปัญหาการขาด B12 ในประชากรไทยเพียง 0.6 % ซึ่งน้อยกว่าในต่างประเทศ และมีปัญหาการสังเคราะห์
+	EEG สงสัย Creutzfeldt – Jakob disease (rapidly progressive dementia with myoclonic jerks)	เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค Creutzfeldt – Jakob disease (CJD)

ตารางที่ 6.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อมีข้อบ่งชี้จำเพาะ (น้ำหนักคำแนะนำ : +, +/-)

น้ำหนัก คำแนะนำ	ชนิดของการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์
+	LP and CSF examination เมื่อสงสัย leptomeningeal metastasis, CNS infection, neurosyphilis, normal pressure hydrocephalus, rapidly progressive or unusual dementia, CNS vasculitis, immunosuppression patients	เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมจากบางโรค และช่วยวางแผนการรักษา
+/-	Neuroimaging : พิจารณาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น Functional ● fMRI ● nuclear SPECT ● PET scan	เพื่อใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคสมองเสื่อมและติดตามการรักษา
+/-	Metabolic ● fMRI ● nuclear SPECT ● PET scan	เพื่อใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคสมองเสื่อมและติดตามการรักษา
+/-	Plasma or CSF biomarkers พิจารณาส่งตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ● CSF β-Amyloid₁₋₄₂ and hyperphosphorylated tau ● Plasma Aβ₄₂	เพื่อการวินิจฉัยโรค AD เมื่อพบ CSF hyperphosphorylated tau เพิ่มขึ้น CSF β -Amyloid ₁₋₄₂ ลดลง และ plasma A β ₄₂ ลดลงหรือใช้ในการวินิจฉัยแยกโรค frontal variants ของ AD จาก frontotemporal dementia

ตารางที่ 6.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อมีข้อบ่งชี้จำเพาะ (น้ำหนักคำแนะนำ : +, +/-) (ต่อ)

น้ำหนักคำแนะนำ	ชนิดของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์
+/-	CSF 14-3-3 protein เมื่อสงสัยโรค Creutzfeldt – Jakob disease	เพื่อการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก Creutzfeldt – Jakob disease
+ + +/- +/- +/- +/- +/-	Genetic markers สามารถส่งตรวจได้เฉพาะในโรงเรียนแพทย์บางแห่ง เมื่อพบผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี และ/หรือมีประวัติสมองเสื่อมในครอบครัว	เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค - Familial AD : presenilin และ APP mutations - Huntington’s disease, : CAG repeats SCA, DRPLA - Early onset AD : ApoE genotype - Familial prion disease : prion gene mutations - Familial FTD : tau gene mutations - Mitochondrial disorders : mitochondrial DNA mutations - CADASIL : notch 3 mutations

วัตถุประสงค์หลักของการทำ CT และ MRI brain ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมี 2 ประเด็น

1. เพื่อตรวจหาโรคอื่นๆ ของสมอง เช่น เนื้องอก เลือด หรือน้ำคั่งในสมอง หรือโรคติดเชื้อในสมอง ให้ทำการตรวจแบบธรรมดา การฉีดสารทึบรังสีหรือสารแกโดลิเนียม (gadolinium) จะพิจารณาเป็นกรณีพิเศษในผู้ป่วยบางรายที่มีข้อบ่งชี้
2. เพื่อศึกษารายละเอียดของสมองในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม (MRI with dementia protocol)
 - Sagittal T1W
 - Axial T1W, FSET2W, FLAIR, DWI/ADC
 - Coronal gradient T2
 - Volume thin slice 1 mm in coronal plane perpendicular to plane of hippocampal gyrus

ตารางที่ 7 ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ CT scan หรือ MRI brain

CT or MRI scan of the brain is recommended if 1 or more of the following criteria are present

- Age less than 60 years
- Rapid (e.g. over 1 or 2 months) unexplained decline in cognition or function
- “Short” duration of dementia (less than 2 years with reliable history)
- Recent and significant head trauma
- Unexplained neurologic symptoms (e.g. new onset of severe headache or seizures)
- History of cancer (especially in sites and types that metastasize to brain)
- Use of anticoagulants or history of bleeding disorders
- History of urinary incontinence and gait apraxia early in the course of dementia (as may be found in normal pressure hydrocephalus)
- Any new localizing sign (e.g. hemiparesis or Babinski’s sign)
- Unusual or atypical cognitive symptoms or presentation (e.g. progressive aphasia)
- Gait apraxia

การทำ CT scan หรือ MRI brain ไม่จำเป็นต้องฉีดสารทึบรังสีและสารแกโดลิเนียม (gadolinium) ในทุกราย ยกเว้นในกรณีที่ตรวจแล้วพบรอยโรคที่สงสัยเนื้องอก การติดเชื้อ หรือผู้ป่วยมีประวัติมะเร็ง

หากทำ CT scan แล้วพบรอยโรคที่สงสัยอาจพิจารณาทำ MRI brain เพื่อให้การวินิจฉัยชัดเจนยิ่งขึ้น ในบางกรณีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจพิจารณาทำ MRI brain โดยไม่ต้องทำ CT brain ก่อน

ข้อห้ามในการทำ MRI brain

- ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (pacemaker) หรืออุปกรณ์พิเศษที่ได้รับความเสียหายจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าของเครื่อง MRI
- มีสารแปลกปลอมที่มีปฏิกิริยากับสนามแม่เหล็กที่อยู่ใกล้อวัยวะที่สำคัญ (ferromagnetic substance near critical structures)

ตารางที่ 8

การตรวจสอบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

น้ำหนัก คำแนะนำ	ทำ	ชนิดของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เหตุผลที่ไม่ทำ
++	☐	CBC (ดู red cell morphology และ hypersegmented neutrophils)	
	☐	BUN / creatinine	
	☐	ALT (SGPT)	
	☐	TSH	
	☐	VDRL หรือ RPR	
	☐	Fasting plasma glucose	
	☐	Electrolyte	
	☐	☐ CT brain หรือ ☐ MRI brain ☐ Age less than 60 years, Rapid (e.g. over 1 or 2 months) unexplained decline in cognition or function, ☐ "Short" duration of dementia (less than 2 years with reliable history), ☐ Recent and significant head trauma, ☐ Unexplained neurologic symptoms (e.g. new onset of severe headache or seizures), ☐ Gait apraxia	☐ History of cancer (especially in sites and types that metastasize to the brain) ☐ Use of anticoagulants or history of bleeding disorders, ☐ History of urinary incontinence and gait apraxia early in the course of dementia (as may be found in normal pressure hydrocephalus), ☐ Any new localizing sign (e.g. hemiparesis or Babinski's sign), Unusual or atypical cognitive symptoms or presentation (e.g. progressive aphasia)
+		CT brain หรือ MRI brain ในกรณีที่มีสาเหตุของสมองเสื่อมไม่พบ	
		Liver function test	
		TPHA หรือ FTA-ABS IgG เมื่อพบ positive VDRL/RPR	
		Anti HIV	
		Serum calcium	
		Serum vitamin B12 level	
		EEG	
		LP and CSF examination	
		Genetic marker for familial AD (age of onset <55 years.)	
		Genetic marker for Huntington's disease, SCA and DRPLA	

บทที่ 3

การดูแลรักษาทั่วไป (general management)

3.1 กิจกรรมประจำวัน (activities of daily living : ADL)

ระดับการจัดการด้านกิจกรรมประจำวันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของ ภาวะสมองเสื่อมและความสามารถในการใช้มือ แขน ขา นั่ง ยืน เดิน และการทรงตัวขณะกำลังยืน เดิน

การแต่งตัว

- ให้เลือกเครื่องแต่งกายเองจนกว่าจะทำได้
- จัดเตรียมเสื้อผ้าที่สะดวกในการ ใส่ ถอด และทำความสะอาด
- ให้แนวทางในการจัดเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับกาลเทศะ แต่ต้องมีความยืดหยุ่นด้วย

การรับประทานอาหาร

- ประเมินปริมาณอาหารและสัดส่วนสารอาหารให้เหมาะสม
- แบ่งอาหารให้สะดวกที่จะเอาเข้าปาก
- ช้อน ส้อม มีด จับถือสะดวก ค้ามใหญ่
- ดูแลเรื่องอุณหภูมิอาหาร
- ปรับเวลาอาหารให้เหมาะสมกับการหลับคืน
- เมื่อสมองเสื่อมมาก ต้องเฝ้าดูขณะกำลังรับประทานอาหารด้วย เพราะบางคนกินแต่ข้าวไม่กินกับข้าว หรืออาจสลับกันก็ได้ บางคนจับช้อน-ส้อมไม่ถูก หรือจับถูกแต่ใช้ไม่เป็น

การอาบน้ำ

- จัดเตรียมอุปกรณ์ตามลำดับ
- มีกำหนดเวลาให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน
- ใช้อุปกรณ์ที่คุ้นเคยและสะดวกไม่สลับซับซ้อน
- ระวังน้ำร้อนลวก
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ลงมือทำเองให้มากที่สุด แต่ต้องเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะกำลังอาบน้ำ และต้องคอยตรวจสอบดูเรื่องความสะดวกด้วย

การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ

- จัดเวลาให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันและมื้ออาหาร
- ปรับแต่งให้ห้องขับถ่ายมีความสะดวก มองหาและไปถึงสะดวกอยู่ไม่ไกลจากที่พักประจำ
- ปรับอาหารและน้ำดื่มให้เข้ากับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
- ถ้ากลั้นปัสสาวะไม่ได้อาจกำหนดเวลาไปห้องน้ำเป็นระยะแม้จะยังไม่รู้สึกปวดปัสสาวะ

การยืน การเดิน และการเคลื่อนไหวร่างกาย

- ทดสอบความสามารถในการยืน การเดิน โดยเฉพาะเรื่องการทรงตัว
- ละเว้นการจำกัดการเคลื่อนไหวและการเดินของผู้ป่วย
- เลือกเวลา ทางเดินให้ปลอดภัยและสร้างเสริมสุขภาพ
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เดิน ได้เคลื่อนไหวด้วยตัวเอง โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การเดินมีผลด้านบวกต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมหลายอย่าง เช่น การควบคุมอารมณ์ การนอน การขับถ่าย และด้านความจำด้วย
- ยืนไม่ได้ เดินไม่ได้ การแนะนำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงก็เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าอนึ่งๆ บนเตียง
- เมื่อถึงระยะที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ควรเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ไม่สลับซับซ้อน
- ให้การช่วยเหลือด้านวาจาและทางร่างกายอย่างง่ายๆ และเป็นขั้นตอนทั้งเรื่องการยืนและการเดิน

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

1. อาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการให้ได้อาหารครบทั้ง 5 หมู่ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ การขาดอาหารโปรตีน ค่า serum albumin น้อยกว่า 3.6 mg% หรือน้อยกว่า 3.0 mg% ในผู้ป่วยบางราย ทำให้กล้ามเนื้อที่ขา แขน ขาคมวอล และขาดพลัง กระตุ้นเท่าใดก็ไม่มีการพัฒนา เมื่อขาดอาหารโปรตีนต้องชดเชยด้วยอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ เท่านั้น จึงจะให้ผล และต้องเพิ่มปริมาณอาหารทั้งหมดเพื่อให้ได้จำนวนแคลอรีที่พอเพียงควบคู่ไปด้วย ถ้าแคลอรีไม่พอ อาหารโปรตีนจะถูกนำไปเผาผลาญ เพื่อใช้เป็นพลังงาน ทำให้ผู้ป่วยขาดโปรตีนเหมือนเดิม
2. ควบคุมน้ำหนักตัวตามมาตรฐาน BMI
3. ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับโรคและสภาพของผู้ป่วย
4. การดูแลและการใช้ยาสำหรับรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เดิม ควรคำนึงถึง drug interaction กับยาที่จะใช้รักษาผู้ป่วย Alzheimer
5. การป้องกันโรคแทรกซ้อน การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ
6. หลีกเลี่ยงโรคติดต่อ ลูกหลานที่เป็นไข้หวัดไม่ควรมาเยี่ยมชิดใกล้ขณะมีอาการ
7. ดูแลสุขภาพจิต หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดภาวะความตึงเครียด
8. กิจกรรมทางสังคม เช่น การได้พบเพื่อน หรือญาติ หรือกิจกรรมอื่นที่ผู้ป่วยชอบและพอใจก็นำมาใช้ได้

3.2 สิ่งแวดล้อม (environment)

แนวทางการจัดสิ่งแวดล้อม

ความปลอดภัย

- ใช้เฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง ไม่ลื่น เลี่ยงสิ่งของที่มีล้อ
- ทางเดิน พื้น บันได โถง สะดวก
- ป้องกันไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จากอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ปลั๊กไฟ อุปกรณ์ไฟฟ้า เตาแก๊ส เครื่องทำน้ำร้อน
- ยาและสารเคมี จัดเก็บไว้ในที่มิดชิด
- เก็บสิ่งของชิ้นเล็ก ๆ ที่อาจเอาเข้าปากและจมน้ำ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายได้
- ห้องน้ำ ควรแยกส่วนแห้ง ส่วนเปียก เพื่อป้องกันการลื่น อุปกรณ์อาบน้ำ ควรอยู่ในระดับสายตา เพื่อให้ใช้สะดวก มีราวสำหรับจับ ยึด เกาะ ไม่มีธรณีประตูหรือทางลาดในห้องน้ำ

บรรยากาศภายในและภายนอกห้อง

- ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย
- เลี่ยงการตกแต่งด้วยกระจกเงา
- สีห้องและม่าน ควรเป็นสีโทนเดียว สบายตา ไม่มีลวดลาย

ในช่วง mild to moderate dementia ไม่ควรย้ายที่อยู่อาศัยหรือปรับย้ายเครื่องเรือนหลักเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยสับสนมากขึ้น ความสามารถสมองส่วนอื่น ๆ ลดลงด้วย

3.3 ผู้ดูแล (caregivers)

- ความรู้พื้นฐานง่ายๆ เกี่ยวกับ
 - แนวทางการดูแลรักษา
 - การพยากรณ์โรค
 - จิตจำกัดความสามารถของผู้ป่วย
 - เนื่องจากความรู้ความสามารถของผู้ดูแลมีหลายระดับ จิตจำกัดและความสามารถของตัวผู้ดูแลเองควรได้รับการประเมินในสถานการณ์จริงด้วย ถ้าไม่ถูกต้องต้องแก้ไขและให้คำแนะนำด้วย
- คำแนะนำ
 - การดูแลสุขภาพตนเอง เรื่องอาหาร การพักผ่อน และการออกกำลังกาย
 - เกี่ยวกับกลยุทธ์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้อารมณ์พฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้น
 - การดูแลกรณีพิเศษ เช่น ท่อสายยางเพื่อให้อาหาร ท่อเจาะหลอดลม
- วิธีการแก้ไขปัญหาคความเครียด^{1,3}
 - จัดตารางให้ตนเองมีเวลาพักผ่อน เช่นหาบุคคลอื่นมารับผิดชอบเป็นครั้งคราว
 - หาผู้ที่สามารถพูดระบายความรู้สึกออกมาได้บ้าง ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล หรือกลุ่มญาติ ผู้ป่วยด้วยกันเอง
 - กล้าที่จะบอกและแสดงความต้องการของตนเอง เช่นต้องการหยุดพัก ต้องการมีเวลาส่วนตัว และขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น
 - ถ้าจะแสดงอารมณ์ออกมาบ้างก็ไม่ใช่อะไรผิด เช่น โกรธ โมโห ขุ่นเคือง เสรีโทศ หมดหวัง รู้สึกผิด ละอายใจ
 - ถ้ามีปัญหาข่งยากที่แก้ไขไม่ได้ในวันนั้นควรหาทางแก้ไขในวันต่อมา
 - มีกิจกรรมนอกบ้านบ้าง เช่นออกไปตลาด ทำบุญที่วัด ดูภาพยนตร์ เดินซื้อของตามห้างสรรพสินค้า
 - วิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น ปลุกต้นไม้ อ่านหนังสือ เย็บปักถักร้อย ดูโทรทัศน์
 - เมื่อได้ปฏิบัติดังกล่าวข้างต้นแล้วญาติยังรู้สึกว่าตนมีความเครียด แพทย์ที่ดูแลควรแนะนำให้หยุดพักสักระยะหนึ่ง หากว่ายังไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้อีกอาจต้องปรึกษาจิตแพทย์

3.4 การฟื้นฟูผู้ป่วยสมองเสื่อม

3.4.1 การฟื้นฟูผู้ป่วยสมองเสื่อมด้านกายภาพ (physical rehabilitation)

โดยทั่วไปการฟื้นฟู (rehabilitation) หมายถึงขบวนการที่พยายามทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง โดยเฉพาะในกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือที่ญาติต้องการ มี 4 ประเด็นหลัก คือ ความสามารถด้าน

- กายภาพ (physical)
- สุขภาพจิต (mental)
- สังคม (social)
- การประกอบอาชีพ (vocational)

เนื่องจากสมองต้องทำงานตลอดเวลาเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในด้านนั้นๆ ถ้าไม่ใช้งาน สมองส่วนนั้นก็จะเสื่อมลงและหมดประสิทธิภาพการทำงานอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถจะฟื้นฟูให้กลับมาอีกได้ บางรายการฟื้นฟูสามารถช่วยให้บางกิจกรรมที่เสื่อมถอยไปดีขึ้นกว่าเดิม

การฟื้นฟูความสามารถด้านกายภาพในผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากจะก่อให้เกิดผลดีด้านการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันแล้ว ยังทำให้ระบบการทรงตัวของผู้ป่วยอ่อนไหวและดีขึ้น ช่วยป้องกันอุบัติเหตุการหกล้มที่อาจเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การฟื้นฟูที่ดีและมีประสิทธิภาพต้องทำอย่างต่อเนื่องทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และที่บ้าน และการฟื้นฟูที่ให้กับผู้ป่วยในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และญาติของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ใกล้ชิด ควรตระหนักถึงความสำคัญนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง การฟื้นฟูความสามารถด้านกายภาพควรร่วมมือกันทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team)

เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพแตกต่างกันไปในแต่ละคน ดังนั้นความบกพร่องในความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของแต่ละคนจึงแตกต่างกัน บุคลากรที่ให้การฟื้นฟูจึงควรประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยก่อน เพื่อให้ทราบปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือตนเอง แล้วจึงวางแผนการฟื้นฟู ตลอดจนกำหนดเป้าหมายของการฟื้นฟูให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต่อไป การประเมินที่นิยมใช้สำหรับผู้ป่วยผู้สูงอายุมี 2 ประเภท ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นสูง

น้ำหนัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
++	1. ความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นพื้นฐาน (basic activities of daily living : bADL) อาศัยการทำงานของร่างกาย 3 ระบบ ควรมีการประเมินประเด็นเหล่านี้ที่ base line และ ประเมินซ้ำตามความเหมาะสม	
++	1.1 ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ (special sense)	
++	การมองเห็น	เพื่อตรวจหาพยาธิสภาพที่พบบ่อยและสามารถ แก้ไขได้ เช่น ต้อกระจก คัดหิน หรือสายตาคิดปกติ ที่แก้ไขได้ด้วยแว่นสายตา
++	การได้ยิน	เพื่อตรวจหาพยาธิสภาพที่พบบ่อยและสามารถ แก้ไขได้ ที่ทำให้การได้ยินบกพร่อง เช่น จีหูอุดตัน (ear wax impaction)
++	การรับรู้ประสาทสัมผัสผิวหนัง ที่มือ/เท้า/ลำตัว	เพื่อตรวจหาความสามารถในการรับรู้ประสาท สัมผัสผิวหนังที่มือ/เท้า/ลำตัว
++	การรับรู้รสและกลิ่น	เพื่อตรวจหาความสามารถในการรับรู้รสและกลิ่น
++	1.2 ความสามารถด้านกายภาพ ที่นิยม ใช้เป็นเครื่องมือของ Barthel's index	เพื่อประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยตนเอง ได้ในชีวิตประจำวัน และวางแผนการฟื้นฟู
++	2. ความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นสูง (instrumental activities of daily living : IADL) เป็นความสามารถที่ผู้ป่วยช่วยเหลือ ตนเองในระดับที่มากขึ้น ซึ่งใช้ในกรณี ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะต้นถึง ระยะกลาง ยังสามารถทำกิจวัตรในบาง ด้านได้บ้าง ประเด็นที่สำคัญสำหรับ ผู้สูงอายุ ได้แก่ - การทำความสะอาด - การประกอบอาหารง่ายๆ - การไปจ่ายตลาด - การใช้จ่ายเงิน - การติดต่อสื่อสารหรือการ เดินทางออกนอกบ้าน - การบริหารยาเอง	เพื่อประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยตนเอง ได้ในชีวิตประจำวัน และวางแผนการฟื้นฟู โดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องอาศัยความสามารถทาง สมองและทางกายภาพขั้นสูง

หลังจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้ป่วยแล้ว ขบวนการฟื้นฟูด้าน
กายภาพควรครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

ตารางที่ 11 การฟื้นฟูด้านกายภาพ

น้ำหนัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ	วัตถุประสงค์
++	1. การให้คำแนะนำกับญาติในการให้การฟื้นฟูกับผู้ป่วย	เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้การฟื้นฟู
++	2. การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	เพื่อคงความสามารถที่ผู้ป่วยทำได้เองอยู่แล้วให้คงอยู่นานที่สุด และเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่บกพร่อง หรือในกิจกรรมที่ญาติต้องการ
++	3. การกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหว	เพื่อฟื้นฟูให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถทางกายภาพด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดในการช่วยเหลือตนเอง
+	4. การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม	เพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ในการช่วยเหลือตนเอง

ประเด็นหลักของการฟื้นฟูด้านกายภาพ

1. การให้คำแนะนำกับญาติในการให้การฟื้นฟูกับผู้ป่วย

เป็นสิ่งที่สำคัญ ที่ควรปฏิบัติ เพราะจะทำให้ปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยลดลง ญาติผู้ดูแลก็จะมีสุขภาพจิตดีขึ้นและมีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาการให้คำแนะนำกับญาติผู้ป่วยขณะที่เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัดออกทำการ โดยให้คำแนะนำในด้านการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทั้งในด้านกายภาพและสังคมของผู้ป่วย พบว่านอกจากจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมแล้ว ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมน้อยกว่า ญาติผู้ดูแลก็มีสุขภาพจิตดีกว่า และมีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยเมื่อติดตามผลที่เวลา 3 เดือนหลังการศึกษา

2. การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจรับการฝึกฝนให้ปฏิบัติกิจวัตรที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะในด้าน instrumental ADL เช่น ฝึกให้บริหารยาได้เอง มีการศึกษาโดยฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรร่วมกับการกระตุ้นความจำไปพร้อมกัน พบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ดีขึ้นชัดเจนกว่าผลที่ได้จากการฝึกกระตุ้นความจำ กรณีนี้อาจใช้อุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตร เช่น

- คอกเดิน (walking frame) ในการเดินไปมาภายในบ้าน

- กล้องจัดตาเป็นรายวันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบริหารยาได้ด้วยตนเอง เครื่องช่วยฟัง (hearing aid)
- แว่นตาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสื่อสารกับผู้อื่นได้
- การปรับรองเท้าให้เหมาะสมกับการเดินของผู้ป่วย

แนะนำญาติ ให้กระตุ้นระบบประสาทสัมผัสการรับรู้ของผู้ป่วยโดยการบีบ จับ นวด กระตุ้นการรับรู้รสของผู้ป่วยโดยการสังเกตหาอาหารที่ชอบและหามาให้รับประทาน เปลี่ยนอาหารให้หลากหลาย เป็นต้น ความสำเร็จของการฝึกอยู่ที่ความสม่ำเสมอของการฝึกโดยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

3. การกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหว

จุดมุ่งหมายในการออกกำลังกายเพื่อการรักษา ได้แก่ การออกกำลังเพื่อ

1. คงพิสัยของข้อ (range of motion exercise)
2. เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strengthening exercise)
3. เพิ่มความคงทนของกล้ามเนื้อ (muscle endurance)
4. ความแข็งแรงของระบบไหลเวียนเลือด (cardiovascular endurance exercise)
5. พัฒนาการประสานงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อและการทรงตัว (balance exercise)

มีการศึกษาที่บ่งถึงผลดีของการให้การฟื้นฟูด้วยวิธีการต่างๆ ในผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นเวลา 6 เดือน เช่น อาชีวะบำบัด (occupational therapy) กายภาพบำบัด (physiotherapy) และอรรถบำบัด (speech therapy) หรือแม้แต่การให้อาสาสมัครที่เป็นนักเรียนมากระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและทำกิจกรรมที่เป็นอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่น พบว่าทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งความแข็งแรงของร่างกาย (physical fitness) และถ้าให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายในบ้าน ร่วมกับการสอนให้ญาติดูแลผู้ป่วยในด้านการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวร่างกายดีขึ้นตลอดจนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยก็ลดลง แม้จะติดตามผู้ป่วยไปนานถึง 2 ปีก็ตาม โดยทั่วไป ขบวนการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยสูงอายุมีวิธีการที่ใช้นิยมใช้ ได้แก่

- 3.1 กายภาพบำบัด (physical therapy) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและข้อต่างๆ การจัดทำทางเพื่อป้องกันข้อติด (joint contracture) การฝึกลุกจากเตียงลงมานั่งที่เก้าอี้ได้เองหรือมีญาติช่วยเหลือนั่ง การฝึกใช้อุปกรณ์ที่ช่วยในการเดิน เช่น ไม้เท้า คอกช่วยเดิน (walker) รถเข็น ซึ่งการรักษาอาจประกอบด้วยวิธีการบำบัด (hydrotherapy) การดึงกล้ามเนื้อ (traction) การประคบร้อนหรือเย็น การใช้คลื่นเสียง (sound diathermy) และการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (transcutaneous electrical nerve stimulation)

3.2 อาชีวบำบัด (occupational therapy) เพื่อเน้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองให้มากที่สุดโดยฝึกใช้แขนและมือ การฝึกประสาทสัมผัส โดยเน้นความสามารถที่ต้องใช้ในกิจวัตรประจำวัน เช่น การบิดลูกบิดประตู การชงเครื่องดื่ม และการสอนให้ญาติปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ที่บ้าน

3.3 นันทนาการบำบัด (recreational therapy) ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์เป็นเวลานาน ควรจัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมกลุ่มเพื่อความบันเทิงบ้าง เช่น กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมเข้าจังหวะ การทำงานศิลปะ เหล่านี้เป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยการให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพิ่มตัวอย่างกิจกรรม

จุดมุ่งหมายในการออกกำลังกายเพื่อการรักษา ได้แก่ การออกกำลังเพื่อ

1. คงพิสัยของข้อ (range of motion exercise)
2. เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strengthening exercise)
3. เพิ่มความคงทนของกล้ามเนื้อ (muscle endurance)
4. ความแข็งแรงของระบบไหลเวียนเลือด (cardiovascular endurance exercise)
5. พัฒนาการประสานงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อและการทรงตัว (balance exercise)

4. การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถดำเนินชีวิตได้ในบ้านของตนเองได้ด้วยความปลอดภัย เช่น การจัดให้ห้องนอนอยู่ใกล้ห้องน้ำ การปิดห้องที่ไม่ได้ใช้หรือไม่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย การติดรูปหน้าห้องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจดจำได้ง่าย การไม่ใช้กลอนประตูแบบล็อกจากด้านในที่บุคคลนอกห้องไม่สามารถเข้าไปช่วยเหลือได้ การใช้นาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่มองเห็นได้ชัดเจน เป็นต้น นอกจากนี้ การจัดสิ่งแวดล้อมยังมีความสำคัญที่ป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเข้าไปใช้เตาแก๊ส การป้องกันการเปิดน้ำทิ้งไว้ การป้องกันภาวะหกล้ม ได้แก่

- ติดตั้งหลอดไฟชนิดเปิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติในบริเวณมุมมืดที่เดินผ่านบ่อยๆ
- มีอุปกรณ์เครื่องเรือนบริเวณที่อยู่เท่าที่จำเป็น และต้องแข็งแรงมั่นคงอยู่สูงจากพื้นมองเห็นได้ง่าย ไม่ย่ำที่บ่อยๆ
- เตียงนอน เก้าอี้ และโถส้วมมีความสูงพอเหมาะ ไม่เตี้ยเกินไป
- พยายามให้ผู้ผู้ป่วยพักอาศัยที่ชั้นล่างของบ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องขึ้นลงแต่ละชั้นของบ้าน ทางเดินและบันได ควรมีราวจับตลอด และขึ้นบันไดสม่ำเสมอ

- พื้นห้องสม่ำเสมอและเป็นวัสดุที่ไม่ลื่นโดยเฉพาะในห้องน้ำ บริเวณจุดเชื่อมต่อระหว่างห้องควรอยู่ในระดับเดียวกัน หลีกเลี่ยงธรณีประตู ไม่ควรมีสสิ่งของเกะกะ เช่น พรมเช็ดเท้า สายไฟฟ้า
- หลีกเลี่ยงการมีสัตว์เลี้ยงเช่นสุนัข แมวในบริเวณที่อยู่อาศัย

3.4.2 การฟื้นฟูผู้ป่วยสมองเสื่อมด้านจิตใจ (mental rehabilitation)

หมายถึง ขบวนการที่พยายามทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูและพัฒนา mental function ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติ

ก่อนการดำเนินการด้าน mental rehabilitation ควรประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic activities of daily living : bADL) และกิจวัตรขั้นสูง (instrumental activities of daily living : iADL) และการรับรู้ เรียนรู้ทางการมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ประสาทสัมผัสผิวหนัง การรับรู้รสและกลิ่น รวมถึงอารมณ์ และความสามารถใช้พลังกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวร่างกายและส่วนต่างๆของร่างกาย

Individualized training for mild dementia*

น้ำหนักคำแนะนำ	การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
+	1. Cognitive training เป็นการฝึกผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก โดยมีรูปแบบของกิจกรรมที่เน้นการฝึก cognitive function ในแต่ละ domain เช่น การฝึกในส่วนของ ความจำ การมีใจจดจ่อ (attention) หรือ การแก้ไขปัญหา (problem-solving abilities) และการรับรู้ข้อมูลใหม่ ลักษณะของกิจกรรมจะถูกกำหนดจากวัตถุประสงค์ และสภาพแวดล้อม (setting) รูปแบบอาจเป็นการใช้การเขียน หรือ การใช้คอมพิวเตอร์ หรือกิจกรรมอื่นๆ โดยมีการแบ่งระดับความยากง่ายในการฝึกให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย	เพื่อลดความเสื่อมและพัฒนาความรู้ความสามารถในแต่ละ cognitive domain
+	2. Cognitive rehabilitation เป็นการใช้วิธีการต่างๆในการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติดำเนินชีวิตประจำวันได้ เช่น	เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในบริบทของชีวิตประจำวัน

Individualized training for mild dementia* (ต่อ)

น้ำหนัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
+	2.1 Reality orientation therapy ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ คือ 2.1.1 24 -hour informal process การให้ข้อมูลตลอด 24 ชั่วโมง นั่นคือ เจ้าหน้าที่จะ ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยในทุกปฏิสัมพันธ์ที่ เกิดขึ้น สิ่งแวดล้อมจะถูกจัดวางให้มีเครื่องหมายหรือ สัญญาณเพื่อช่วยเตือนผู้ป่วยให้ทราบถึงสถานที่ วัน เวลา ฯลฯ 2.1.2 Intensive sessions จัดกลุ่มลักษณะคล้ายการเรียน สำหรับผู้ป่วย 3-6 คน วันละครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ● basic เน้นที่ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เช่น วัน เวลา สถานที่ ● standard จะใช้ sensory stimulation เช่น การ อ่าน หรือฟัง และพูดคุยถึงเรื่องราวในอดีต และปัจจุบัน ● advanced จัดกิจกรรมที่หลากหลาย 2.1.3. Attitude therapy ประกอบด้วย ● kind firmness ● active friendliness ● passive friendliness ● no demand ● matter of fact ผู้ให้การรักษาควรเลือก attitude แบบที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วยรายนั้น	เพื่อเตือนผู้ป่วยเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่และบุคคล รวมทั้ง เหตุการณ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตือนผู้ป่วยเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่และบุคคล รวมทั้ง เหตุการณ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาทักษะด้านการอ่าน การฟังการพูดคุย เพื่อพัฒนาทักษะด้านการทำ กิจกรรมต่างๆ เพื่อชักชวนให้ผู้ป่วยมี ปฏิสัมพันธ์มากขึ้น

Individualized training for mild dementia* (ต่อ)

นำหนัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
+	2.2 Reminiscence therapy การใช้กิจกรรมที่เกิดขึ้นในอดีตและปัจจุบัน 2.2.1 Life review เป็นลักษณะของการทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา 2.2.2 Simple reminiscence อาจดำเนินเป็นกลุ่มหรือเดี่ยว อาจมีโครงสร้างชัดเจนหรือไม่มีก็ได้ บางครั้งอาจมีการพูดถึงเรื่องที่ไม่สบายใจ ซึ่งผู้รักษาจะทำหน้าที่ในการ support การบำบัดรูปแบบนี้เหมาะกับผู้ป่วยเสื่อมมากกว่า life review 2.2.3 Life history work เป็นการบำบัดโดยการเรียบเรียงรายละเอียดประวัติชีวิตที่ผ่านมา โดยเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย 2.2.4 Life story จะตรงข้ามกับ life history โดยเน้นที่ชีวิตในช่วงปัจจุบันของผู้ป่วย ประกอบด้วยเอกสารที่เกี่ยวข้อง (จดหมาย) รูปภาพ โปสการ์ด วิดีโอ ข่าวที่ตัดจากหนังสือพิมพ์ และภาพอื่นๆที่สำคัญ	เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับกับชีวิตที่ผ่านมา เพียงให้เกิดความเพลิดเพลินในการสื่อสารและมีการเข้าสังคม เพื่อนำเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยประทับใจในชีวิตมาช่วยในการฟื้นฟูและพัฒนาความจำ เพื่อฟื้นฟูและพัฒนาผู้ป่วยให้มีความรู้และมีสติอยู่กับเหตุการณ์ปัจจุบัน ช่วยให้ผู้ป่วยและเห็นความต่อเนื่องของอดีตและปัจจุบัน

Individualized training for mild dementia* (ต่อ)

น้ำหนัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
+	2.3 Validation therapy การใช้วิธีการรักษาหลายวิธีร่วมกัน เป็นการแสดงการยอมรับ รับฟังและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ทั้ง verbal และ nonverbal เช่น การสัมผัส การสบตา หรือน้ำเสียงในการพูดคุย ในกรณีของกลุ่มอาจใช้กิจกรรมอื่นๆ เป็นวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีอาการสับสนโดยการยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยแม้ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยพูดถึงอาจจะไม่สัมพันธ์กับความเป็นจริงก็ตาม เช่น ผู้ป่วยอาจจะพูดถึงบิดามารดาเสมือนว่าทั้งคู่ยังมีชีวิตอยู่ validation therapy มองว่านั่นเป็นการแสดงถึงความต้องการที่อยู่ภายในว่า ผู้ป่วยต้องการการดูแล	เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความต้องการของตน เพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความสำคัญและเป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นวิธีการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยแยกตัวมากขึ้น หรือมีอาการหงุดหงิด
+	2.4 Behavior modification โดยหลักการพื้นฐานคือ การให้รางวัลสำหรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และงดรางวัลในกรณีที่เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม	เพื่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่และการคงอยู่ของพฤติกรรมเดิม
+	2.5 Sensory stimulation ● music therapy ● art therapy ● pet therapy	เพื่อช่วยลดความตึงเครียด และอาการวิตกกังวลของผู้ป่วย ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีผลด้านบวกต่อปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อม และเพิ่มการเคลื่อนไหว

* cognitive training และ cognitive rehabilitation เป็นวิธีการที่เริ่มต้นพัฒนามาจากการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหา traumatic brain injury และผู้ป่วย stroke โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสถานะเดิม หรือใกล้เคียงสถานะเดิมให้มากที่สุดทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ และการปรับตัวทางสังคม

3.5 การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (palliative and end-of-life care)

End-of-life care หมายถึง ปฏิบัติการหรือกิจกรรมการดูแลรักษาที่ตรงไปซึ่งศักดิ์และศรีแห่งความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เรื่องนี้เป็นประเด็นสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยและญาติ การดูแลรักษาในระยะสุดท้ายนี้จะเป็นแบบประคับประคอง ที่ต้องได้รับการยอมรับและเห็นพ้องต้องกันจากทุกฝ่ายทั้ง ผู้ป่วย ญาติ แพทย์และทีมผู้ให้การดูแลรักษา กิจกรรมการดูแลรักษาที่ไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยการกระทำของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

ข้อชี้แนะ end-of-life care ของผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมากจนเลขจุดที่จะสามารถพลิกกลับและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยสื่อสาร หรือตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้อย่างมีความหมาย

น้ำหนักคำแนะนำ	การปฏิบัติ	วัตถุประสงค์
+	ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจถึงแนวทางการรักษา และเป้าหมายของรักษาผู้ป่วย end-of-life care	เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจถึงแนวทางการรักษา และเป้าหมายของรักษาผู้ป่วย
+	ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง	เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุข ความสบาย ระวังความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานอื่นๆ ให้เหลือน้อยที่สุด
+	ควรสื่อสารและให้ความรู้ คำแนะนำ ตอบคำถาม แก่ญาติเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ	เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ ตอบคำถาม และคลายความวิตกกังวลแก่ญาติ
+	เมื่อผู้ป่วยมีภาวะสับสนควรให้ยาระงับอาการสับสนและพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย	เพื่อระงับอาการสับสนและพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย
+	เมื่อผู้ป่วยมีการปฏิเสธอาหาร ควรค้นหาสาเหตุของปัญหาที่แก้ไขได้ ในกรณีที่ไม่มีพบสาเหตุและหรือมีอาการกลืนลำบากร่วม ควรอธิบายแก่ครอบครัวผู้ป่วย และญาติ	เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วย และญาติ ตัดสินใจ พิจารณาทางเลือกการให้อาหารและน้ำทางสายยาง
+	ควรเปิดโอกาสให้ญาติ ทำกิจกรรมทางศาสนาที่นับถือ ตามความต้องการของผู้ป่วย และญาติ ถ้ากิจกรรมนั้นไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย	เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความสุขสบายใจ และมีกำลังใจ
+	ให้การดูแลด้านจิตใจแก่สมาชิกในครอบครัวและญาติเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	เพื่อป้องกันความไม่เข้าใจกันระหว่างแพทย์ และญาติเป็นเหตุให้เกิดการฟ้องร้อง

3.6 ปัญหาด้านกฎหมาย (legal issue)

ผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรค Alzheimer มีอาการเสื่อมถอยด้านความทรงจำ สติปัญญา พฤติกรรม และการดำรงชีวิตประจำวัน เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดผลสืบเนื่องจากการมีความคิด การตัดสินใจและ พฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือไม่เหมาะสม อาจเกิดความเสียหายในการบริหารทรัพย์สินหรือหนี้สิน ส่วนตัว ของครอบครัว หน้าที่การงาน หรือธุรกิจ

แพทย์ผู้รักษามีหน้าที่ให้คำเตือนต่อผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลที่มีส่วนได้ส่วนเสียใน ทรัพย์สินถึงความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยทำนิติกรรมโดยญาติและผู้ดูแลไม่ทราบ เช่น การให้เงินทองหรือทรัพย์สินแก่ผู้อื่นโดยเสน่หา การเป็นผู้ค้ำประกัน การก่อหนี้ เป็นผลให้เกิด ความเดือดร้อน สมาชิกในครอบครัว ต้องมาร่วมชดเชยหนี้สิน หรือต้องมาติดตามทางทรัพย์สินที่มี การให้อย่างไม่ถูกต้อง

แพทย์ผู้รักษควรให้ความสนใจในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่าง สมเหตุสมผล ถูกต้อง เพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสที่จะทำนิติกรรมหรือพินัยกรรม* ยกให้บุคคล ที่ตนประสงค์จะให้ ได้แต่งตั้งบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจมากที่สุดเป็นผู้ดูแลจัดการทรัพย์สิน หรือ รวมทั้งเป็นผู้อภิบาลผู้ป่วยในภายหลังเมื่ออาการของโรคสมองเสื่อมเป็นมากขึ้นจนผู้ป่วยไม่สามารถ คิดหรือทำอะไรได้

ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ควรปรึกษานายความหรือนักกฎหมาย เพื่อดำเนินการตามกฎหมาย อย่างถูกต้องและรัดกุม เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาเนื่องจากความขัดแย้งระหว่างญาติของผู้ป่วยภายหลัง รวมถึงปัญหาที่จะเกิดต่อแพทย์ผู้รักษาว่าละเลยผู้ป่วยหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม

น้ำหนัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ	วัตถุประสงค์
++	1. แจ้งผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบ และผู้ดูแลถึงคำวินิจฉัย และการพัฒนาการของโรคตามคู่มือและคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวชระเบียนแจ้งผู้ป่วยและญาติในข้อควรระวังในการขับรถของผู้ป่วย	เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบ และผู้ดูแลทราบถึงการวินิจฉัย สภาวะ และพัฒนาการของโรค เป็นหลักฐานป้องกันแพทย์จากการถูกกล่าวหาว่าละเลยไม่แจ้งเตือนถึงอันตราย
+	2. บันทึกเวชระเบียนในการติดตามรักษา มีรายละเอียดบอกถึงระดับการเจ็บป่วย อาการทางจิต และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันด้วยการตรวจ MMSE, TMSE และ ADL เป็นระยะถ้าทำได้ (ทุก 6-12 เดือน)	เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายหรือเป็นพยานเอกสารที่สำคัญในการยืนยันสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเมื่อเกิดคดี
++	3. แจ้งผู้ป่วย ญาติผู้รับผิดชอบ และมีส่วนได้ส่วนเสียทางกฎหมายเกี่ยวกับปัญหาทางกฎหมายที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อสมองเสื่อมมากขึ้น เช่น ปัญหาทาง คดีแพ่ง** และปัญหาคดีอาญา***	เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นทางกฎหมายในอนาคต
+/-	4. แนะนำให้ผู้ป่วย ญาติผู้รับผิดชอบ และมีส่วนได้เสียทางกฎหมาย โดยแพทย์ต้องไม่มีส่วนได้เสีย	เพื่อดำเนินการทางกฎหมายเรื่อง - การตั้งผู้พิทักษ์**** - การจัดการทรัพย์สินของผู้ป่วย - การตัดสินใจการรักษาพยาบาล
++	5. การให้ความเห็นใบรับรองแพทย์ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม และเป็นระยะใด ทพลงภาพระดับใด*****	เพื่อประกอบหลักฐานการลาออก หรือเพื่อประกอบคดีตามความประสงค์
++	6. พยานศาลตามกฎหมายเรียกเพื่อเป็นพยาน - ฐานะแพทย์ผู้รักษา - ฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์	ทบทวนข้อมูลเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยก่อนไปตามหมาย ควรขอข้อมูลจากทนายความผู้ส่งหมายว่าเป็นคดีแบบใด แพ่ง อาญา หรือการขอตั้งผู้พิทักษ์บุคคลไร้ความสามารถ

* การทำพินัยกรรมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

พินัยกรรมเกี่ยวกับ ทรัพย์สินมรดก ผู้ป่วยที่จะทำนิติกรรมนี้จะต้องมีสติสัมปชัญญะที่ดีในขณะที่ทำพินัยกรรมโดยเฉพาะ orientation และไม่มี delusional thought อาจเคยมีประวัติความผิดปกติทางจิตแต่มีหลักฐานที่แสดงว่าควบคุมรักษาได้ และ อยู่ระหว่างการดูแลรักษาต่อเนื่อง

ผู้ป่วยจะต้องแสดงให้เห็นทราบ ประวัติของทรัพย์สิน คุณค่าของทรัพย์สิน เหตุผลการยกทรัพย์สินให้ และผลสืบเนื่องภายหลังจากการยกทรัพย์สินให้

ผู้ป่วยจะต้องแสดงให้เห็นทราบถึงความสัมพันธ์กับผู้รับมรดก และแสดงเหตุผลที่สมเหตุสมผลในการมอบให้

การทำพินัยกรรมควรทำตามวิธีการที่กฎหมายกำหนด โดยแพทย์ผู้ดูแลในฐานะพยานต้องไม่มีผลประโยชน์ที่ได้จากการนี้ ยกเว้นค่าตอบแทนการประกอบวิชาชีพเท่านั้น

พินัยกรรมชีวิต ผู้ป่วยในขณะที่ทำนิติกรรมนี้จะต้องมีความรู้สึกรู้ตัวดีสามารถแสดงความคิดเห็นถึงภาวะโรคที่เจ็บป่วยอยู่และความเป็นไปของโรครยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะต้องแจ้งความประสงค์ ชนิดของการรักษาที่ไม่ต้องการ เช่น การทำ CPR การผ่าตัดหลอดลมเพื่อใส่ท่อหายใจ (tracheostomy) การผ่าตัดหน้าท้องเพื่อใส่ท่ออาหาร หรือการใส่สายทางจมูกเพื่อให้อาหาร การผ่าตัดหรือการรักษาใดๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้นโดยที่ผู้ป่วยไม่ประสงค์ และผู้ป่วยต้องระบุบุคคลที่จะดำเนินการให้เป็นไปตามความประสงค์

** ปัญหาด้านกฎหมายทางแพ่ง ได้แก่ ปัญหาหนี้สินจากการทำสัญญา การยกให้โดยเสน่หา โดยพยานเอกสารหรือเวชระเบียนเป็นหลักฐานที่สำคัญในการที่ศาลจะพิจารณาตัดสินการทำนิติกรรมสัญญาของผู้ป่วยเป็นโมฆะ หรือโมฆะ ตามประมวลกฎหมายแพ่งมาตรา 29 และ 30

*** ปัญหาคดีอาญา เป็นปัญหาเกี่ยวกับการละเมิดที่กฎหมายลงโทษตั้งแต่หุโทษ จำคุก และประหารชีวิต ปัญหาที่พบบ่อยเกิดจากปัญหาทางจิต (BPSD) ได้แก่ การทำร้ายร่างกาย การลวนลามทางเพศ การลักขโมย การดูหมิ่น คดีเหล่านี้ศาลจะสั่งไม่ลงโทษ ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกลจริต ตามหลักฐานทางการแพทย์

**** ผู้พิทักษ์ คือผู้ได้รับการแต่งตั้งจากศาลให้เป็นผู้มีอำนาจดูแลผู้ป่วยในการดำรงชีวิต และดูแลทรัพย์สินของผู้ป่วย เป็นผู้ต้องรับผิดชอบกรณีที่ผู้ป่วยได้กระทำการที่ผิดกฎหมายขึ้นระหว่างที่เจ็บป่วย หรือ ได้รับอันตรายที่เกิดจากการดูแลที่บกพร่อง

- การแต่งตั้งกระทำได้โดยศาลมีคำสั่งแต่งตั้งตามที่ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ไว้ขณะยังมีสติสัมปชัญญะดีพอ หรือ บิดามารดา ภรรยา บุตร ญาติใกล้ชิดร้องขอ หรือตามที่อัยการร้องขอ

- ศาลจะมีคำสั่งแต่งตั้งผู้พิทักษ์เมื่อผู้ป่วยได้รับการพิพาทมาเป็นบุคคลไร้ความสามารถ
- ควรดำเนินการขอให้ศาลแต่งตั้งผู้พิทักษ์ให้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรครุนแรงขึ้นจนไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

***** ใบรับรองแพทย์ ไม่ควรลงความเห็น ว่า ผู้ป่วยเป็น “บุคคลไร้ความสามารถ” เพราะศาลเท่านั้นที่มีอำนาจพิพาทในประเด็นนี้

บทที่ 4

Management of cognitive impairment

4.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management)

หลักการทั่วไป

การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological) เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมาก ที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยา (pharmacological) เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการรักษาโรคสมองเสื่อม

การรักษาโดยไม่ใช้ยามีอยู่หลายรูปแบบ จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม และขีดความสามารถในการเรียนรู้ ซึ่งเป็น dynamic process และเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการดำเนินของโรค

ก่อนที่จะทำการรักษาโดยไม่ใช้ยา ควรเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการรักษา แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับประสาทการรับรู้ เช่น ผ่าตัดต่อกระจก ใช้เครื่องช่วยฟังเสียง รวมทั้งโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

ต้องสื่อสารกับญาติและผู้ดูแลให้เข้าใจและยอมรับ เรื่องจำกัดและความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ของผู้ป่วยสมองเสื่อม การฝึก การสอนผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ต้องใช้ความเข้าใจ ความอดทน และความพยายามมากเป็นพิเศษ

การดูแลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นส่วนที่สำคัญและจำเป็นของขบวนการรักษาแบบนี้ด้วย

รูปแบบการรักษา การรักษาจะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับสถานะผู้ป่วย ไม่เลือกใช้วิธีการรักษาที่ 1-3 ในขณะที่ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์รุนแรง

น้ำหนักคำแนะนำ	การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
+	1. การรักษาที่เน้น cognition (cognition-oriented) 1.1 Cognitive training : reality orientation อาจทำได้เป็นหลายรูปแบบ โดย ● ใช้สถานการณ์ เหตุการณ์ประจำวัน เช่น หนังสือพิมพ์ รายการทีวี ปฏิทิน หรือบุคคล	เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล รวมทั้งพฤติกรรม การแสดงออกของ ตนเอง รวมทั้งทำให้ความจำดีขึ้น

หน้า หน้า หน้า	การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
+	• ผู้รักษาอาจใช้วิธีรักษาเป็นกลุ่มหรือตัวต่อตัว ญาติหรือบุคคลรอบข้างอาจใช้การพูดคุย เหตุการณ์ประจำวันหรือให้ข้อมูลในเรื่องเดียวกันในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง • ญาติหรือผู้ดูแลช่วยกระตุ้นผู้ป่วย ด้วยการพูดคุย ซักถามที่เหมาะสมขณะที่มีกิจกรรม เช่น การทำกิจกรรมที่ฝึก การอ่านหนังสือ การเล่นเกม 1.2 Memory training ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำที่ยังใช้ได้ โดยต้องประเมินความสามารถทางด้านระบบประสาทสัมผัสเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อน เช่น • การฝึกจำหน้าคน • เล่นเกมหลับตาทายสิ่งของ • ฟังเพลงที่คุ้นเคย • ร้องเพลง • สวดมนต์ ข้อควรระวัง การฝึกมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ แยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น ฟังพาดูแลมากขึ้น อาจทำให้ซึมเศร้าได้ 1.3 Skill training โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยวิธีการใหม่ๆ ที่ง่าย ๆ เช่น • การวาดภาพ • การปั้นดินน้ำมัน • การเดินรำ • การแต่งตัว	เพื่อรักษาระดับความสามารถของความจำ เช่น การทำกิจกรรมที่ฝึกความจำ ให้อยู่ในระดับเดิมให้มากที่สุด มักใช้ได้ผลในผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมไม่มาก การได้ยินและสายตาดี • เพื่อรักษาระดับความรู้ความสามารถให้อยู่ในระดับเดิมให้มากที่สุด • เพื่อเรียนรู้ทักษะใหม่ที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้

นำหนัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
+	2. การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented) 2.1 Reminiscence therapy เป็นการกระตุ้น ความจำและอารมณ์โดยใช้ประสบการณ์ชีวิต ในอดีตของผู้ป่วย รูปแบบอาจทำเป็นกลุ่ม ควรจะมีญาติร่วมด้วย ใช้อุปกรณ์ เช่น รูปภาพ ดนตรี บุคคลที่เกี่ยวข้องกับอดีตของผู้ป่วย	นำไปสู่การฟื้นความจำ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้ ว่าตัวเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มา กระตุ้น เป็นการช่วยปรับพฤติกรรม อารมณ์และความจำให้ดีขึ้น
+	2.2 วิธีการอื่น ๆ ● การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) ● การใช้เทคนิคหลายๆ อย่างเพื่อสื่อสารกับ ผู้ป่วย (validation therapy) ● การผสมผสานการรับรู้เพื่อให้มีการแสดง อารมณ์ต่อผู้อื่น (sensory integration) หมายเหตุ รูปแบบการรักษา 3 ชนิดนี้ยังมีข้อมูล สนับสนุนน้อย	
+	3. การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (stimulation-oriented) การรักษาด้วยกิจกรรมสันทนาการ (recreation therapy) เช่น ● การเล่นเกม ● การทำงานฝีมือ ● ศิลปะบำบัด (art therapy) เช่น ดนตรี เต้นรำ วาดรูป	ช่วยให้ cognition บทบาทหน้าที่และ อารมณ์ผู้ป่วยดีขึ้น
+	4. การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (behavior-oriented) การทำให้ดูเป็นตัวอย่าง การให้แรงจูงใจ การให้ รางวัล การชื่นชม เช่น ● ชื่นชมผู้ป่วยหรือให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยทำ พฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ถ่ายปัสสาวะ หรือ ถ่ายอุจจาระในห้องน้ำได้เอง	● เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรม ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม และ เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือ ตัวกระตุ้น เพื่อลดปัญหาเหล่านั้น และ ผลกระทบของมัน ● เพื่อทำให้พฤติกรรมหรือทักษะที่ หายไปกลับคืนมา และลดพฤติกรรมที่ เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกน ปัสสาวะรด เป็นต้น

น้ำหนัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
+	5. การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (caregiver-oriented) เมื่อผู้ดูแลมี สุขภาพกาย จิตและอารมณ์ที่ดี ทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย วิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น ● การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) ● การทำกลุ่มศึกษา (group psychoeducation) ● ให้กำลังใจ (emotional support) ● ให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนเป็นครั้งคราว โดยส่งผู้ป่วยไปอยู่สถานบริบาล (respite care)	เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดี ทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้นได้เช่นเดียวกัน

4.2 การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological management)

ตารางที่ 12 Pharmacological treatment of dementia

น้ำหนัก คำแนะนำ	โรค / ยา		การใช้ยา / ข้อพึงระวัง / ประโยชน์ที่ได้		
	Alzheimer's disease				
	ยา	ขนาดเมื่อเริ่มยาและ วิธีการปรับยา	ขนาดยาสูงสุด	ระยะเวลา ก่อนเพิ่มยา	ข้อควรระวัง
+	● Donepezil	5 mg od อาจเพิ่ม เป็น 10 mg od	10 mg od	4 – 6 สัปดาห์	คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ท้องเดิน
+	● Rivastigmine	1.5 mg bid อาจจะเพิ่มครั้งละ 1.5 mg bid จนถึงขนาดสูงสุด	6.0 mg bid	4 สัปดาห์	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ น้ำหนักตัวลด ซึ่งการ ปรับขนาดยาอย่างช้าๆ จะช่วยลดอาการ ข้างเคียงเหล่านี้ได้
		แผ่นแปะผิวหนัง เริ่มจากขนาด 5 cm ² od	10 cm ² od	4 สัปดาห์	
+	● Galantamine	4 mg bid อาจเพิ่มครั้งละ 4 mg bid จนถึงขนาดสูงสุด	12 mg bid	4 สัปดาห์	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ น้ำหนักตัวลด
+	● Memantine	5 mg od และเพิ่ม 5 mg ทุกสัปดาห์จน ถึงขนาดสูงสุด	10 mg bid	1 สัปดาห์	ใช้เฉพาะผู้ป่วยสมอง เสื่อมระยะรุนแรง เท่านั้น
+/-	● Vitamin E [*]	ขนาด 2000 IU./day		ช่วยชะลอการรับไว้ในสถานดูแล ผู้สูงอายุ และการดำเนินของโรคเข้าสู่ สู่ขั้นรุนแรง รวมทั้งชะลอการ เสียชีวิต เมื่อเทียบกับยาหลอก แต่มี โอกาสเพิ่มอัตราตายจากโรคหัวใจ และหลอดเลือด ถ้าได้รับขนาด มากกว่า 400 IU./day	
+/-	Selegiline [*]	5 mg วันละ 2 ครั้ง (10 mg ต่อวัน) หลังอาหาร เช้า, กลางวัน (ไม่ควร รับประทานหลังอาหารเย็น เพราะอาจ ทำให้อ่อนไม่หลับได้)		- ช่วยชะลอการดำเนินของโรคเข้าสู่ สู่ระยะรุนแรง ผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัว ในสถานพยาบาลช้าลง - ใช้ร่วมกับ Vitamin E ไม่ทำให้ เกิดประโยชน์เพิ่มขึ้นชัดเจน	

* N Eng J Med 1997;336:1216-22

* N Eng J Med 1997;336:1216-22

ตารางที่ 12 Pharmacological treatment of dementia (ต่อ)

น้ำหนัก คำแนะนำ	โรค / ยา		การใช้ยา / ข้อพึงระวัง / ประโยชน์ที่ได้		
	ยา	ขนาดเมื่อเริ่มยาและ วิธีการปรับยา	ขนาดยาสูงสุด	ระยะเวลา ก่อนเพิ่มยา	ข้อควรระวัง
- -	Estrogen Anti-inflammatory agents Antioxidants Lecithin				ไม่มีหลักฐานทางวิชาการเพียงพอใน การใช้เป็น cognitive enhancing agents
	Alzheimer's disease with cerebrovascular disease				
+	Galantamine ^{**}	24 mg ต่อวัน			อาการ cognitive function อารมณ์ และพฤติกรรมดีขึ้น ทำให้สามารถใน การดำรงชีวิตประจำวันดีขึ้นเมื่อ เทียบกับ ยาหลอก
+/-	EGb 761 ^{****} สารสกัดจากใบ แปะก๊วย	40 mg วันละ 3 ครั้ง			cognitive function ดีขึ้น ได้เล็กน้อย
	Dementia with Lewy bodies /Parkinson 's disease with dementia				
+	Rivastigmine ^{***}	6-12 mg ต่อวัน			ผลช่วยลดอาการทางด้านพฤติกรรม ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เมื่อเทียบกับ ยาหลอก ไม่ทำให้อาการ Parkinson เลวลง
	Vascular dementia				
+	Donepezil Rivastigmine Galantamine ^{**} Memantine	5-10 mg ต่อวัน 6-12 mg ต่อวัน 16-24 mg ต่อวัน 20 mg ต่อวัน			ทำให้อารมณ์ พฤติกรรม ความจำ ดีขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับยาหลอก

ปฏิกิริยาระหว่างยา

^{**} Lancet 2002;359:1283-90

^{****} JAMA1997;278:1327-32

^{***} Lancet 2000;356:2031-36

แต่เนื่องจากข้อมูลยังมีไม่มากพอ จึงยังไม่แนะนำให้ใช้ยานี้เป็นมาตรฐานในการรักษา ณ ปัจจุบัน

^{**} Lancet 2002;359:1283-90

ตารางที่ 13 ข้อควรระวังในการใช้ยา cholinesterase inhibitors (ChEIs) ร่วมกับยากลุ่มอื่น

กลุ่มยา	ตัวยา	ปฏิกิริยาหรือข้อเสียที่เกิดขึ้น
Anticholinergic	Sedative, antihistamines, antispasmodics, tricyclic antidepressants, benztropine, trihexy/phenidyl	ขัดขวางการจับของ ACh กับ muscarinic receptor ทำให้ไม่ได้รับประโยชน์จากการใช้ยา ChEIs
Cholinergic drug	Urecholine	เกิด cholinergic overdose ทำให้หัวใจเต้นช้า และปวดท้อง
Anti arrhythmic drug	β -blockers, verapamil, diltiazem	ทำให้เกิด bradycardia
Hepatic enzyme inducer ต่อ CYP2D6 และ CYP3A4*	Carbamazepine, phenytoin	ฤทธิ์ยา donepezil และ galantamine ลดลง
Hepatic enzyme inhibitor ● CYP2D6 ● CYP3A4	● Fluoxetine, paroxetine ● Cimetidine, erythromycin, ketoconazole	ฤทธิ์ยา donepezil และ galantamine เพิ่มขึ้น

ChEIs ได้แก่ donepezil, rivastigmine, galantamine

หลักการใช้ยา ChEIs

1. จากหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่ายาในกลุ่ม ChEIs มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยอัลไซเมอร์ขึ้นจนถึงปานกลาง แต่เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ยังไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ แพทย์ควรคำนึงถึงความเหมาะสมในผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป
2. ภายหลังจากที่ได้รับยาในขนาดที่แนะนำไปแล้วและยาออกฤทธิ์เต็มที่แล้ว (ประมาณ 2-3 เดือนหลังได้รับยา) หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือตอบสนองได้ไม่ดีเท่าที่ควร สามารถเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นในกลุ่มนี้ได้เลยภายหลังหยุดยาตัวเดิม โดยไม่จำเป็นต้องมี washout period โดยการที่ใส่ยาตัวใดตัวหนึ่งในกลุ่มนี้แล้วไม่ได้ผลและให้เปลี่ยนไปใช้ตัวอื่นเนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันในด้านกลไกการออกฤทธิ์

* donepezil และ galantamine จะถูกกำจัดทางตับโดย CYP2D6 และ CYP3A4

ตารางที่ 14 ผลของยาต่อ cognitive outcome

	Donepezil	Rivastigmine	Galantamine	Memantine	Ginkgo biloba	Nicergoline ^{A*}	Citicholine/ Cerebrolysin
Alzheimer's disease (AD)*	ดี	ดี	ดี	ดี	ไม่ชัดเจน	ไม่ชัดเจน	ไม่มีข้อมูล
Vascular dementia (VaD)**	ดี	พอใช้	ดี	ดี	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
AD with CVD***	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	พอใช้	ไม่มีข้อมูล	ไม่ชัดเจน	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
Lewy body dementia****	ไม่ชัดเจน	พอใช้	ไม่ชัดเจน	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
Parkinson's disease dementia (PDD)	ไม่ชัดเจน	พอใช้	ไม่ชัดเจน	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล

* Cochrane Database Syst Rev 2006. Jan 25(1):CD005593

** Lancet Neurology 2007;6:782-92 (Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials)

*** Lancet 2002; Apr 13;359:1283-90

**** Cochrane Database Syst Rev 2003;(3):CD003672

^{A*} Efficacy of nicergoline in dementia and other age associated forms of cognitive impairment.

Cochrane Database Syst Rev 2001;(4):CD003159

ตารางที่ 15

Pharmacological management of modifiable risk factors of dementia

น้ำหนัก คำแนะนำ	โรคหรือภาวะ	หลักฐาน	การรักษา
++	โรคหลอดเลือดสมอง	PC : การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิด VaD	ตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ²⁴
++	โรคความดันเลือดสูง	PC : การมีความดันเลือดสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิด VaD ^{2-4,17,25,29-31} NC : ความดันเลือดสูง ที่ได้รับการรักษามีความเสี่ยงของการเกิด VaD น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา ^{1,2,7,8}	ตามมาตรฐานการรักษาความดันเลือดสูง ^{9,22,23}
++	โรคเบาหวาน	PC : โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิด VaD ^{2,4,6,10,15,16,25,30,36} NC : ไม่มีหลักฐานการควบคุมภาวะเบาหวาน มีผลดีต่อ cognitive function	ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ²⁰ และรักษาปัจจัยเสี่ยงอื่นที่พบร่วมกับภาวะเบาหวาน
++	ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	PC : ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด VaD ^{15,30-32,34,42} NC : ยังไม่มีหลักฐานว่าการใช้ยาลดไขมัน สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ¹⁸⁻¹⁹	ตามแนวทางการรักษาภาวะระดับไขมันในเลือดสูง ²¹
++	ภาวะไขมันในเลือดสูง	PC : ภาวะไขมันในเลือดสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด VaD ^{15,30-32,34,42} NC : ไม่มีหลักฐานว่าการให้ยาลดไขมัน จะลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ¹⁸⁻¹⁹	ตามแนวทางการรักษาภาวะระดับไขมันในเลือดสูง ²¹
++	ภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ^{2-4,15,33}	ตามการดูแลผู้ป่วยภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจทั่วไป
++	ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation)	PC : การมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ atrial fibrillation มีความสัมพันธ์กับการเกิด VaD ^{11,12} NC : พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ความจำดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการรักษา แต่ยังมีการศึกษาจำนวนน้อย	ตามมาตรฐานการรักษา ภาวะ non valvular atrial fibrillation

PC = positive correlation , NC = negative correlation

บทที่ 5

การรักษาปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต

(Management of behavior & psychological symptoms of dementia)

ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อม

(Behavioral and psychological symptoms of dementia = BPSD)

ความผิดปกติทางพฤติกรรม อารมณ์ รวมทั้งอาการทางจิต เป็นกลุ่มอาการที่พบร่วมกับโรคสมองเสื่อมชนิดต่างๆ ได้บ่อย บางอาการพบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 90 ความผิดปกติเหล่านี้มีผลกระทบทำให้เกิดความเครียด ความไม่สบาย ความทุกข์ทั้งในตัวผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล การเกิดอาการความผิดปกติทางพฤติกรรม อารมณ์ และอาการผิดปกติทางจิตพบได้แตกต่างกันไปตามระยะของโรคสมองเสื่อม การดูแลรักษากลุ่มอาการเหล่านี้เป็นที่ยอมรับว่าจะมีประสิทธิภาพและได้ผลดีกว่าการรักษาอาการผิดปกติทาง cognitive function หลักการดูแลรักษาทางคลินิกควรพยายามหาสาเหตุที่ทำให้เกิด เพื่อจะได้ให้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยาก่อน ซึ่งมักได้ผลในผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง แต่ถ้าในผู้ที่มีอาการรุนแรงการใช้การรักษาด้วยยาร่วมด้วยจะได้ผลดี ซึ่งการรักษาความผิดปกติทางพฤติกรรม อารมณ์ และอาการทางจิตจำเป็นต้องวินิจฉัยอาการหรือความผิดปกตินั้นให้ชัดเจน เช่น อาการซึมเศร้า วิตกกังวล อาการโรคจิต เป็นต้น เพื่อจะได้เลือกใช้ยาทางจิตเวชได้อย่างเหมาะสม เป็นที่ตระหนักและยอมรับว่าการรักษาความผิดปกติเหล่านี้มีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น

ตารางที่ 16 ความผิดปกติทางพฤติกรรม อารมณ์และอาการทางจิตที่พบบ่อยได้บ่อย

ปัญหาทางพฤติกรรม	อาการทางจิต
พฤติกรรมกิจวัตรประจำวันผิดปกติ (activity disturbance)	ความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disturbance)
- กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง (agitation, restlessness)	- กระสับกระส่าย (agitation)
- ไม่อยู่นิ่ง (hyperactive)	- วิตกกังวล (anxiety)
- เร่ร่อน (wandering)	- ซึมเศร้า/โรคซึมเศร้า (depression/major)
- พฤติกรรมไม่เหมาะสม (inappropriate activity)	- อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (emotional lability)
- หดความสามารถทาง cognition (cognitive abulia)	- หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย (irritability)
- ก้าวร้าว (aggressive) ด้วยคำพูด, ใช้กำลัง (verbally, physically)	
- ความผิดปกติของความอยากอาหารและพฤติกรรมการกิน (appetite and eating disorders)	- ไร้อารมณ์ (apathy)

ตารางที่ 16 ความผิดปกติทางพฤติกรรม อารมณ์และอาการทางจิตที่พบบ่อยได้บ่อย (ต่อ)

ปัญหาทางพฤติกรรม	อาการทางจิต
พฤติกรรมนอน/ตื่นผิดปกติ (wake/sleep disorders)	หลงผิด (delusions)
พฤติกรรมทางสังคมไม่เหมาะสม (socially improper behaviors)	- ระแวง (paranoid) - คิดผิดปกติ (misidentification) : มีคนอื่นเข้ามาในบ้าน มีคนขโมยของ บ้านที่อยู่ไม่ใช่บ้านของตน สามี-ภรรยาอกใจ ถูกหลอก - ประสาทหลอน (hallucinations) : หูแว่ว เห็นภาพหลอน

หลักการการรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และปัญหาทางจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์พื้นฐานของการรักษา คือ พยายามทำให้ผู้ป่วยทำบทบาทหน้าที่ดูแลตัวเองอย่างอิสระให้ได้มากที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด รวมทั้งพยายามลดความเครียดของผู้ดูแลให้น้อยที่สุด เพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น โดยสามารถปรับตัวและดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และปัญหาทางจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม ประกอบด้วยหลักการใหญ่ๆ 2 ข้อร่วมกัน ได้แก่

1. การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา (ตารางที่ 17) ซึ่งมีเทคนิคในการจัดการอยู่หลายวิธี เช่น
 - การปรับพฤติกรรม
 - การปรับสิ่งแวดล้อม
 - การดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล
 - การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง
 - การฝึกทักษะทางสังคม
2. การรักษาด้วยยา (ตารางที่ 18-23) ยาที่ใช้คือยาประเภทต่างๆ ทางจิตเวช เช่น ยาลดความวิตกกังวล ยาด้านเศร้า ยาด้านโรคจิต ยาควบคุมอารมณ์ ยานอนหลับ เป็นต้น ยาเหล่านี้หลายตัวมีผลต่อการทำงานของขนานปัญญาของผู้ป่วยการเลือกใช้ควรเข้าใจประสิทธิภาพ ผลข้างเคียง และปฏิกิริยากับยาอื่น เพราะผู้ป่วยอาจใช้ยารักษาโรคอื่นอยู่แล้ว แต่เนื่องจากอาการผิดปกติของพฤติกรรม อารมณ์และอาการทางจิตเป็นสิ่งที่รบกวนการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล ถ้าจำเป็นก็ต้องใช้ โดยควร
 - วินิจฉัยอาการผิดปกติและประเมินความรุนแรง
 - วินิจฉัยสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหานั้นๆ
 - วางแผนในการรักษา เลือกใช้ยาที่เหมาะสม ควรใช้ยาประเภทเดียวกันทีละตัว

- เมื่อใช้ยาไปแล้วควรมีการประเมินผลลัพธ์เป็นระยะๆ ทั้งด้านประสิทธิภาพและผลข้างเคียง
- ปรับและเปลี่ยนตามความเหมาะสมเพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุด
- การเริ่มใช้ควรใช้ขนาดน้อยๆ ประมาณ 1/3 หรือ 1/2 ของขนาดปกติในผู้ใหญ่ แล้วค่อยๆ เพิ่มขนาด โดยการประเมิน โดยส่วนใหญ่การใช้ยาทางจิตเวชในการรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และอาการทางจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อมมักใช้ขนาดน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง
- สามารถใช้ร่วมไปกับวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา
- เมื่อตัดสินใจจะใช้ยาควรได้รับการยินยอมหรืออธิบายให้ผู้ป่วยหรือญาติได้รับรู้ และเข้าใจ จะได้ช่วยสังเกตอาการได้

หลักการในการรักษาอาการพฤติกรรม อารมณ์และอาการทางจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรพิจารณาเลือกใช้วิธีการโดยไม่ใช้ยาและการปรับสิ่งแวดล้อมก่อนเมื่ออาการไม่รุนแรงนัก แต่ถ้าไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจจึงพิจารณาใช้ยา ถ้าอาการเหล่านี้เป็นมากหรือเป็นอาการที่รบกวน เช่น อาการก้าวร้าว หรือเป็นอันตราย การให้ความรู้ ความเข้าใจ อธิบายให้ญาติ หรือผู้ดูแลให้เข้าใจรวมทั้งให้คำแนะนำให้การสนับสนุน กำลังใจ ในการดูแลจัดการให้ถูกต้องเป็นสิ่งที่จะต้องทำ

วิธีการดูแลรักษาปัญหาพฤติกรรมแบบ ABCs

ความหมายง่ายๆ ของการรักษาปัญหาพฤติกรรมแบบนี้ คือ

- A. การหาสาเหตุ (antecedent) หาว่าอะไร หรือเหตุการณ์ใดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติ
- B. พฤติกรรมที่ผิดปกติ
- C. ผลกระทบจากพฤติกรรม (consequences) ทำให้เกิดความรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแล อย่างไร

รายละเอียดในการใช้ คือ

- ประเมินหาปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา เช่น บางครั้งอาจมาจาก อาการปวดหัว หรือผ้าอ้อมเปียกแฉะ ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย ก็เลยหงุดหงิดกระสับกระส่าย เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องสังเกตและสามารถแก้ไขได้ง่าย
- ประเมินอาการภาวะเพ้อคลั่ง (delirium) และภาวะซึมเศร้า
- ค้นหาเหตุการณ์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยกังวล หรือกลัว พยายามจัดการหรือลดผลกระทบนั้น
- สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยต่อความรู้สึกที่เครียดและ โกรธต่อการที่ไม่สามารถควบคุมอาการโกรธหรือไม่พอใจ บอกว่าเข้าใจและช่วยกันหาทางแก้ไข
- นั่ง พยายามทำกิจกรรมตามปกติ สม่ำเสมอ

- ให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแล เทคนิคการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เช่น การพูดสั้นๆ ประโยคง่ายๆ แต่ได้ใจความ อย่าใช้ประโยคที่ซับซ้อนมีหลายๆข้อความ หลายๆ ความหมายในเวลาเดียวกัน อย่าต่อว่าหรือดุผู้ป่วย พูดซ้ำๆ ซักๆ อาจต้องพูดบ่อยๆ หรือซ้ำๆ ในบางครั้งอย่าเบื่อกที่จะพูดหรือบอกหรืออธิบายบางอย่าง มองหน้าและสบตาผู้ป่วยเวลาพูด เรียกชื่อผู้ป่วย พยายามแสดงออกด้วยภาษากายหรือภาษา ท่าทางที่บ่งถึงความเข้าใจ ความเป็นมิตร เช่น การยิ้ม พยักหน้ารับ และพยายามสังเกตภาษาท่าทางการแสดงออกของผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความหมาย อย่าโต้แย้ง หรือโต้เถียงผู้ป่วยในความคิดหรือการแสดงอาการที่ผิดปกติ

วิธีการและเทคนิคบางอย่างของวิธีการไม่ใช้ยา

- เบนความสนใจผู้ป่วยไปยังกิจกรรมอื่น หรือของว่าง ของทานเล่น
- ใช้การสัมผัสเบาๆ คนตรี การอ่านหนังสือ การเดินเล่น เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล
- ใช้การจัดการที่เหมาะสมกับแต่ละอาการ เช่น ถ้ามีอาการซึมเศร้า พยายามหากิจกรรมที่ผู้ป่วยมีความสามารถทำได้ กระตุ้น ให้กำลังใจในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำ ขึ้นอยู่กับระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม ถ้ามีความวิตกกังวล พยายามให้ความมั่นใจ อยู่ ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ใช้ดนตรีหรือแสงสว่างช่วย
- เหตุการณ์บางอย่างกระตุ้นให้ผู้ป่วยกังวล เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การพบปะผู้คน พยายามให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ ให้ผู้ป่วยเผชิญอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป
- ให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ญาติหรือผู้ดูแล ให้อธิบายว่าจะทำอะไร จะมีอะไรเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจ กระสับกระส่าย ไม่พอใจ แสดงพฤติกรรมอย่างใดบ่งบอกถึงความเจ็บปวด อยากเข้าห้องน้ำ เป็นต้น
- พยายามใช้ภาษากายหรือภาษาท่าทางให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยว่ามีคนอยู่ด้วย
- พยายามหากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมภายในบ้าน ภายนอกบ้าน เช่น การเดิน การออกกำลังกาย การออกไปนอกบ้าน ตามความเหมาะสม
- ดูแลความสะดวก สุขภาพกาย เช่น การตัดผม สระผม การตัดเล็บ การเสริมสวย
- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่าง เช่น การเตรียมอาหาร การทำกับข้าว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกร่วม และมีความรู้สึกร่วม และมีคุณค่า
- พยายามปรับสิ่งแวดล้อมให้ถูกต้องเหมาะสม
- อย่าผูกมัดผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

Management of behavioral and psychological symptoms in dementia

ตารางที่ 17-1 การรักษาปัญหาทางพฤติกรรมและจิตเวชในภาวะสมองเสื่อม

ภาวะ	อาการ	การรักษา
ภาวะซึมเศร้า (depression)	อาการหลัก อารมณ์ : ซึมเศร้า ร้องไห้บ่อยๆ ความสนใจ : ลดหรือหมด อาการร่วม การนอน : นอนไม่หลับ ตื่นกลางดึก ความนึกคิด : รู้สึกผิด คิดอยาก ตาย/พยายามฆ่าตัว ตาย เรี่ยวแรง : ลดลง หายไป โดยไม่มีเหตุผล สมาธิ : ลดลง หายไป ความอยากอาหาร : เบื่อ ลดลง การเคลื่อนไหว : เชื่องช้า หรือ กระสับกระส่าย	1. Non pharmacological management : ผู้ป่วยระยะเริ่มต้น: - ให้การปรึกษาและองค์ความรู้ - ออกกำลังกาย แบบบุคคล หรือ กลุ่ม - ให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก - ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและยังสามารถทำได้ - ให้กำลังใจสม่ำเสมอและต่อเนื่อง - ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม - จัดบำบัดแบบประคับประคอง โดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม - จัดบำบัดแนวลึก เช่น cognitive behavior therapy ผู้ป่วยระยะปานกลางถึงรุนแรง : - ให้การปรึกษาและองค์ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแล - ออกกำลังกาย แบบบุคคล หรือ กลุ่ม - แนะนำญาติให้กระตุ้นผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชอบและยังสามารถทำได้ - จัดตารางกิจกรรมในแต่ละวันให้เหมือนเดิม - หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่มากและหรือน้อยเกินไป เช่น เสียงดัง กลุ่มคนมากๆ ทั้งให้อยู่คนเดียว - พูดคุยกับผู้ป่วยตัวต่อตัว ด้วยคำพูดที่สั้น กระชับ - ใช้มือสัมผัสกระตุ้นหรือถ่ายทอดความรู้สึกกับผู้ป่วยบ่อยๆ - พาออกนอกบ้านหรือไปทัศนศึกษา 2. Pharmacological treatment ยาตามตารางที่ 18 3. ส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์ หากปฏิบัติครบทุกขั้นตอนแล้วอาการไม่ดีขึ้น

ตารางที่ 17-2 การรักษาปัญหาทางพฤติกรรมและจิตเวชในภาวะสมองเสื่อม

ภาวะ	อาการ	การรักษา
ภาวะหลงผิดและ ประสาทหลอน (delusions & hallucinations)	อาการหลงผิด - หวาดระแวง คิดว่า : มีคนมาทำร้าย : มาจับตามองพฤติกรรมตัวเอง : คู่สมรสนอกใจ - คิดว่ามีคนมาขโมยของหรือทรัพย์สินของตน - คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้ง - คิดว่าตนเองมีทรัพย์สินหรือยาจน ประสาทหลอน การเกิดความรู้สึกโดยไม่มีตัวมากระตุ้น ทาง ตา หู จมูก ผิวน้ำ อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อม ๆ กัน - ตา : เห็นภาพหลอน - หู : เสียงแว่ว คนมากระซิบ - ผิวน้ำ : มีคนมาสัมผัส หรือแมลงมาได้ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิด - พฤติกรรมก้าวร้าว - กระวนกระวาย - นอนไม่หลับ - การทำร้ายตนเองหรือผู้ดูแล - อาจมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้ จากพฤติกรรมข้างต้น	1. หาสาเหตุของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปัจจัยอื่นๆ เช่น การติดเชื้อ ปัญหาโรคทางกาย ความเจ็บปวด ยาหรือพยาธิสภาพอื่นในสมอง ฯลฯ และแก้ไขตามสาเหตุกระตุ้นนั้นๆ (แผนภูมิที่ 3) 2. Non pharmacological management : - รับฟัง ทำความเข้าใจและรับรู้อารมณ์ของผู้ป่วย - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานการณ์อย่างช้าๆ - ปลอบประโลมให้ผู้ป่วยสงบลง - ไม่ทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย - พยายามเบี่ยงเบนความสนใจไปหาสิ่งอื่นแทน 3. Pharmacological treatment : ตามตารางที่ 19 4. ส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์ หากปฏิบัติครบทุกขั้นตอนแล้วอาการไม่ดีขึ้น

ตารางที่ 17-3 การรักษาปัญหาทางพฤติกรรมและจิตเวชในภาวะสมองเสื่อม

ภาวะ	อาการ	การรักษา
ภาวะกระวนกระวาย และก้าวร้าว (agitation/aggression)	อาการกระวนกระวาย - กระสับกระส่าย - อาจพบอาการสับสนร่วมด้วย พฤติกรรมก้าวร้าว ด้วยคำพูดหรือ การกระทำต่อสิ่งเร้า/ผู้ดูแล อาจมี อาการหลงผิดหรือประสาทหลอน ด้วย	1. หาสาเหตุที่มากระตุ้น (แผนภูมิที่ 3) 2. Non pharmacological management : - พูดคุยกับผู้ป่วยตัวต่อตัว ด้วยน้ำเสียงที่อ่อนนุ่มและ สายตาที่เป็นมิตร - ละเว้นพฤติกรรมหรือการพูดกระตุ้นให้เกิดความ ขัดแย้งกับผู้ป่วย - การปรับแสง – เสียง ของสิ่งแวดล้อมตามที่ผู้ป่วย ชอบ - การออกกำลังกายหรือให้ผู้ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่มีการ เคลื่อนไหว เช่น การเดิน - การใช้ดนตรีบำบัด - การนวดและสัมผัส โดยใช้นดนตรีเบาๆ มาช่วย เพื่อ การผ่อนคลาย - การบำบัดด้วยกลิ่น (aromatherapy) - การใช้สัตว์เลี้ยงบำบัด - หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ยึดตรึงผู้ป่วย เพราะจะทำ ให้ผู้ป่วยต่อต้านและกระวนกระวายมากขึ้นอีก 3. Pharmacological treatment : - ให้ยาในกลุ่ม antipsychotic ตารางที่ 19 - ยาในกลุ่ม benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์สั้นร่วมด้วย เป็นครั้งคราว ตารางที่ 20 - ในกรณีที่ไม่ได้ผล อาจพิจารณาให้หรือเพิ่มยาใน กลุ่มปรับอารมณ์ (mood stabilizer) เช่น sodium valproate ตารางที่ 21 4. ส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์หากปฏิบัติ ครบทุกขั้นตอนแล้วอาการไม่ดีขึ้น

ตารางที่ 17-4 การรักษาปัญหาทางพฤติกรรมและจิตเวชในภาวะสมองเสื่อม

ภาวะ	อาการ	การรักษา
ปัญหาการนอน (sleep problems)	วงจรการนอนผิดปกติ - หลับและตื่นไม่เป็นเวลา - วงจรการนอนหลับและการตื่นมากกว่า 24 ชั่วโมง เช่น หลับ 1 วัน สลับกับการตื่น 1 วัน เป็นต้น นอนไม่หลับ - นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ ลูกเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ หรือทำกิจกรรมอื่น ๆ - หลับยาก - หลับไม่สนิท ปัญหาการนอนอาจจะเป็นอาการแสดงของภาวะสับสน ซึมเศร้าหรือวิตกกังวล	1. Non pharmacological management : - เข้านอนและตื่นตรงเวลา - ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อย 15-30 นาทีต่อวัน - จัดให้ผู้ป่วยได้รับแสงสว่างหรืออยู่ในห้องที่มีแสงสว่างเพียงพอในช่วงเวลากลางวัน - หลีกเลี่ยงอาหารมื้อหนัก การดื่มน้ำ หรือออกกำลังกายในช่วงหัวค่ำ - งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ - ควรจัดสถานที่และห้องนอนให้เป็นระเบียบเรียบร้อย และมีแสงสว่างให้พอเหมาะ - ควรจัดสภาพห้องนอนให้รู้สึกผ่อนคลาย เงียบหรือมีเสียงดนตรีที่ชอบเบาๆ อุณหภูมิไม่เย็นหรือร้อนเกินไป 2. Pharmacological treatment : กลุ่ม sedative-hypnotics เช่น temazepam, zolpidem ดูตาราง 20 3. ส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์หากปฏิบัติครบทุกขั้นตอนแล้วอาการไม่ดีขึ้น
ภาวะผิดปกติทางเพศ (sexual disinhibition)	การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมและไม่ระงับอารมณ์เพศของตนเอง	1. Non pharmacological management : - หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นทางเพศ สำหรับผู้ป่วย - ใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - เบี่ยงเบนความสนใจ - พูด หรือแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม - ยกเว้นการดำเนินต่อหน้าผู้อื่น - ออกกำลังกาย - เดินรำ 2. Pharmacological treatment : SSRIs (ตารางที่ 18) progesterone (ตารางที่ 21) 3. ส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์หากปฏิบัติครบทุกขั้นตอนแล้วอาการไม่ดีขึ้น

ตารางที่ 17-5 การรักษาปัญหาทางพฤติกรรมและจิตเวชในภาวะสมองเสื่อม

ภาวะ	อาการ	การรักษา
ภาวะอารมณ์แปรปรวนรุนแรง (catastrophic reaction)	ทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่นเมื่อถูกขัดใจ	1. Non pharmacological management : เลี่ยงสิ่งกระตุ้น แยกสิ่งเร้า 2. Pharmacological treatment : benzodiazepine (ตารางที่ 20), carbamazepine, sodium valproate (ตารางที่ 21) 3. ส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์หากปฏิบัติครบทุกขั้นตอนแล้วอาการไม่ดีขึ้น
Apathy	- ขาดแรงจูงใจ - ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ - ไม่แสดงอารมณ์ความรู้สึก	1. Non pharmacological management : - ให้ความรู้กับญาติให้ช่วยผู้ป่วยในการเริ่มทำกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ - การทำกลุ่มบำบัดแบบ reminiscence therapy - การกระตุ้นการรับรู้ (sensory stimulation) ได้แก่ การให้ฟังดนตรี วงใหญ่ (big band) วันละ 30 นาที 2. Pharmacological treatment : anti dementia drug 3. ส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์หากปฏิบัติครบทุกขั้นตอนแล้วอาการไม่ดีขึ้น
พฤติกรรมที่ทำซ้ำๆ (compulsive behavior)	- การทำพฤติกรรมซ้ำๆ - ถามคำถามซ้ำๆ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับปัญหาความจำ	1. Non pharmacological management : - ทำความเข้าใจ หาเหตุผลและความรู้สึกของผู้ป่วยที่ทำพฤติกรรมซ้ำๆ - อุดหนุนถ้าพฤติกรรมนั้นไม่ก่อปัญหา - เบี่ยงเบนความสนใจ - ใช้สิ่งของที่ช่วยเตือนความจำ เช่น การเขียนโน้ต นาฬิกา ปฏิทินบอกเวลา ภาพเก่าๆ ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย - เปลี่ยนพฤติกรรมซ้ำๆ โดยจัดหากิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและเกิดเป็นประโยชน์ - ดำรงสิ่งของที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น แว่นตา ไม้เท้าแทน 2. Pharmacological treatment : anti dementia drug 3. ส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์หากปฏิบัติครบทุกขั้นตอนแล้วอาการไม่ดีขึ้น

ตารางที่ 17-6 การรักษาปัญหาทางพฤติกรรมและจิตเวชในภาวะสมองเสื่อม

ภาวะ	อาการ	การรักษา
ภาวะวิตกกังวล (anxiety)	วิตกกังวล คิดเรื่องในอนาคตที่ยัง ไม่เกิดมักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า ได้บ่อยกลัวว่าจะเกิดสิ่งที่ไม่ดี สี หน้ากังวล ครุ่นคิด ไม่มีสมาธิ นอน ไม่หลับ มีอาการทางกายหลายอย่าง บางครั้ง อาจมีอาการหงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย ร้องไห้โดยไม่มี เหตุผล พฤติกรรมบางอย่าง เช่น เดินไปมา นั่งเคาะโต๊ะซ้ำๆ อาจบ่ง บอกว่ามีความวิตกกังวลการปฏิเสธ การดูแลบางอย่าง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว แปรงฟัน อาจบ่งบอกถึง ความวิตกกังวลกะทันหัน หรือ บางครั้งความเจ็บปวดที่ไม่ได้ดูแล อาจเป็นตัวกระตุ้นอาการของความ วิตกกังวล	1. Non pharmacological management : - ให้ผู้ป่วยระบายเรื่องที่วิตกกังวล - อธิบาย ให้ความมั่นใจ - ลดความกลัว ปรับสิ่งแวดล้อม - พยายามประเมินโรคทางกาย - เบี่ยงเบนสมาธิให้ทำกิจกรรมอื่น - ออกกำลังกาย - หากิจกรรมสันตนาการ ฟังดนตรี - กิจกรรมทางสังคม - พยายามสังเกตภาษาท่าทางที่แสดงออกว่าอาจมี ความกลัว ความเจ็บปวดจัดการแก้ไข - จัดบำบัดแบบประคับประคอง 2. Pharmacological treatment : ตารางที่ 20 3. ส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์
เร่ร่อน ออกนอกบ้าน (wandering)	อาการอาจเป็นผลมาจากหลาย สาเหตุเป็นการเดินออกไปอย่างไร้ จุดหมายหรือมีจุดหมายอยากหนี จากที่อยู่ อยากไปทำกิจกรรมอื่น หรืออาจเป็นผลของการ กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด ซึมเศร้า อาจเป็นผลข้างเคียงจากยา อาจทำ ให้ผู้ป่วยหลงทาง กลับบ้านไม่ถูก อาจเกิดอุบัติเหตุได้	1. Non pharmacological management : - หาสาเหตุที่ผู้ป่วยสับสน ถ้ายังเข้าใจอธิบายให้ความ มั่นใจ ลดความกลัว - ปรับสิ่งแวดล้อม - หากิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบให้ทำ - พาออกนอกบ้านบ้าง - ป้องกันการหายโดยติดชื่อ ที่อยู่ หรือเบอร์โทรศัพท์ผู้ที่ จะติดต่อได้ 2. Pharmacological treatment : ตารางที่ 19 3. ส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์

ตารางที่ 18 ยาด้านเศร้า (antidepressants)

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาด ที่เริ่ม (มก.)	ขนาด ต่อวัน (มก.)	ผลข้างเคียงที่สำคัญของกลุ่ม	คำแนะนำพิเศษ
+	กลุ่ม tricyclic antidepressant Nortryptiline	10	10-50	Anticholinergic, sedation	ระวังในผู้ป่วย โรคหัวใจ ความ ดันเลือดต่ำ ชั่วคราว
++	กลุ่ม SSRI Fluoxetine	10	20-40	คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาทาง เพศ (หลังใช้) ระวังปฏิกิริยา ระหว่างกันของยา	ไม่ควรให้ก่อน นอนอาจทำให้ ผู้ป่วยตื่นตัวขึ้นได้
++	Sertraline	50	50-200	คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาทางเพศ (หลังใช้)	ไม่ควรให้ก่อน นอนอาจทำให้ ผู้ป่วยตื่นตัวขึ้นได้
++	Escitalopram	10	10-40	คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาทางเพศ (หลังใช้)	ไม่ควรให้ก่อน นอนอาจทำให้ ผู้ป่วยตื่นตัวขึ้นได้
+	กลุ่ม antidepressants อื่นๆ Venlafaxine	37.5	75-150	เบื่ออาหาร คลื่นไส้	อาจเกิดความดัน เลือดสูง
++	Trazodone	25	50-100	Priapism, orthostatic hypotension	ใช้เป็นยานอน หลับได้
+	Mirtazapine	7.5	15	ง่วง ซึม น้ำหนักขึ้น	ใช้เป็นยานอน หลับได้

ตารางที่ 19 ยาต้านโรคจิต (antipsychotic drugs) ที่แนะนำให้ใช้

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาด ที่เริ่ม (มก.)	ขนาด ต่อวัน (มก.)	ผลข้างเคียงที่สำคัญของกลุ่ม	คำแนะนำพิเศษ
+	กลุ่ม conventional antipsychotic* Haloperidol*	0.25- 0.5	0.5-2.0	Extrapyramidal side effect (พบบ่อยและรุนแรง), fall, sedation	ห้ามใช้ในผู้ป่วย DLB, PDD ให้ใช้ในขนาดต่ำ ที่สุด และ ระยะเวลาสั้นที่สุด
	กลุ่ม atypical antipsychotic				
+	Clozapine*,**	6.25- 12.5	25-100	Agranulocytosis, sedation, drooling	ต้องเจาะเลือด CBC ทุก 1-2 สัปดาห์ เพื่อเฝ้าระวังภาวะ เม็ดเลือดขาวต่ำ
+	Olanzapine*	2.5	5	Extrapyramidal side effect (high dose), sedation	น้ำหนักเพิ่มขึ้น
+	Quetiapine*	12.5	25-100	Sedation, dizziness, orthostatic hypotension	
++	Risperidone*	0.25	0.5-2	Extrapyramidal side effects, sedation	
+	Aripiprazole	5	10-15	Extrapyramidal side effects, sedation	

* ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมและได้รับยาเหล่านี้มีรายงานอัตราตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา 1.6-1.7 เท่า* ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ในขนาดต่ำที่สุดและระยะเวลาสั้นที่สุด โดยพิจารณาถึง ประโยชน์ที่จะได้รับ เทียบกับความเสี่ยงดังกล่าว

** ไม่ควรใช้ยา clozapine เป็นตัวแรกในการรักษาผู้ป่วย BPSD แต่ยานี้มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีอาการทาง parkinsonism ร่วมด้วยเพราะมีผลข้างเคียงด้าน extrapyramidal side effects น้อยกว่าตัวอื่น

ตารางที่ 20 ยาลดความวิตกกังวล (anxiolytics) และยานอนหลับที่แนะนำให้ใช้

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาด ที่เริ่ม (มก.)	ขนาด ต่อวัน (มก.)	ผลข้างเคียงที่สำคัญของกลุ่ม	คำแนะนำพิเศษ
++	Lorazepam	0.5	0.5 - 1	Sedation หกล้ม อาจสับสนก้าวร้าว	สามารถใช้เป็นยา นอนหลับได้
+	Clonazepam	0.5	0.5 - 2	Sedation หกล้ม ติดยา อาจสับสนก้าวร้าว halflife นาน	
+	Clonazepam	0.5	0.5 - 2	Sedation หกล้ม ติดยา อาจสับสนก้าวร้าว halflife นาน	
+	Alprazolam	0.25	0.5 - 2	Sedation หกล้ม อาจสับสนก้าวร้าว ติดยา ออกฤทธิ์เร็ว	
+	Clorazepate	5	5 - 10	Sedation หกล้ม อาจสับสนก้าวร้าว	
++	Temazepam	15	15- 30	Sedation หกล้ม อาจสับสนก้าวร้าว	สามารถใช้เป็นยา นอนหลับได้
++	Zolpidem*	5	5-10	Sedation หกล้ม ออกฤทธิ์เร็ว อาจสับสนก้าวร้าว	สามารถใช้เป็นยา นอนหลับได้

*Zolpidem เป็น non benzodiazepine

**ยาในกลุ่ม SSRI/SNRI มีฤทธิ์เป็น anxiolytic ด้วย (ดูตารางที่ 17)

ตารางที่ 21 ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer) และยาอื่นๆ

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาดที่ เริ่ม (มก.)	ขนาด ต่อวัน (มก.)	ผลข้างเคียงที่ สำคัญของกลุ่ม	คำแนะนำพิเศษ
+	Valproate	200	200-800	คลื่นไส้ แขนขาสั่น การทรงตัวไม่ดี น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ออกฤทธิ์ช้า	ต้องปรับขนาดยา
+	Carbamazepine	200	200-800	ออกฤทธิ์ช้า เป็น enzyme inducer เวียนศีรษะ คลื่นไส้ การทรงตัวไม่ดี ผื่นแพ้ยา	ต้องตรวจเลือด CBC blood chemistry
+	Clonazepam	0.5	0.5-4	หกล้ม อาจสับสน ก้าวร้าว	
+	Estrogen	0.625	0.625	ระวังการเกิดมะเร็ง เต้านม เยื่อโพรงมดลูก ปากมดลูก	ใช้ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีปัญหา sexual disinhibition ได้ทั้งชายและหญิง

ตารางที่ 22 น้ำหนักคำแนะนำในการใช้ยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดต่างๆ

ยา โรค	Haloperidol	Clozapine	Quetiapine	Olanzapine		Risperidone		Aripiprazole
AD/VaD	+	+	+	+		+		+
DLB	--	+	+	-- (>5 มก./วัน)	- (≤5 มก./วัน)	-- (>1 มก./วัน)	+/- (≤1 มก./วัน)	-
PDD	--	+	+	-- (>5 มก./วัน)	- (≤5 มก./วัน)	-- (>1 มก./วัน)	+/- (≤1 มก./วัน)	-
FTD	--	+/-	+/-	+/-		+/-		+/-

ตารางที่ 23 ยาจิตเวช ที่น้ำหนักคำแนะนำ : ไม่ควรใช้ (- -)

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ผลข้างเคียงที่สำคัญของกลุ่ม	เหตุผลที่ไม่ควรใช้
- -	Amitriptyline Imipramine Doxepine	ความจำแย่ลง ง่วงซึม ตัดสินใจช้า ปัสสาวะลำบาก ท้องผูก หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง คอแห้ง หกล้มง่าย	Anticholinergic side effects Prolonged QTc interval
- -	Thioridazine	ความจำแย่ลง ง่วงซึม ตัดสินใจช้า หกล้มง่าย	Anticholinergic side effects Prolonged QTc interval
- -	Perphenazine	ความจำแย่ลง ง่วงซึม ตัดสินใจช้า หกล้มง่าย	Anticholinergic side effects Extra pyramidal side effects :EPS
- -	Chlorpromazine	ความจำแย่ลง ง่วงซึม ตัดสินใจช้า หกล้มง่าย	Anticholinergic side effects
- -	Trihexyphenidyl	ความจำแย่ลง ปากคอแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก หัวใจเต้นเร็ว	Anticholinergic side effects

ภาคผนวกที่ 1

ความรู้ทั่วไปเรื่องสมองเสื่อม

ความรู้ทั่วไปเรื่องสมองเสื่อม

- สมองเสื่อมคืออะไร
- โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์
 - โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์คืออะไร
 - ช่วงอายุวัยชราที่อัตราการเกิดโรคอัลไซเมอร์
 - การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์
 - ยารักษาโรคสมองเสื่อมมีผลอะไรต่อโรคอัลไซเมอร์
 - การรักษาโรคอัลไซเมอร์ส่วนที่ไม่ใช่ยา: $1 + 1 > 2$
 - เอกสิทธิ์ของโรคอัลไซเมอร์
 - การดูแลผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์
 - บทบาทของสังคมเรื่องการดูแลรักษาโรคอัลไซเมอร์
- ระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม : a circular diagram
- ความสัมพันธ์ MCI และ AD กับอายุ และ MMSE score
- Activities of daily living : ADL

สมองเสื่อมคืออะไร

สมองเสื่อมคือภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองลดลงอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะๆ จากระดับที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน กลับไปสู่ภาวะที่สมองเคยเป็น ในอดีตเมื่ออยู่ในวัยเด็ก 3-4 ขวบ หรือวัยทารก ถ้าความเสื่อมถอยของสมองนั้นรุนแรงมากถึงขั้นสูงสุด ในระยะเริ่มต้นความเสื่อมถอยของสมองจะแสดงออกให้เห็นเป็นความผิดปกติ ด้านความจำ ด้านพฤติกรรม กิจกรรมหรือการปฏิบัติงาน หรือด้านอารมณ์ อาจเป็นเพียงด้านใดด้านหนึ่งก่อน หรือพร้อมๆ กันหลายด้านก็ได้ อัตราการเสื่อมถอยของสมองจากขั้นต้นถึงขั้นสุดท้าย จะช้า เร็ว รุนแรงมากน้อย ขึ้นกับปัจจัยต้นเหตุของสมองเสื่อม ถ้าเป็นโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาเฉพาะโรค ช่วงระยะเวลาดำเนินของโรคจะเป็น 5-6 ปี ในกรณีเนื้องอกของสมองจะเป็น ½- 2 ปี เชื้อไวรัสสมองอักเสบช่วงเวลาดังกล่าวก็จะลดลงเหลือ 1-2 สัปดาห์ เหล่านี้ เป็นต้น

การเสื่อมถอยประสิทธิภาพการทำงานของสมองจะเป็นไปตามกฎ “Law of cerebral dissolution : In case of brain damage, loss of higher cerebral function will happen first and before primitive brain function — cognitive function first and before motor control activity” เมื่อสมองถูกทำลายด้วยสาเหตุใดก็ตาม การทำงานของสมองที่เกิดขึ้นในระยะหลังของพัฒนาการสมองจะเสียหรือถดถอยไปก่อน การทำงานของสมองที่เกิดขึ้นในระยะแรกหรือมีมาแต่กำเนิด กฎนี้ค้นพบโดยประสาทแพทย์ที่มีชื่อเสียงมากทางด้านโรคลมชักคนหนึ่งชื่อ John Hughlings Jackson

เรื่องสมองเสื่อม ถ้าสรุปให้สั้น ง่ายต่อการจำและการนำไปปฏิบัติ เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ สมองเสื่อม คือ ภาวะที่ “ผู้สูงอายุ” ถอยหลังกลับไปกลายเป็น “เด็กน้อยธรรมดาๆ” ใหม่อีกหนึ่งครั้ง เป็นเด็กในทุกด้านการทำงานของสมอง ด้านความจำ การตัดสินใจ พฤติกรรม อารมณ์ในระยะเริ่มต้น และด้านการควบคุมกล้ามเนื้อในการพูด การทรงตัว การเดิน การยืน การนั่ง และ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระในระยะสุดท้ายของโรค ส่วนที่ “ไม่ธรรมดา” ในเรื่องนี้มีอย่างเดียว คือ “ขนาดและน้ำหนักของร่างกายผู้ป่วย” เพราะโครงสร้างกระดูกเป็นของแข็ง ขยับ ย่น และห่อเหี่ยวไม่ได้ เหมือนเนื้อสมอง

“ภาวะสมองเสื่อม” เป็นศัพท์ที่ใช้ในกรณีที่สาเหตุของสมองเสื่อมยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าจะเป็นเนื้องอก ก้อนเลือด เชื้อ HIV/AIDS เชื้อซิฟิลิส อัลไซเมอร์ หรือสาเหตุอื่นๆ เมื่อรู้สาเหตุของสมองเสื่อมชัดเจนแล้ว จะเรียกว่า “โรคสมองเสื่อม”

โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์

หัวข้อประเด็นสำคัญๆ ที่ประชาชนคนไทยควรรู้ในฐานะที่เป็นประชากรคนหนึ่งของประเทศไทย

โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ คืออะไร

โรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคเรื้อรังของระบบประสาทชนิดหนึ่งที่เซลล์สมองเสื่อมสลายอย่างรุนแรงสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ทำให้การทำงานของสมองที่มองเห็นและประเมินได้ลดลงและหายไปหมดภายในระยะเวลา 5-6 ปี อาการและอาการแสดงของโรคที่ผิดปกติ ด้านความจำ พฤติกรรม อารมณ์คล้ายกับโรคสมองเสื่อมโดยทั่วไป แต่ระยะเวลาการดำเนินของโรคช้า เมื่อเปรียบเทียบกับโรคสมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น เช่น เนื้องอก หรือเชื้อซิฟิลิส

ช่วงอายุวัยชราที่อัตราการเกิดโรคอัลไซเมอร์

การเกิดอาการและการแสดงของโรคอัลไซเมอร์ มีความสัมพันธ์กับอายุในวัยชรา มาก การก่อเกิดโรคนี้ใช้เวลานานเท่าใด ยังไม่ทราบแน่ชัด รู้ว่านานเป็นปี อาจเป็น 5 ปี 10 ปี หรือนานกว่านี้ก็ได้ อาการของโรคจะเริ่มปรากฏให้เห็นเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป อัตราการปรากฏอาการให้เห็นภายหลังอายุ 60 ปี จะเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณทุกช่วงเวลา 5 ปี จนถึงอายุ 80 หรือ 90 ปี

ช่วงอายุ 60 - 64 ปี พบ 1-2% หรือ 1-2 รายใน 100 คน

ช่วงอายุ 70 - 74 ปี พบ 12% หรือ 1 ราย ใน 8 คน

ช่วงอายุ 80- 84 ปี พบ 31% หรือ 1 รายในทุกๆ 3 คน ของประชากรไทยในช่วงวัยนี้

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากงานวิจัยในคนไทยภาคใต้ ซึ่งเป็นพวกผิวเหลือง mongolian ก็สูงมากแบบทวีคูณ เช่นเดียวกับที่พบในคนอเมริกัน ซึ่งเป็นพวกผิวขาว caucasian คือมากกว่า 60% หรือ 1 รายในทุกๆ 2 คนที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์

เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ในขั้นต้นแบ่งออกเป็น 3 ระยะ เมื่อมีความรู้ความชำนาญแล้ว แบ่งให้มากกว่า 3 เป็น 5 หรือ 7 ช่วงระยะก็ได้

ระยะแรก : การเสื่อมเสียทางด้านความจำ พฤติกรรม อารมณ์ กิจกรรมในหน้าที่การงาน หรือในสังคม การวางแผนปฏิบัติงาน การงานที่ยากและซับซ้อนจะเสียไปก่อนเนื่องงานที่ง่ายกว่าการใช้เครื่องมือประกอบกิจกรรมงานบ้านธรรมดาๆ

ระยะกลาง : การเสื่อมเสียการดูแลสุขอนามัยส่วนตัว เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน การควบคุมการขับถ่าย และการช่วยตัวเองเรื่องรับประทานอาหาร

ระยะสุดท้าย : การเสื่อมเสีย การเดิน การยืน การทรงตัว การจำญาติที่ใกล้ชิด การจำชื่อตัวเองและการแสดงออกทางภาษากายว่าตัวเองมีใคร

แต่ละช่วงระยะใช้เวลานานเป็นปี จะมีการคาบเกี่ยวกันของอาการแสดงดังกล่าวค่อนข้างมาก ไม่ได้แบ่งกันชัดเจน เหมือนที่บรรยายไว้บนกระดาษ

ยารักษาโรคสมองเสื่อมมีผลอะไรต่อโรคอัลไซเมอร์

ยาที่ใช้รักษาโรคสมองเสื่อมโดยตรง ในปัจจุบันมีอยู่ 2 กลุ่มใหญ่ ชื่อ cholinesterase inhibitors และ NMDA receptor antagonist ยาเหล่านี้ช่วยทุเลาอาการของโรค และชะลอการดำเนินของโรค แทนที่ผู้ป่วยอัลไซเมอร์จะจบชีวิตระยะภายในช่วงระยะ 5-6 ปี เหมือนเมื่อก่อนการค้นพบยานี้ก็กลายเป็น 10 ปี หรือ 15 ปี ทำให้ภาระการดูแลรักษาผู้ป่วยลดลงและเบาลงมาก โดยเฉพาะในระยะแรกและระยะกลาง ของการดำเนินโรค ส่วนระยะสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยช่วยตัวเองไม่ได้ สื่อสารไม่ได้แล้ว การใช้ยาอาจจะช่วยได้ไม่มาก

ยาทั้ง 2 กลุ่มนี้ไม่สามารถหยุดยั้งและชะลอพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ ในที่สุดผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ก็ต้องจบชีวิตเหมือนกันทุกคน ด้วยภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะเรื่องการติดเชื้อ ประธานาธิบติเรกของสหรัฐอเมริกาเป็นตัวอย่างของโรคอัลไซเมอร์ที่ชัดเจนที่สุดสำหรับเรื่องนี้ ท่านมีชีวิตอยู่ได้ 10+ ปี ภายหลังจากการประกาศเป็นทางการว่าท่านเป็นโรคนี้

การรักษาโรคอัลไซเมอร์ส่วนที่ไม่ใช่ยา: 1+1 > 2

การรักษาโรคอัลไซเมอร์ก็เหมือนกับการรักษาโรคทั่วไป คือมีหลักสำคัญอยู่ 2 หลัก หลักแรกคือส่วนที่ใช่ยาและอีกหลักหนึ่งคือส่วนที่ไม่ใช่ยา เมื่อใช้ทั้ง 2 หลักพร้อมกัน ผลลัพธ์ที่ได้จะมากกว่าการรักษาที่มุ่งเน้นเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น นี่คือการอธิบาย 1+1 > 2

การรักษาโรคอัลไซเมอร์ส่วนที่ไม่ใช่ยามีหลายประเด็น

- น้ำ : ดื่มให้เพียงพอในหนึ่งวัน ให้ได้ค่าเฉลี่ยของจำนวนปีสภาวะในแต่ละวันไม่น้อยกว่า 1500 มล.
- อาหาร : ให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารโปรตีนที่จะไปสร้างมวล และพลังงานกล้ามเนื้อในวัยสูงอายุ ถ้าขาดโปรตีนกล้ามเนื้อจะไม่แข็งแรง อ่อนแอ แม้กล้ามเนื้อนั้นจะได้รับการกระตุ้นอย่างถูกต้องและเต็มที่ตามหลักวิชาการแพทย์

- การออกกำลังกาย: เพื่อรักษาระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการทำ กิจกรรมเพื่อช่วยเหลือตนเองไว้ให้ทรงอยู่ได้นานที่สุด การนั่ง การยืน การเดินระยะทาง ต้องมากเพียงพอที่จะกระตุ้นระบบกล้ามเนื้อดังกล่าวให้ทรงมวลและพลังอยู่ได้
- การเดินระยะทาง: เพื่อเพิ่มคุณภาพของการนอนหลับและการผ่อนคลายความตึงเครียด การเดินทำระยะทางให้มาก และนานพอจนถึงจุดที่เริ่มรู้สึกเหนื่อย เมื่อเหนื่อยมากก็หยุด และหายเหนื่อยก็เดินต่อไปจนเริ่มรู้สึกเหนื่อยอีก ทำอย่างนี้ทุกวัน ถ้าสามารถทำได้ควรจะไปให้ถึงจุดที่เริ่มเหนื่อยอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง ถ้าระบบการทรงตัวไม่ดี ข้อเข่า ข้อเท้า ไม่เอื้ออำนวย การเดิน ใช้การร่ายน้ำแทนได้
- การสังคม : พูดคุย รับประทานอาหาร กับญาติ หรือเพื่อนสนิท
- งานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบที่ถนัด: ทำคนเดียว กับญาติ หรือกับเพื่อนสนิทก็ได้
- การเปลี่ยนสถานที่: เพื่อทำศัลยกรรมและผ่อนคลายความตึงเครียด อย่างน้อยเดือนละ 1-2 ครั้ง ถ้าสามารถทำได้

เอกลักษณ์ของโรคอัลไซเมอร์

โรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคที่แปลกประหลาดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังทั่วไปทางด้านอื่นของสมอง เช่น โรคอัมพาต โรคมะเร็ง ลักษณะที่โดดเด่นที่ไม่เหมือนใคร และไม่มีใครเหมือน คือ “คนที่ป่วยโรคนี้ไม่รู้ตัวว่าตัวเองเป็นโรคนี้ และไม่รู้สึกลำบาก วิตกกังวล ทุกข์ร้อนกับการเป็นโรคนี้ด้วย” แต่คนข้างเคียงโดยเฉพาะญาติที่ต้องรับภารกิจ เรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วย จะมีความรู้สึกที่ตรงกันข้าม เพราะการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้เป็นงานที่หนักมาก เหมือนกับการดูแลเลี้ยงดูเด็กเล็กและทารกทุกอย่างในหลักการปฏิบัติงาน เช่น การให้อาหาร การอาบน้ำ แต่งตัว การดูแลความสะอาดหลังการขับถ่าย การเฝ้าระวังอันตราย ภายในและภายนอกบ้าน

งานดูแลเด็กทารกและเด็กเล็กจะเบาลงๆมาก ภายใน 2-3 ปี เมื่อเด็กพูดได้ รู้เรื่อง และช่วยเหลือตัวเองได้ และจบไปภายใน 4-5 ปี แต่งานดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ จะเป็นไปในทิศทางที่ตรงกันข้าม ยิ่งเป็นนาน ภารกิจเรื่องการดูแลยิ่งมากและหนักขึ้น และไม่มีวันจบสิ้นจนกว่าจะถึงนาทีสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย

การดูแลผู้ดูแล (caregivers)

การดูแลรักษาโรคอัลไซเมอร์ เป็นงานที่หนักมาก ยาวนาน ซ้ำซาก และน่าเบื่อหน่าย ถ้าผู้ดูแลเมื่อยล้า ขาดกำลังใจที่จะทำงาน คุณภาพของการดูแลรักษาจะไม่ดีเท่าที่ควร เพื่อรักษาพลัง

จิตใจของผู้ดูแลไว้ ผู้ดูแลควรมีเวลาหยุดพักผ่อน เพื่อเปลี่ยนบรรยากาศ คลายความตึงเครียด หรือ ทำธุรกิจส่วนตัวที่จำเป็นอย่างน้อยเดือนละ 1-2 ครั้ง งานเรื่องการดูแลรักษาโรคอัลไซเมอร์นี้เป็นงานที่หนักและยาวนานมาก ถ้าไม่วางแผนการปฏิบัติงานให้ดี ผู้ดูแลอาจหมดกำลังใจกลายเป็นโรคเซ็ง เบื่อหน่าย หรือ ซึมเศร้า mental depression ได้

บุตรและธิดา ของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ควรมาช่วยกันรับภาระกิจเรื่องการดูแลรักษา นี้ ช่วยโดยตรงไม่ได้ก็ช่วยทางอ้อม หากคนมาช่วยผลัดเปลี่ยนเพื่อลดภาระงานเป็นครั้งเป็นคราวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จนถึงนาทีสุดท้ายของผู้ป่วย

บทบาทของสังคมเรื่องการดูแลรักษาโรคอัลไซเมอร์ : ปัจจุบันและอนาคต

สังคม ณ ที่นี้ หมายถึง สมาชิกทุกคนในครอบครัว ในชุมชนระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และระดับประเทศ

ในปัจจุบันค่าเฉลี่ยอายุของคนไทยทั้งประเทศเกิน 70 ปี ซึ่งเป็นค่ากลาง (mean) สำหรับคนไทยในการเกิดภาวะสมองเสื่อมทั้งเพศชาย และเพศหญิง สังคมไทยในอนาคตจะเป็นสังคมของคนสูงอายุ และแน่นอนต้องมีสังคมของผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ควบคู่มาด้วย

โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ เป็น “ภัยมืดที่น่ากลัวที่สุด สำหรับประชากรไทยในปัจจุบันและในอนาคต” เพราะโรคนี้มาถึงตัว หรือเริ่มเป็นเมื่อไรผู้ป่วยส่วนมากไม่รู้ และเมื่อเป็นโรคนี้จริงๆ แล้วก็ยังไม่รู้หนักมากขึ้นอีก

โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์นี้ ไม่มีใครอยากเป็น แต่ก็ไม่มีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยง เพราะปัจจุบันยังไม่มีบทสรุปที่ชัดเจนที่จะใช้ป้องกันไม่ให้ เป็นโรคนี้ การทำงานวิจัยเพื่อหาคำตอบ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากและต้องใช้เวลานาน

การแสวงหาความรู้เรื่องสมองเสื่อมและทำความเข้าใจให้ถ่องแท้กับโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ เป็นนโยบายที่จะแก้ปัญหาเรื่องนี้ “แบบรุก มากกว่ารับ” เป็นเรื่องที่ต้องดูแลและเหมาะสมอย่างยิ่ง ยังไม่สายเกินไปสำหรับคนไทยทุกคนที่ยังไม่ได้ย่างก้าวเข้าสู่วัย ที่จะมีอาการและอาการแสดงทางโรคนี้

สังคมไทย วัฒนธรรมไทย ในอดีตและปัจจุบันเป็นสังคมที่เอื้ออำนวยสำหรับคนวัยชราและผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ดีมากและมีคุณค่ามหาศาลอยู่แล้ว เพราะถูกเน้นเรื่องการกราบไหว้ผู้ใหญ่ และความกตัญญูมาตั้งแต่เป็นเด็กเล็กๆ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย สั่งสอนว่า:-

“เมื่อเราเป็นเด็ก พ่อ แม่ ช่วยเลี้ยงดูเราอย่างดีเยี่ยมทุกอย่าง เมื่อ พ่อ แม่ เข้าสู่วัยชรา บางคน กลับกลายเป็นเด็กใหม่อีกครั้งหนึ่ง พวกเราควรดูแล พ่อ แม่ เหมือนกับที่พ่อ แม่ เคยทำให้เราเมื่อเป็นเด็กทารกและเด็กเล็ก เป็นการแสดงความกตัญญูต่อพ่อแม่และบรรพบุรุษ ผลบุญนี้จะตกแก่เราและ

ติดตัวเราตลอดไป ในอนาคตถ้าเราเป็นโรคสมองเสื่อม เราก็จะได้รับการปฏิบัติดูแลรักษา เช่นเดียวกัน”

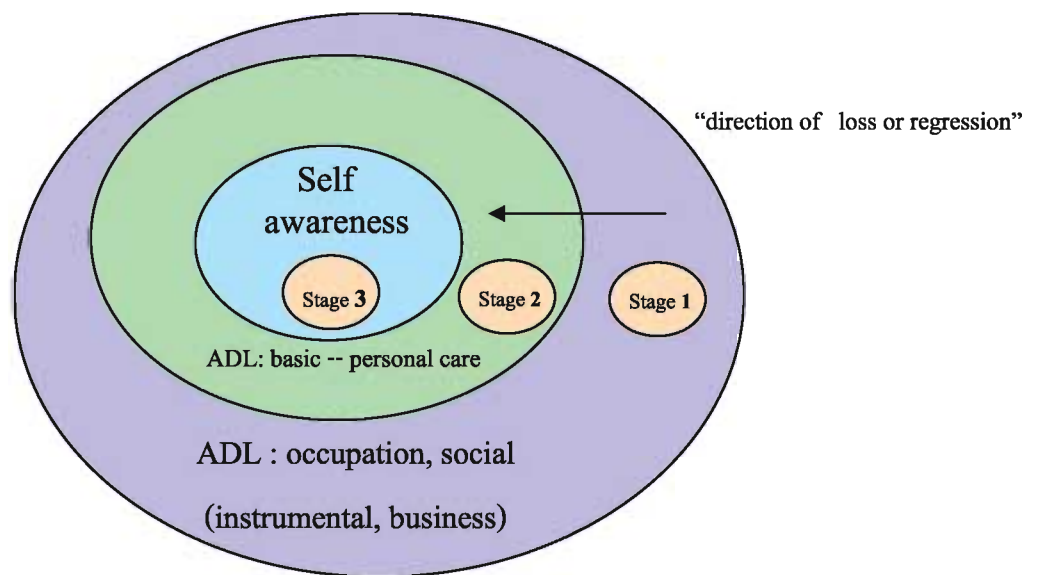
คนไทยทุกคนต้องช่วยกันรักษา วัฒนธรรมและประเพณีไทยที่ดีและงดงามนี้ไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ ปัจจุบันวัฒนธรรมเรื่องนี้เริ่มเจือจางและลดลง เพราะภาวะเศรษฐกิจทำให้คนไทย โดยเฉพาะในเมือง อยู่แบบครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ถ้าคนไทยสามารถรักษาวัฒนธรรมนี้ไว้ได้ สุภาษิตคำขวัญดังกล่าวข้างล่างก็จะดำรงอยู่ควบคู่กับคนไทยตลอดไป

“Every home is a nursing home for ageing people & Alzheimer’s disease”

- ระบบการดูแลรวมที่ใหญ่กว่าหมู่บ้าน / ตำบล เป็นระดับจังหวัด (city nursing home) ระดับภาค (state/regional nursing home) หรือระดับประเทศ เหมือนที่เป็นอยู่ในสังคมประเทศตะวันตก เป็นสิ่งที่คนไทยทุกคนควรหลีกเลี่ยง เพราะเรื่องนี้กำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ใหญ่มากเรื่องหนึ่งของประเทศในสังคมตะวันตก ปัญหาใหญ่คือ ค่าใช้จ่ายสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม สูงมาก จนรัฐบาลกลางรับมือไม่ไหว ต้องหาทางลดภาระเรื่องนี้โดยพยายามผลักดันให้ชุมชนรับไปบริหารจัดการกันเองโดยรัฐจัดงบประมาณสนับสนุนบางส่วน นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องคุณภาพการดูแลโดยรวมไม่ดี จะจ้างผู้ดูแลให้มากขึ้นก็ทำได้ยาก เพราะค่าแรงงานประเภทนี้สูงมาก ไม่มีใครชอบงานประเภทนี้ หากคนมาทำแทนก็เป็นครั้งคราวก็ยากเช่นเดียวกัน และปัญหาเรื่องจำนวนเตียงมีไม่พอ เพราะจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นค่อนข้างรวดเร็ว แบบก้าวกระโดดหรือทวีคูณ ต้องเอาชื่อเข้าคิวไว้นานเป็นเดือน หรือเป็นปีกว่าจะได้เข้าไปอยู่

แผนภูมิที่ 4 การถดถอยของ ADL ตามระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม

Dementia definition : as a circular diagram
for symptomatology analysis & dementia staging

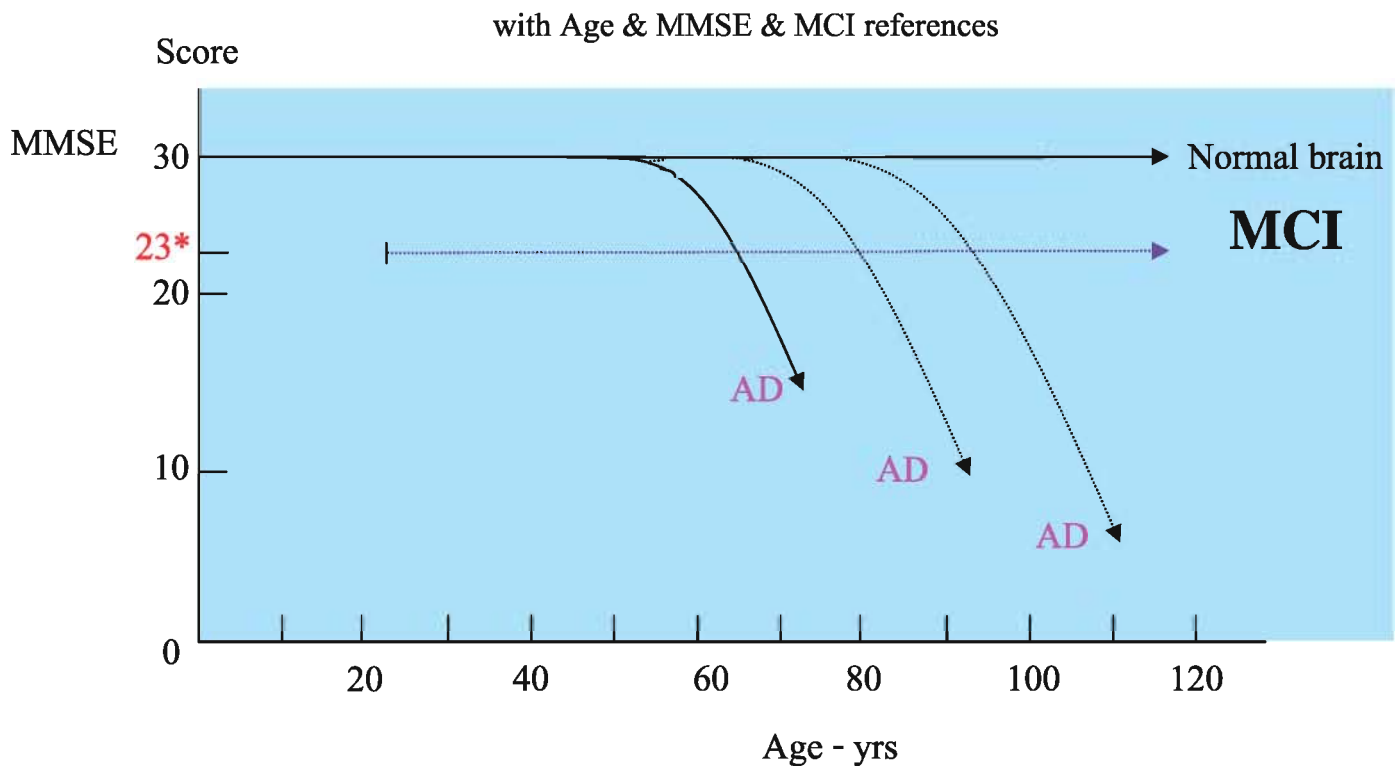


- ADL - very important point in history taking for dementia cases
- one must firmly establish what is the highest point of each functional ADL before the onset of dementia

- **Cognitive loss *first & before* motor (voluntary) loss**

- Stage 1 เกิดความผิดพลาดในด้าน อาชีพ การงาน สังคม บ่อยๆ และมากขึ้นเรื่อยๆ
- Stage 2 เกิดความผิดพลาดและสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัว
- Stage 3 ไร้สมรรถภาพทุกอย่าง ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น จำตัวเองไม่ได้

Dementia definition : as a graphic diagram



*MMSE score ≤ 23 ผิดปกติ (แบบทดสอบ หน้า 51)

TMSE score ≤ 23 ผิดปกติ (แบบทดสอบ หน้า 52)

MMSE Thai – 2002 ≤ 22 ผิดปกติ (แบบทดสอบ หน้า 53)

MOCA < 26 ผิดปกติ (แบบทดสอบหน้า)

MCI : Mild cognitive impairment (MMSE score 24 - 30)

- ความชุกร้อยละ 10-15 ในประชากรผู้สูงอายุ
- แปรเปลี่ยนเป็น AD ร้อยละ 10-15 ต่อปี
- การตรวจพิสูจน์ศพในผู้ป่วย MCI 25 รายพบความผิดปกติทางพยาธิสภาพของสมองที่เข้าได้กับ AD ร้อยละ 84 (21 ราย ใน 25 ราย)
- เมื่อประเมินติดตาม cognitive function จะดีขึ้นหรือกลับเป็นปกติ ร้อยละ 40 ต่อปี

AD : Alzheimer's disease เกิดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สัมพันธ์กับจำนวนปีของอายุที่เพิ่มขึ้น

Activities of daily living (ADL)

ADL เป็นดัชนีบ่งชี้ที่ดีที่สุดในการวินิจฉัย ติดตาม และประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ADL มีความไวในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมมากกว่า MMSE หลายเท่า

เหตุผลที่เป็นเช่นนี้ เพราะ ขณะที่มนุษย์มีชีวิต จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายที่ เดินไปมา และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่รอบตัวตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็น คน สิ่งของ สิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ในธุรกิจ สังคม หรือกิจวัตร ประจำวันส่วนตัว เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว รับประทานอาหาร ดูทีวี อ่านหนังสือพิมพ์ ฯลฯ ทุกเหตุการณ์หรือกิจกรรม ต้องใช้สมองเกี่ยวกับเรื่อง ความจำ การวิเคราะห์ข้อมูล การตัดสินใจ และการกระทำ สมองจะถูกกระตุ้นให้จำ ให้คิด ให้สั่งงานตลอดเวลา วันละหลายๆ ครั้ง memory circuits ในสมองทั้ง main และ minor หรือ satellite circuits จะถูกทดสอบแล้วทดสอบอีก จนกว่าจะจบกิจวัตรประจำวัน เมื่อถึงเวลานอน โดยสรุป

- ADL ทดสอบการทำงานของสมอง วันละหลายชั่วโมง และสัปดาห์ละหลายสิบครั้ง !
 - MMSE ทดสอบการทำงานของสมองในช่วงเวลาที่ทำการสอบเพียง 15-30 นาที เท่านั้น
- การนำ ADL ไปใช้ในการวินิจฉัย dementia จำเป็นต้องทำให้ถูกหลักการและเป็นขั้นเป็นตอน
1. ต้องเก็บข้อมูล ADL ของผู้ป่วยที่สงสัยจะมีภาวะสมองเสื่อมให้ครบและสมบูรณ์ที่สุด
ตั้งแต่ผู้ป่วยเป็นปกติ ยังไม่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อม และตลอดช่วงเวลาที่ภาวะสมองเสื่อม
 - เก็บจากผู้ป่วยโดยตรง
 - เก็บจากญาติ ผู้ใกล้ชิด ผู้ดูแล
 - จากประวัติการเจ็บป่วยหรือเวชระเบียน
 2. เปรียบเทียบข้อมูล ADL เมื่อผู้ป่วยเป็นปกติกับช่วงที่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อม ถ้าได้ข้อสรุปใน 3 ประเด็นต่อไปนี้ แสดงว่าผู้ป่วยรายที่สงสัยนี้ “มีภาวะสมองเสื่อม”
 - ADL ของผู้ป่วยบกพร่อง / ผิดพลาด ชัดเจน
 - ความผิดพลาดใน ADL เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ชัดเจน
 - ผู้ป่วยไม่รู้ ว่ามีความผิดพลาดใน ADL เหล่านั้น (แต่ญาติรู้และบอกว่าข้อบกพร่องนั้นหนักขึ้น มากขึ้นเรื่อยๆ)

แต่ถ้าผู้ป่วยรู้และยอมรับว่ามีข้อผิดพลาดใน ADL ของตัวเอง และกำลังดำเนินการปรับปรุงแก้ไขอยู่ การแก้ไขถูกบ้าง ผิดบ้าง ถ้าเป็นกรณีนี้อาจเข้าข่าย “สงสัยสมองเสื่อม”

ในตำราโรคสมองเสื่อมอาจแบ่ง ADL ออกเป็น 2 ชนิด คือ instrumental ADL (iADL) กับ basic ADL (bADL)

bADL เป็นเรื่องของ personal care เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว รับประทานอาหาร
iADL เป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ซับซ้อน เช่น การทำความสะอาดบ้าน การรับประทานยา
การปรุงอาหาร iADL จะเสียไปก่อนในระยะต้นๆ ของ dementia ส่วน bADL จะเสียไปในระยะ
ท้ายๆ

Pseudodementia

A reversible neuropsychological disorder : depression

Aphasia

Problem with language (มีศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้เรียกอยู่หลายแบบ/คู่ receptive/
expressive, sensory/motor, fluent/non fluent, wernicke/broca)

Apraxia

Inability to carry out purposeful movements even though there is no motor and sensory
paralysis or impairment

Agnosia

Failure to recognize, people, part of body, object, etc.

Disturbance of executive function

Impaired initiation, planning, reasoning, sequential organization, and judgement

ภาคผนวกที่ 2

ผู้ป่วยตัวอย่าง aphasia, apraxia, agnosia

ผู้ป่วยต่อไปนี้นี้มักได้รับคำวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมแต่ความจริงไม่ใช่ เป็น subtype ของ CVA มี lesion อยู่บริเวณอื่น นอกเหนือ internal capsule และผู้ป่วยมี aphasia, apraxia, agnosia ธรรมดาๆ ถ้าท่านเคยเห็นและมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยต่อไปนี้ดีแล้ว ก็ผ่านไป

รายที่ 1 Motor aphasia (nonfluent, Broca's, anterior)

หญิงไทย อายุ ประมาณ 50 ปี ตื่นเช้าขึ้นมา พูดไม่ได้ แม้แต่คำเดียว ฟังรู้เรื่องทุกอย่างไม่มี แขนขาอ่อนแรงหรือชา เดินไปมาได้เหมือนคนปกติ รักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ดีมาตลอดไม่เคยมีปัญหาเรื่องความจำเสื่อม

CT scan brain : Broca's area infarct

รายที่ 2 Sensory aphasia (fluent, Wernicke's, posterior)

ชาย อายุ 60 ปี มีอาการปวดศีรษะขึ้นมามากขึ้น ไม่มีกลิ่น ไร้รสชาติ หรือหมดสติ หลังจาก นั้นฟังคนข้างเคียงพูดไม่เข้าใจ ต้องสื่อสารกันด้วยการเขียน พูดเป็นประโยคได้ มีความหมายตรง ประเด็นบ้าง ไม่ตรงประเด็นบ้าง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง หรือชา ความจำดีมาตลอด

CT scan brain : lobar hemorrhage ที่ left cerebral hemisphere บริเวณ Wernicke's area

รายที่ 3 Conduction aphasia

หญิง อายุ 55 ปี มาปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับภาษา เวลาไปวัดสวดมนต์ตามพระไม่ได้ หรือได้ด้วยความยากลำบาก เป็นขึ้นมามากขึ้น ผู้ป่วยพูดจาโต้ตอบได้ คล่องแคล่วดี เหมือนคนปกติ อ่าน เขียน ก็ปกติ แต่ให้พูดตาม “โรงพยาบาลรามารับดี” พูดทันทีไม่ได้ กระตุ้นให้ใช้ความพยายาม พูด ก็พูดติดตะกุกตะกัก ตกๆ หล่นๆ พูดได้ไม่ครบทุกคำ เอาคำพูดประโยคอื่นสั้นๆ ง่ายๆ มา ทดสอบก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่รักษาไม่ค่อยจริงจัง ไม่เคยมีปัญหา เรื่องภาษาหรือความจำมาก่อน

CT scan brain: lesion ที่ arcuate fasciculus : fiber tract ที่เชื่อมโยง motor กับ sensory speech centers (Broca – Wernicke connecting tract)

รายที่ 4 Alexia without agraphia

หญิง อายุ 59 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่ได้รักษา ตื่นเช้าขึ้นมาอ่านหนังสือ ไม่ออก ปกติเป็นคนอ่านหนังสือได้เร็วและคล่อง เพราะมีอาชีพเป็นเจ้าของร้านหนังสือเช่า ไม่มี แขนขาอ่อนแรง หรือปัญหาเรื่องความจำมาก่อน

การทดสอบทางภาษา

- พูดยา ได้ตอบได้ คล่องแคล่ว เป็นปกติ
- ให้อ่านหนังสือพิมพ์ อ่านไม่ได้แม้แต่คำเดียว
- เอาข้อความหนังสือพิมพ์ที่อ่านไม่ได้ มาบอกให้เขียน (เขียนคำบอก) เขียนได้ ถูกต้องทุกคำ
- ทันทิท่เขียนข้อความคำบอกจบ เอาข้อความนั้นมาให้อ่าน อ่านไม่ได้อีก !

CT scan : lesion ที่ splenium of corpus callosum ใน hemisphere ข้างซ้าย

รายที่ 5 Agraphia

คุณชาย อายุ 58 ปี เป็นนักแต่งกลอนและเขียนบทกลอน สะสมบทกลอนที่เขียนไว้หลายเล่ม อยู่ดีๆ มีความปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน แต่ไม่หมดสติ เดินไปมาได้เอง ใช้มือขวา / ซ้ายจับของได้ ปกติ (เป็นคนถนัดขวา) แต่เขียนหนังสือไม่ได้ ไม่เคยมีปัญหาเรื่องความจำผิดปกติหรือหลงลืม

การทดสอบทางภาษา

- พูดยา ได้ตอบได้เหมือนคนปกติ
- ให้เขียนข้อความตามที่มองเห็นบนหนังสือพิมพ์ — เขียนไม่ได้ เขียนเป็นตัวอักษรได้ 2-3 ตัว แต่ไม่เป็นคำหรือภาษาที่มีความหมาย
- บอกให้เขียนตามที่ได้ยิน (เขียนคำบอก) ก็ทำไม่ได้

CT scan brain : มี small hematoma ที่ left frontoparietal area เป็น lobar hemorrhage

รายที่ 6 Apraxia

ผู้ป่วยชายอายุ 51 ปี มาปรึกษาแพทย์ด้วยเรื่อง “มือขวาไม่ค่อยยอมทำงานตามที่ต้องการ” เป็นขึ้นมาทันทีเมื่อ 2-3 เดือนก่อน อาการยังไม่ดีขึ้น ก่อนหน้านี้อาการข้างขวางานได้เป็นปกติ เป็นคนถนัดมือขวา

ทดสอบการทำงานของแขน

- พลังกล้ามเนื้อแขนขวา-ซ้ายปกติ: no weakness
- Basic sensory perception : pain, touch, joint sense — ปกติ
- พูดยาได้ตอบได้เป็นปกติ
- * หวีผม : เอามือขวาจับหวีได้ แต่ “ทำท่าหวีผมไม่ได้”
- * แปรงฟัน : มือขวาจับแปรงสีฟันได้ แต่ “ทำท่าแปรงฟันไม่ได้”

ลองให้พยายามทำ ก็ทำถูกๆ ผิดๆ ทั้งทำหวีผม และทำแปรงฟัน

CT scan : left parietal infarct

รายที่ 7 Agnosia – aphasia

ผู้ป่วย อายุ 61 ปี มาพบแพทย์ด้วยปัญหาเกี่ยวกับการพูด “เรียกชื่อของไม่ถูก” เป็นขึ้นมาทันที เมื่อ 2 สัปดาห์ก่อน ก่อนหน้านี้นี้ไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับการเรียกชื่อสิ่งของ เป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานแต่ก็ควบคุมได้ดีมาตลอด

การทดสอบ

- พูดจาโต้ตอบได้ดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรง หรือชา
- * ชูปากกาให้ดู ถามว่านี่อะไร ผู้ป่วยพูดคำว่า “ปากกา” ไม่ได้ ได้แต่แสดงท่าทางว่าของสิ่งนี้ใช้สำหรับเขียน
- * ชี้ไปที่เขียนนาฬิกา พร้อมคำถามว่า นี่อะไร ผู้ป่วยตอบเป็นคำพูดว่า “นาฬิกา” ไม่ได้ แต่กลับแสดงท่าที่เป็นภาษาใบ้ว่าของสิ่งนี้ ใช้ทำอะไร
- * บอกให้ “ชูแขนขวา” หรือ “ชูแขนซ้าย” ที่ละข้างทำไม่ถูก (right-left disorientation)
- * ชี้ไปที่นิ้วของผู้ป่วยทีละนิ้ว แล้วให้บอกชื่อทีละนิ้วว่าเป็นนิ้วอะไร ผู้ป่วยไม่สามารถบอกชื่อนิ้วที่กำลังถูกชี้อยู่ได้ทั้งข้างซ้ายและข้างขวา
- * ให้บวก – ลบ เลขหลักเดียว ทำไม่ได้ ทั้งๆ ที่ก่อนหน้านี้ บวก – ลบ เลข 2-3 หลัก ก็ทำได้คล่องแคล่ว

CT scan : left parietal, angular gyrus

ผู้ป่วยเป็น typical Gerstmann’s syndrome มี

- finger agnosia
- nominal aphasia
- right-left confusion
- acalculia

รายที่ 8 Agnosia: prosopagnosia

คุณยาย อายุ 80 ปี เป็นคนกระฉับกระเฉง ว่องไว ความจำดี พูดเก่ง หลังจากตกเก้าอี้มี hip fracture ต้องนอนอยู่ประมาณ 3 เดือน ความจำทางด้านสายตาเปลี่ยนไป ลูกหลานมาเยี่ยมเปิดประตูเสียงดัง คุณยายจะถามทันทีว่าใครมาเยี่ยม ถ้าลูกหลานไม่เปล่งเสียงพูดออกมา คุณยายจะจำไม่ได้ว่าเป็นใคร ทั้งที่ขึ้นหน้าเข้ามาใกล้ๆ สายตาคุณยายยังดี จับช้อน- ส้อม รับประทานอาหารได้เองเวลานั่ง

ทันทีที่ลูกหรือหลานเปล่งเสียงพูดออกมา โดยไม่ต้องบอกชื่อ คุณยายจะบอกชื่อลูกหลานได้ถูกต้องทุกคน ไม่มีผิดพลาด

คุณยายเป็นผู้ป่วยตัวอย่างที่จำหน้าคนไม่ได้ ที่เรียกว่า prosopagnosia

CT scan : right occipitotemporal infarct.

ภาคผนวกที่ 3

Mild cognitive impairment

ในผู้สูงอายุบางคน อาจมีปัญหาด้านความจำมากกว่าคนปกติในวัยเดียวกัน แต่ก็ไม่มาก ถึงกับภาวะสมองเสื่อม เราเรียกภาวะนี้ว่า cognitive function บกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment หรือ MCI) ภาวะนี้จะอยู่ระหว่างภาวะสมองเสื่อม (dementia) กับ ภาวะหลงลืมของคน ปกติ (normal forgetfulness) ซึ่ง มีความขรุขระร้อยละ 10-15 ในประชากรผู้สูงอายุ แต่ในคนที่ มี MCI ผู้ป่วยจะลืมสิ่งที่ไม่ควรลืม เช่น ลืมวันเวลานัดหมายที่สำคัญ ๆ และจะเกิดขึ้นบ่อย ๆ จนรบกวนการทำงานหรือชีวิตประจำวัน แต่จะไม่สูญเสียหน้าที่การทำงาน การดำเนินชีวิต การตัดสินใจ การใช้ เหตุผล เป็นต้น การวินิจฉัยอาจทำได้ยาก ส่วนมากจะทราบข้อมูลได้จากคนข้างเคียงมากกว่าที่จะรู้ โดยตนเอง

ดังนั้นคำจำกัดความของ MCI คือ ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านการจำร่วมกับตรวจทาง cognitive function พบว่ามีความจำบกพร่อง แต่ไม่ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานเหมือนในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยภาวะความจำบกพร่องนี้จะมากกว่าคนปกติที่อยู่ในวัยเดียวกัน และการศึกษาในระดับเท่ากัน

ความสำคัญของ MCI คือภาวะนี้เป็นกลุ่มอาการ (syndrome) ไม่ใช่โรค มีผู้ป่วย MCI จำนวนหนึ่งที่แปรเปลี่ยนเป็นโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ประมาณร้อยละ 10-15 ต่อปี โดยเฉพาะ ชนิดที่มีความจำบกพร่องเด่น (amnestic MCI) ผู้ป่วย MCI บางส่วนกลับมาเป็นปกติมีภาวะ MCI หายไปเองโดยไม่ต้องใช้ยา และบางส่วนก็ยังเป็น MCI เหมือนเดิมเมื่อมีการประเมินรายปี แบบต่อเนื่อง

เกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับ MCI of Alzheimer-type

- มีปัญหาทางด้านการจำทั้งจากญาติและผู้ป่วยบอกเอง
- อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive onset)
- หน้าที่การทำงานปกติ หรือผิดปกติเพียงเล็กน้อย
- Amnestic syndrome of the “hippocampal type” defined by:
 - very poor free recall despite adequate (and controlled) encoding;
 - decreased total recall because of insufficient effect of cueing or
 - impaired recognition;
 - numerous intrusions
- ความจำบกพร่องยังคงอยู่ตลอดเมื่อรับการประเมินทาง cognitive function เป็นระยะๆ
- ยังไม่เป็นภาวะสมองเสื่อม
- ไม่ได้เกิดจากภาวะอื่นๆ ที่อาจจะทำให้ความจำบกพร่อง

ปัจจุบันยังไม่มี หลักฐานทางวิชาการที่ชัดเจนที่สนับสนุนการให้ยารักษาภาวะ MCI นี้ แต่
แนะนำให้มาตรวจ cognitive function เป็นระยะๆ เพื่อเฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อม

ภาคผนวกที่ 4

Neurodegenerative disorders

ภาวะสมองเสื่อม ในกลุ่ม neurodegenerative disorders นี้ จะมีความรุนแรงทางพยาธิสภาพเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุของผู้ป่วย เนื่องจากยังไม่มีการรักษาหรือยาที่สามารถหยุดการดำเนินโรคได้ อย่างไรก็ตาม แพทย์ผู้ดูแลควรพยายามสืบค้นให้ทราบแน่ชัดว่า ผู้ป่วยน่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคใดในกลุ่มนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

Alzheimer's disease

เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่ม neurodegenerative disorders เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุทางพันธุกรรมร่วมกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่จำเพาะเจาะจงที่เนื้อสมอง เนื้อสมองฝ่อเล็กน้อย โดยเฉลี่ยผู้ป่วยโรคนี้จะมีชีวิตอยู่ได้อีกประมาณ 8 – 10 ปี หลังได้รับการวินิจฉัย แต่บางรายก็อาจอยู่ได้ถึง 20 ปี มีการคาดประมาณว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคนี้ทั่วโลกถึง 4 ล้านคน โดยมีความชุกของโรคประมาณ 0.5% ที่อายุ 65 ปีและจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าทุกๆ 5 ปีที่อายุเพิ่มขึ้นจากอายุ 65 ปี หรืออุบัติการณ์ราว 360,000 รายต่อปี ซึ่งตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นเมื่อประชากร โดยรวมมีอายุมากขึ้น ผลกระทบของโรคนี้ต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมส่วนรวมมีมากทั้งในด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต และการสูญเสียทางเศรษฐกิจ มีการคำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ต่อปีถึง 18,408 ดอลลาร์อเมริกัน และเพิ่มเป็น 30,096 จนถึง 36,132 ดอลลาร์อเมริกัน ในกรณีผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรงมากตามลำดับ การวินิจฉัยที่แน่ชัดจึงต้องการการตรวจทางพยาธิสภาพของเนื้อสมอง ซึ่งทำได้ยากในเวชปฏิบัติทั่วไป การวินิจฉัยจึงต้องใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่อิงลักษณะทางคลินิกและการตรวจทางจิตต่าง ๆ โดยมีความจำเสื่อมที่ค่อย ๆ เป็นมากขึ้นทีละน้อยช้าๆ เป็นอาการเด่น แล้วตามด้วยระดับสติปัญญาด้านอื่นๆ ที่เสื่อมถอยตามกันไป ร่วมกับการตรวจร่างกายทางระบบประสาทที่ปกติ การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มีปัญหาในเวชปฏิบัติได้แก่

1. ลักษณะทางคลินิกของอาการสมองเสื่อม เนื่องจากแต่ละสาเหตุแม้จะคล้ายคลึงกันมาก ในด้านการสูญเสียความจำและสติปัญญา แต่ก็มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันตามตำแหน่งพยาธิสภาพสมอง ต้องอาศัยประวัติการดำเนินโรคที่ถูกต้องแม่นยำจากผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล
2. ต้องทำการสืบค้นแยกหาสาเหตุอื่นๆ ของภาวะสมองเสื่อมออกไปก่อน ซึ่งอาจเป็นทั้งโรคในสมองเองหรือสาเหตุ เนื่องจากความผิดปกติของระบบต่างๆ ในร่างกาย
3. ไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการชนิดใดชนิดหนึ่งที่จำเพาะเจาะจงต่อโรคนี้ นอกจากนั้น การตรวจที่จำเป็นก็มีราคาแพงหรือไม่มีใช้แพร่หลายในทุกพื้นที่ของประเทศ
4. เกณฑ์การวินิจฉัยในทางคลินิกที่นิยมใช้แพร่หลายมีหลายเกณฑ์

5. การวินิจฉัยโรคที่สมบรูณ์ต้องอาศัยการตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งการตรวจชิ้นเนื้อของสมองทำได้ยากในเวชปฏิบัติ

แม้ปัจจุบันมีกลุ่มยาที่ช่วยชะลออาการต่างๆของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นช้าลง แต่การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านพฤติกรรมบำบัด การปรับบรรยากาศสิ่งแวดล้อม การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย ก็ยังคงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะรักษาคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

Frontotemporal dementia

เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีปัจจัยด้านพันธุกรรมทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม โดยลักษณะเด่นทางเวชกรรมได้แก่ การมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่อยู่แวดล้อมตัวผู้ป่วยขาดการยั้งคิดเหมือนอย่างในอดีต สูญเสียการรับรู้ความเป็นตัวของตัวเอง อาการเหล่านี้จะค่อยๆ เป็นมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการใช้ภาษา

Dementia with Lewy bodies

เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีพยาธิสภาพจำเพาะที่เรียกว่า Lewy bodies ในเซลล์ของสมอง ผู้ป่วยมักมีอาการประสาทหลอนโดยเฉพาะการเห็นภาพหลอน มีการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีภาวะ parkinsonism ทำให้ผู้ป่วยหกล้มได้บ่อย ระดับสติปัญญาต่างๆ ก็เริ่มเสื่อมถดถอยลงตามลำดับและอาการต่างๆ เหล่านี้จะแสดงลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปมาไม่คงที่

ภาคผนวกที่ 5

Reversible dementias

Reversible dementias พบได้ประมาณ 15.1%¹ ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ

1. Intoxication : จากการใช้ยาหรือสารเคมี ยาที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อย คือ ยาในกลุ่ม anticholinergic, cardiovascular, antihypertensives, sedative-hypnotic สารเคมีและสารเสพติดที่ทำให้เกิด cognitive impairment เช่น heroin, glue, carbon monoxide, carbon disulfide, lead, mercury, manganese บางกรณีจาก intoxication อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตหรือ irreversible ได้
2. Central nervous infection : เช่น leptomeningitis encephalitis จาก bacteria, fungus, protozoa, virus ภาวะ post infectious encephalomyelitis ที่เกิดตามหลัง cranial examthem อาจรุนแรงทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ สำหรับประเทศไทยสาเหตุของการติดเชื้อที่ทำให้เกิด reversible dementias ที่พบบ่อย ได้แก่ tuberculous meningitis, cerebral cysticercosis, neurosyphilis
3. Metabolic disorders : เช่น การทำงานผิดปกติของต่อม thyroid, parathyroid, adrenal, pituitary โรคเรื้อรังของปอดที่ทำให้เกิด hypoxemia หรือ hypercapnia ภาวะไตวายหรือตับวายที่ทำให้เกิด encephalopathy ภาวะ dehydration, electrolyte disturbances โรคเบาหวาน สาเหตุที่พบได้น้อยกว่า เช่น โรค Wilson's diseases, metabolic leukodystrophy, adrenoleukodystrophy หรือ neuronal storage diseases
4. Nutritional disorders : การขาดสาร thiamine ทำให้เกิดภาวะ Wernicke-Korsakoff's encephalopathy การขาดสาร folate วิตามิน B12 หรือ B6
5. Vascular dementia : ความผิดปกติในระบบไหลเวียนเลือด มีผลทำให้เกิด ischemia หรือ cardioembolic stroke ซึ่งเป็นสาเหตุของ vascular dementia ภาวะสมองเสื่อมในกรณีนี้อาจเป็น reversible หรือ partially reversible ก็ได้ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้ถูกต้องมีผลทั้งในด้านการรักษาและในด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง
6. Space occupying lesion : เนื้องอกในสมอง โดยเฉพาะที่ frontal lobe หรือ temporal lobe เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงอาจมาด้วยอาการค่อยเป็นค่อยไป metastatic หรือ malignant tumours อาจมาด้วยอาการหลังล้มที่มีการดำเนินโรครวดเร็ว มีลักษณะแขนขาอ่อนแรง บางคนมีอาการแสดงของความดันในกะโหลกสูงได้

7. Normal pressure hydrocephalus : มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ gait disturbance กลั้นปัสสาวะไม่อยู่และหลงลืม สับสน ผู้ป่วยบางรายตอบสนองต่อการผ่าตัดใส่ ventriculoperitoneal shunt ได้ดี

8. Affective disorders : ภาวะ depression in late life โดยที่ ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้านามาก่อน 2-3 ปี ก่อนเกิดอาการของโรคอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยมักมีอาการเด่นทางอารมณ์ คุณเฉยเมย ไม่กระตือรือร้นหรือหงุดหงิด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่อยากคิดหรือทำอะไร ภาวะนี้มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำกับประวัติครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้า แต่มีความสัมพันธ์กับ cognitive impairment สมองฝ่อ และ deep white matter มีการเปลี่ยนแปลงได้สูง ผู้ที่มีประวัติ อดีต ของภาวะซึมเศร้าจะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคอัลไซเมอร์ เมื่ออายุมากขึ้นได้ ขณะที่ผู้มีประวัติซึมเศร้าในครอบครัว จะมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้นั้นเป็นโรคอัลไซเมอร์แล้ว

ภาคผนวกที่ 6

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM - IV – TRTM)

Dementia^{*}

A : The development of multiple cognitive deficits manifested by both

- (1) Memory impairment (impaired ability to learn new information or to recall previously learned information)
- (2) one (or more) of the following cognitive disturbances:
 - (a) Aphasia (language disturbance)
 - (b) Apraxia (impaired ability to carry out motor activities despite intact motor function)
 - (c) Agnosia (failure to recognize or identify objects despite intact sensory function)
 - (d) Disturbance in executive functioning (i.e., planning, organizing, sequencing, abstracting)

B: The cognitive deficits in Criteria A1 and A2 each cause significant impairment in social or occupational functioning and represent a significant decline from a previous level of functioning.

C: The deficits do not occur exclusively during the course of a delirium.

D: The deficits may be associated with mental disorders such as anxiety mood delusions, hallucinations, personality change wandering agitation. The cognition disturbance may be accompanied by a clinically significant behavior disturbance

E: Dementia may be progressive, stable, remitting

^{*} American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders.4th Edition
Text Revision. (DSM-IV-TRTM) Washington (DC): American Psychiatric Press.

ภาคผนวกที่ 7

น้ำหนักคำแนะนำ (strength of recommendation)

- น้ำหนัก ++** หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและคุ้มค่า (cost effective) **“ควรทำ”**
- น้ำหนัก +** หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในภาวะจำเพาะ และอาจคุ้มค่า **“น่าทำ”**
- น้ำหนัก +/-** หมายถึง ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำ เนื่องจากการกระทำดังกล่าวอาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และอาจไม่คุ้มค่า การตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ **“อาจทำหรือไม่ทำ”**
- น้ำหนัก -** หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการกระทำดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและไม่คุ้มค่า หากไม่จำเป็น **“ไม่น่าทำ”**
- น้ำหนัก --** หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูง เพราะการกระทำดังกล่าวอาจเกิดโทษ หรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย **“ไม่ควรทำ”**

รายงานหรือความเห็นที่ไม่ได้ผ่านการวิเคราะห์แบบมีระบบ เช่น รายงานผู้ป่วยเฉพาะราย (anecdotal report) ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะราย จะไม่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นหลักฐานที่มีคุณภาพในระดับนี้

คุณภาพหลักฐาน (quality of evidence)

- ระดับ 1** หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled clinical trials) หรือการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ (a well-designed, randomize-controlled, clinical trial)
- ระดับ 2** หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบของการศึกษาควบคุมแต่ไม่สุ่มตัวอย่าง (non-randomized, controlled, clinical trials) หรือการศึกษาควบคุมแต่ไม่สุ่มตัวอย่าง (well-designed, non-randomized, controlled clinical trial) หรือหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกที่ใช้รูปแบบการ

- วิจัยอื่นและผลการวิจัยพบประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติรักษาที่เด่นชัดมาก (เช่น cohort study, case-control study)
- ระดับ 3 หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการศึกษาพรรณนา (descriptive studies) หรือการศึกษาควคุมที่มีคุณภาพพอใช้ (fair-designed, controlled clinical trial)
- ระดับ 4 หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความเห็นหรือฉันทามติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญหรือรายงานอนุกรมผู้ป่วยจากการศึกษาในประชากรต่างกลุ่มและคณะผู้ศึกษาต่างคณะ อย่างน้อย 2 ฉบับ

หลักการกำหนดน้ำหนักคำแนะนำ

“น้ำหนักคำแนะนำ (strength of recommendation)” กำหนดขึ้นโดยคำนึงถึงประสิทธิผลที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายของเวชบริการในผู้ป่วยเป็นหลักได้แก่ การมีชีวิที่ยืนยาว (prolonged life) การลดการเจ็บป่วย (decreased morbidity) และการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต (improved quality of life) รวมทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

ดังนั้นมาตรการใดที่มีประสิทธิผลเพียงทำให้สามารถให้การวินิจฉัยได้หรือทำให้ค่าที่ตรวจวัดบางอย่างเข้าสู่ค่าปกติ โดยไม่บรรลุถึงประสิทธิผลเป้าหมายสุดท้ายดังกล่าว (เช่น การใช้ยาบางขนานที่มีหลักฐานเพียงทำให้ระดับความดันเลือดลดลง หรือระดับไขมันในเลือดลดลง โดยปราศจากหลักฐานว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิที่ยืนยาวขึ้น ลดการเจ็บป่วยแทรกซ้อน และ/หรือทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น) มาตรการดังกล่าวนั้นก็จะได้การจัดว่า “ด้อยประสิทธิผล”

น้ำหนักคำแนะนำและระดับคุณภาพหลักฐานไม่ได้มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนนัก เช่น คุณภาพหลักฐานระดับ 1 ไม่จำเป็นต้องได้รับน้ำหนักคำแนะนำ “++” หรือน้ำหนักคำแนะนำ “++” ไม่จำเป็นต้องมีคุณภาพหลักฐานระดับ 1 สนับสนุนเสมอไป ตัวอย่างเช่น อาจมีหลักฐานที่มีคุณภาพดี แต่หลักฐานดังกล่าวยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ามาตรการดังกล่าวนี้มีประสิทธิผล (เช่น การตรวจภาพถ่ายรังสีเต้านม โดยเฉพาะในผู้หญิงทั่วไปที่อายุต่ำกว่า 50 ปี ได้รับการจัดน้ำหนักคำแนะนำ “+/-”) ในทางตรงกันข้าม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจ Papanicolaou ได้รับการจัดน้ำหนักคำแนะนำ “++” บนพื้นฐานของสภาพปัญหาในประเทศไทยและคุณภาพหลักฐานระดับ 2 ซึ่งสนับสนุนประสิทธิผลของมาตรการ

ทั้งนี้การพิจารณาให้น้ำหนักคำแนะนำ ดังกล่าวนี้นี้ดำเนินการโดยอาศัยข้อมูลหลักฐานทั้งทางเวชวิทยาการ เภสัชศาสตร์ สังคมวิทยา และวิทยาการจัดการ โดยพยายามหลีกเลี่ยงการใช้เพียงความรู้สึกหรือประสบการณ์ทางคลินิกเป็นเครื่องมือในการตัดสินใจ โดยปราศจากข้อมูลหลักฐานสนับสนุน

อย่างไรก็ตาม การคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการดำเนินการควรเป็นเพียงเป็นส่วนประกอบและนำมาประกอบการพิจารณากำหนดน้ำหนักคำแนะนำ เป็นลำดับสุดท้ายเท่านั้น เนื่องจากตระหนักว่าชีวิตและสุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งที่ประมาณค่าเป็นเงินไม่ได้ หากมาตรการใดที่มีหลักฐานแน่ชัดถึงประสิทธิผลเป้าหมายสุดท้ายแล้ว แม้การดำเนินมาตรการดังกล่าวต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ก็ยังได้รับการจัดว่ามีประสิทธิผล เช่น การทำ CT / MRI brain ได้รับการจัดน้ำหนักคำแนะนำ “++”

ในมาตรการบริการสุขภาพหลายอย่างที่กระทำกันอยู่ในปัจจุบัน อาจยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการพิสูจน์ว่าการดำเนินมาตรการดังกล่าวนั้นเป็นประจำ จะส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางเวชกรรมดีขึ้น (น้ำหนักคำแนะนำ “+/-”) สภาพการณ์หลายประการดังต่อไปนี้จึงเป็นผลให้ได้รับการจัดน้ำหนักคำแนะนำ “+/-” ได้แก่:-

1. รายงานการศึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบันหรือที่ค้นคว้ามาได้นั้นไม่เพียงพอในการพิสูจน์ทราบถึงประสิทธิผล เช่น มีกำลังของสถิติไม่เพียงพอ ไม่สามารถเป็นตัวแทนซึ่งแสดงถึงสภาพของประชากร ขาดจุดสิ้นสุดที่สำคัญทางเวชกรรม หรือมีการออกแบบการวิจัยที่ไม่เหมาะสมอื่นๆ
2. การศึกษาที่มีคุณภาพดีหลายฉบับมีผลที่ขัดแย้งกัน
3. หลักฐานของผลประโยชน์ที่สำคัญได้รับการหักล้างจากภัยอันตรายสำคัญที่อาจได้รับการจากการดำเนินมาตรการ
4. ไม่มีรายงานการศึกษาถึงประสิทธิผลอย่างชัดเจน
5. การศึกษาที่มีคุณภาพดีในต่างประเทศบางเรื่องไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทยปัจจุบันได้ เนื่องจากสภาพปัญหาและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน เช่น การตรวจทางพันธุกรรม การตรวจระดับวิตามินบี 12 ในผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกราย

อย่างไรก็ตาม มาตรการที่มีการใช้แต่ดั้งเดิมมาเป็นระยะเวลานานและประจักษ์ชัดว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่ขาดหลักฐานที่มีคุณภาพดีทางการวิจัยที่สนับสนุนประสิทธิผล ก็ไม่ได้หมายความว่ามาตรการนั้นไร้ประสิทธิผล เช่น การชักประวัตติ การตรวจร่างกาย

การกำหนดน้ำหนักคำแนะนำ ในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานเท่าที่ค้นคว้าได้ในปัจจุบัน ประกอบกับความเห็นพ้องกันแบบมีระบบ (systematic review and consensus of peer reviewers) ดังนั้นจึงอาจเห็นได้ว่า น้ำหนักคำแนะนำ ของสถาบันต่างๆ รวมทั้งของผู้ทบทวนอาจไม่ตรงกันเสมอไป แต่ก็มักมีแนวโน้มไปในทำนองเดียวกัน ทั้งนี้ผู้นำคำแนะนำดังกล่าวไปใช้จะต้องใช้วิจารณญาณประกอบการดำเนินการด้วยเสมอ

นอกจากนี้หากมีหลักฐานเพิ่มเติมจากที่ศึกษาค้นคว้าได้ในปัจจุบัน หรือสภาพปัญหาและ/หรือสภาพการณ์ของประชากรเฉพาะกลุ่มแตกต่างจากของประชาชนไทยทั่วไป ผู้นำนักคำแนะนำ ก็ สามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามบริบทและสภาพการณ์ดังกล่าว

เกณฑ์กำหนดผู้นำนักคำแนะนำ ด้วยหลักการ “5 ป”

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการมีแนวทางเวชปฏิบัติ คือ

1. เพื่อปกป้องประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสในสังคม จากการได้รับบริหารสุขภาพที่ต่ำกว่ามาตรฐาน
2. เพื่อปกป้องผู้ให้การบริหาร โดยเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติการโดยสุจริต จากการถูกกล่าวหาว่ากระทำทุจริตปฏิบัติอย่างไม่เหมาะสม
3. เพื่อปกป้องสังคม/ประเทศชาติ จากการใช้ทรัพยากรสุขภาพ (เช่น บุคลากรเทคโนโลยี เงิน) เกินความจำเป็น

การให้ผู้นำนักคำแนะนำได้ยึดหลักการ “5 ป” ได้แก่

- (1) ปลอดภัย (safety)
- (2) ประสิทธิภาพ (efficacy)
- (3) ประสิทธิผล (effectiveness)
- (4) ประโยชน์ต่อประชากรและสังคมโดยรวม (benefit of population and entire society)
- (5) ประสิทธิภาพ (efficiency)

อันมีสาระสังเขปดังต่อไปนี้

1. ปลอดภัย (safety) มาตรการบริหารสุขภาพ อันได้แก่ การป้องกันการเจ็บป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่นำมาใช้เพื่อการจัดการปัญหาสุขภาพต้องมีข้อมูลความปลอดภัยที่มีนัยสำคัญอย่างเพียงพอ ผ่านระยะการตรวจติดตามความปลอดภัย (safety monitoring program: SMP) และผ่านการวิเคราะห์ทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (เช่น NNH: number needed to harm) เพื่อประกอบการตัดสินใจแล้ว ตลอดจนต้องมีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในการบริหารสุขภาพดังกล่าว

2. ประสิทธิภาพ (efficacy) ประสิทธิภาพเป็นผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในสถานการณ์อุดมคติ ซึ่งต้องมีการคัดเลือกและควบคุมกลุ่มประชากรที่นำเข้ามาศึกษา ตลอดจนติดตามผลของ

มาตรการบริหารสุขภาพที่นำมาศึกษานั้นอย่างใกล้ชิด ดังนั้นมาตรการบริหารสุขภาพที่จะนำมาใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพ/ภาระโรคจึงต้องมีหลักฐานพิสูจน์ให้เห็นอย่างประจักษ์ และผ่านการวิเคราะห์ทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (เช่น NNT: number needed to treat) เพื่อประกอบการตัดสินใจแล้วว่ามีประสิทธิภาพเพียงพอ

3. ประสิทธิภาพ (effectiveness) มาตรการบริหารสุขภาพหลายอย่างแม้ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพเพียงพอ แต่เมื่อนำมาใช้ในสภาพการปฏิบัติจริงซึ่งแตกต่างจากสถานะที่กำหนดในการศึกษาวิจัย เช่น ใช้ในกลุ่มอายุ/เชื้อชาติที่แตกต่าง ใช้ในผู้ที่มีโรค/มีการใช้มาตรการอื่นร่วมด้วย ไม่สามารถติดตามผลได้อย่างใกล้ชิด อาจให้ผลที่แตกต่างจากในสภาพที่ดำเนินการศึกษาวิจัย ดังนั้นมาตรการบริหารสุขภาพที่จะนำมาใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพ/ภาระโรคจึงควรมีหลักฐานและผ่านการวิเคราะห์เพื่อประกอบการตัดสินใจว่ามีประสิทธิภาพเพียงพอ ได้แก่

- 3.1 ผลการใช้ปฏิบัติจริงในประเทศไทย เป็นอย่างไร
- 3.2 มาตรการดังกล่าวสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ในสถานการณ์ที่ไม่ใช่การศึกษาวิจัยได้จริงหรือไม่
- 3.3 ระดับความร่วมมือในสถานการณ์ที่ไม่ใช่การศึกษาวิจัยเป็นที่ยอมรับได้เพียงใด
- 3.4 ผลอันไม่พึงประสงค์ในสถานการณ์ที่ไม่ใช่การศึกษาวิจัยเป็นที่ยอมรับได้หรือไม่

4. ประโยชน์ต่อประชากรและสังคมโดยรวม (benefit of population and the whole society) เมื่อได้มาตรการบริหารสุขภาพที่พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ ประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาเป็นลำดับต่อไปคือประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม หรือจำนวน/กลุ่มประชากรที่จะได้รับประโยชน์จากมาตรการดังกล่าวนั้น โดยคำนึงถึงอรรถประโยชน์ (utility) รวมทั้งปัจจัยทางสังคมศาสตร์และการบริหารจัดการ ซึ่งพิจารณาจากทางเลือกการใช้ทรัพยากรและการสูญเสียอรรถประโยชน์ รวมทั้งการเสียโอกาสของสังคมและเศรษฐศาสตร์ กล่าวคือเมื่อมีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อดำเนินมาตรการบางอย่างแก่ประชากรกลุ่มหนึ่ง อาจส่งผลกระทบต่อประชากรอีกกลุ่มหนึ่งเสียโอกาสในการได้รับมาตรการอีกอย่างหนึ่งที่เป็นได้ ตัวอย่างเช่นเมื่อจัดสรรทรัพยากรซึ่งต้องใช้จำนวนมากให้แก่การบริหารโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย อาจส่งผลให้ทรัพยากรซึ่งต้องใช้สำหรับการบริหารภาวะเฉียบพลันที่ต้องได้รับการรักษาจึงจะหายได้มีไม่เพียงพอและส่งผลให้อัตราตายในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพิ่มขึ้นได้

5. ประสิทธิภาพ (efficiency) เมื่อได้มาตรการที่ผ่านข้อพิจารณาทั้ง ๔ ดังกล่าวแล้ว ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในลำดับถัดไป ได้แก่ การดำเนินงานให้ประชากรเป้าหมายได้รับมาตรการดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ อันหมายถึงการใช้ทรัพยากรในการดำเนินการให้บรรลุสุขภาพเป้าหมายอย่างพอเพียงด้วยการใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด ไม่ว่าจะเป็นระยะเวลา บุคลากร เงิน รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดำเนินการนั้นๆ ให้เป็นผลสำเร็จและถูกต้อง

นอกจากนี้ได้อาศัยระดับหลักฐานมาประกอบการกำหนดน้ำหนักคำแนะนำดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์การกำหนดน้ำหนักคำแนะนำ “++”, และน้ำหนักคำแนะนำ “--” ได้แก่ มาตรการที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย และผ่านการวิเคราะห์แล้วพบว่ามีคุณค่า/ไม่คุ้มค่าเป็นอย่างยิ่งในบริบทของสังคมไทย (หรือบริบทของผู้ป่วยหรือสังคมนั้นๆ) ประกอบกับการมีหลักฐานสนับสนุนข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ดังต่อไปนี้:-

1.1 หลักฐานระดับ 1 : การศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled, clinical trial) ที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ หรือ

1.2 หลักฐานระดับ 2 : การศึกษาควบคุมแต่ไม่สุ่มกลุ่มตัวอย่าง (non-randomized, controlled, clinical trial) ที่มีคุณภาพดีเยี่ยมจากการศึกษาในประชากรต่างกลุ่มและคณะผู้ศึกษาต่างคณะ อย่างน้อย 2 ฉบับ ได้แก่

1.2.1 การศึกษาติดตามเหตุผู้ผล (cohort)

1.2.2 การศึกษาควบคุมกรณี (case-control)

1.2.3 การศึกษาพหุกาลานุกรม (multiple-time series) เช่น การใช้ adrenaline ในการ กู้ชีพ วัคซีนป้องกันโรคไข้ทรพิษ

2. เกณฑ์การกำหนดน้ำหนักคำแนะนำ “+”, และน้ำหนักคำแนะนำ “-” ได้แก่ มาตรการที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย แต่ยังไม่ได้ผ่านการวิเคราะห์ว่า มีคุณค่า/ไม่คุ้มค่าในบริบทของสังคมไทย (หรือบริบทของผู้ป่วยหรือสังคมนั้นๆ) เพียงใด แต่จากการประชุมคณะผู้เกี่ยวข้องแล้วเห็นพ้องต้องกัน (มีฉันทามติ) ว่า น่าจะมีคุณค่า/ไม่คุ้มค่า และ/หรือหลักฐานที่สนับสนุนไม่เข้าเกณฑ์ตามข้อ 1 ได้แก่:-

2.1 หลักฐานตามข้อ 1 (ระดับ 1 อย่างน้อย 1 ฉบับ, หรือระดับ 2 อย่างน้อย 2 ฉบับ) แต่คุณภาพหลักฐานดังกล่าวยังไม่ดีเพียงพอ

2.2 มีหลักฐานสนับสนุนเพียงระดับ 3 และ/หรือ 4

3. เกณฑ์การกำหนดน้ำหนักคำแนะนำ “+/-” ได้แก่ มาตรการที่ไม่แน่ใจว่า มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย และมีความคุ้มค่าในบริบทของสังคมไทย (วิเคราะห์แล้วไม่แสดงถึงความคุ้มค่าหรือยังไม่ผ่านการวิเคราะห์) รวมทั้งหลักฐานที่สนับสนุนมีลักษณะดังต่อไปนี้:-

3.1 รายงานการศึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบัน (หรือที่ค้นคว้ามาได้) นั้น ไม่เพียงพอในการสนับสนุนถึงอรรถประโยชน์หรือประสิทธิผล เช่น

- 3.1.1 มีกำลังของสถิติไม่เพียงพอ
- 3.1.2 ไม่สามารถเป็นตัวแทนซึ่งแสดงถึงสภาพของประชากรในประเทศไทย
- 3.1.3 มีเพียงจุดหมายซึ่งแสดงถึงประสิทธิศักระยะสั้น (surrogated end-point)
- 3.1.4 ยังอยู่ในระหว่างการติดตามความปลอดภัย (safety monitoring program : SMP)
- 3.1.5 มีการออกแบบการวิจัยที่ไม่เหมาะสม
- 3.2 การศึกษาที่มีคุณภาพดี (หลักฐานระดับ 1 และ/หรือ 2) มีผลที่ขัดแย้งกัน
- 3.3 หลักฐานของประสิทธิผล ได้รับการหักล้างจากอันตรายที่สำคัญ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติในขั้นตอนนั้น
- 3.4 ไม่มีรายงานการศึกษาถึงอรรถประโยชน์หรือประสิทธิผลที่แสดงถึงจุดหมายที่สุด (ultimate end points) ทางการแพทย์
- 3.5 การศึกษาที่มีคุณภาพดีจากต่างประเทศบางเรื่อง ไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ ในบริบทของประเทศไทย เนื่องจากสภาพปัญหาและสถานการณ์ เช่น ความชุก ลักษณะการดำเนินโรค ที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 2 การตรวจค้นเบื้องต้น

1. Prayurahong B, Chanjanakijskul S, Supawan P, et al. Vitamin B12, Folic Acid and Hematological status in elderly thais. J Med Assoc Thai 1993;76:71-78.
2. Assantachai P, Yamwong P, Chongsuphaijaisiddhi T. Relationship of vitamin B1, B12m Folate and the cognitive ability of the Thai rural elderly. J Med Assoc Thai 1997;80:700-705.

บทที่ 3.3 Management of caregivers

1. New Zealand Guidelines Group – New Zealand Guidelines Completed: Guide.(1998-2003),Site Development and Management by ENIGMA.
2. Brien J., Ames D,Burns A. eds. Dementia:Family Carers for People with Dementia.2nd ed. London:Arnold,2000.
3. มนุษย ตนะวัฒนา. การบริหารความเครียด. กรุงเทพมหานคร: ชีรพงษ์การพิมพ์,2537
4. วรณิภา บุญระของ.ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม:วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่,ปีที่27,ฉบับที่3,กันยายน 2537.
5. Alzheimer ' Association . Alzheimer ' s Disease Guidelines: A Summary for Patients,Family and Friends.American Academy of Neurology.

บทที่ 3.4 ปัญหาด้านกฎหมาย

1. Mender MF, Cummings TL. Dementia: A Clinical Approach. Elsevier: Butterworth Heinemann, 2003
2. Spar TE, Rue AL. Clinical Manual of Geriatric Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. Inc. 2006.
3. แนวทางการรักษา ภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guideline for Dementia). ฉบับที่ 1
4. <http://www.inet.nsw.moph.go.th>. ประมวลกฎหมายแพ่ง มาตรา 19-36, 420-437. เข้าเมื่อ 29 เมษายน. 2551.

บทที่ 3.5 การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมด้านกายภาพ (Physical rehabilitation)

1. Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, et al. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003 ; 290 :2015-22.
2. Arkin SM. Alzheimer rehabilitation by students: interventions and outcomes. *Neuropsychol Rehab* 2001; 11 : 273-317.
3. Josephsson S, Backman L, Borell L, Bernspang B, Nygard L, Ronnberg L. Supporting everyday activities in dementia: an intervention study. *Int J Geriatr Psychia* 1993; 8 : 395-400.
4. Farina E, Fioravanti R, Chiaveri L, Imbornone E, Alberoni M, Pomati S, et al. Comparing two programs of cognitive training in Alzheimer's disease: a pilot study' *Acta Neurol Scand* 2002 ; 105: 365-371.
5. Woolham J, Frisby B, Quinn S, Smart W, Moore A. *The Safe at Home Project: using technology to support the care of people with dementia in their own homes*. London: Hawker Publications Ltd; 2002.
6. Bach D, Bach M, Bohmer F, Fruhwald T, Grilc B. Reactivating Occupational Therapy: A Method to improve Cognitive Performance in Geriatric Patients. *Age and Ageing* 1995 ; 24 : 222-226.
7. Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW. A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *Gerontologist* 2001 ; 41 : 4-14.

บทที่ 3.6 การดูแลระยะสุดท้าย (end of life care)

1. World Health Organization. Definition of palliative care. Geneva: WHO, 2002.
www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
2. Sachs GA, Shega JW, Cox-Hayley D. Barriers to excellent end-of-life care for patients with dementia. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 1057-63
3. Monias A, Meier DE. Palliative care in early, moderate, and advanced dementia. In: Cassel CK, ed. *Geriatric medicine: An evidenced-based approach*. New York: Springer, 2003: 343-58
4. Lyness JM. End-of-life care: Issues relevant to the geriatric psychiatrists. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12: 457-72

5. สุมาลี นิมนานนิตย์. End-of-life care. ใน: จิรายุ เอื้อวรากุล, ปรียานุช แยมวงษ์, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติปริทรรศน์ 3. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2547: 575-601
6. Post SC, Whitehouse PJ. Fairhill guidelines on ethics of the care of people with Alzheimer's disease: a clinical summary. J Am Geriatr Soc 1995; 43: 1423-9
7. Kim KY, Yeaman PA, Keene RL. End-of-life care for persons with Alzheimer's disease. Psychiatric Services 2005; 56: 139-41
8. Volicer L. Care at the end of life in severe dementia. In: Vellas B, Winblad B, Grundman M, eds. Severe dementia. Paris: Serdi Publisher, 2003: 194-9
9. Reisberg G, Ferris S, DeLeon M, et al. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatr 1982; 139: 1136-9
10. Brookmeyer R, Corrada MM, Curriero FC, et al. Survival following a diagnosis of Alzheimer's disease. Arch Neurol 2002; 59: 1764-7
11. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: A review of the evidence. JAMA 1999; 282: 1365-70

บทที่ 4.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management of cognitive function)

1. APA : Treating Alzheimer's Disease and Other Dementias of Late Life, a quick reference/guide, May 1997.
2. Brown E J: Sndezen, in Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia. Edited by Volicer L., Bloom-Charette L. Philadelphia, PA, Brunner /Mazel, 1999, pp 169-185.
3. Butler RN : The Life Review : An Interpretation of Reminiscence in Aged. Psychiatry 26 : 65-76 : 1963.
4. Butler RN : Successful Aging and the Role of Life Review. J Am Geriatr Soc 22 : 529-532, 1974 .
5. Feil N : The Validation Breakthrough. Baltimore, MD, Health Professions Press, 1993.
6. Hanser SB : Music Therapy with Individuals with Advanced Dementia, in Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia. Edited by Volicer L. Bloom-Charette L. Philadelphia, PA, Brunner / Mazel, 1999, pp 141-167.
7. Norton LE, Malloy PF, Salloway S : The Impact of Behavioral Symptoms on Activities of Daily Living in Patients with Dementia. Am J Geriatr Psychiatry 9 : 41-48, 2001.

8. Patten BM : The Ancient Art of Memory – usefulness in treatment. Arch Neurol 26:25-31, 1972.
9. Piaget J. The Construction of Reality in Child. New York, Basic Book, 1954.
10. Pinkney L, Sarker P : Snoezelen : an Evaluation of An Environment Used by, People Who Are Elderly and Confused , in Sensations and Disability. Edited by Hutchinson R, Kewin J. Chesterfield , UK, Robinson and Sons, 1994, pp 172-182.
11. Teri L. Uomoto J. Reducing excess Disability in Dementia Patients : Waiving caregivers to manage patient depression – Clinical Genealogist 10 : 49-63, 1991.
12. Schoffer G, Poon L : Individual Variability in Memory Training with the Elderly. Educ Gerostol 8 :217-229, 1982.

บทที่ 4.2 การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological management)

- Rogers SL, Farlow MR, Doody RS, et al. A 24-week, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer's disease. Neurology 1998;50:136-45.
- Rogers SL, Friedhoff LT, for the Donepezil Study Group. The efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease: results of a US multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Dementia 1996;7:293-303.
- Cummings JL, Donobue JA, Brooks RL. The relationship between donepezil and behavioral disturbances in patients with Alzheimer's disease. J geriatr Psychiatry 2000;8:134-140.
- Feldman H, Gauthier S, Hecker J, et al. A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. Neurology 2001;57:613-20.
- Corey-Bloom J, Anand R, Veach J. A randomized trial evaluating the efficacy and safety of ENA 713 (rivastigmine tartrate), a new acetylcholinesterase inhibitor, in patients with mild to moderately severe Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychopharmacol 1998;1:55-65.
- Rosler M, Anand R, Cicin-Sain A, et al. Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease: international randomised controlled trial. BMJ 1999;318:633-40.
- Rosler M, Retz W, Retz-Junginger P, Dennler HJ. Effects of two-year treatment with the cholinesterase inhibitors rivastigmine on behavioural symptoms in Alzheimer's disease. Behavioural neurology 1998/1999;11:211-6.

Wilcock GK, Lilienfeld S, Geans E. Efficacy and safety of galantamine in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2000;321 : 1-7.

Tariot PN, Solomon PR, Morris JC, et al. A 5-month, randomized, placebo-controlled trial of galantamine in AD. *Neurology* 2000;54:2269-76.

Raskind MA, Peskind ER, Wessel T, et al. Galantamine in AD: A 6-month randomized, placebo-controlled trial with a 6-month extension. *Neurology* 2000;54:2261-8.

Donepezil-Treated Patients with Probable Vascular Dementia Demonstrate Cognitive Benefits, *Annals New York Academy of Sciences*. 2002;977:513-22.

Donepezil in Vascular Dementia : A randomized, placebo – controlled study, *Neurology*. 2003 Aug 26;61(4):479-86.

Efficacy and tolerability of donepezil in vascular dementia. Positive results of a 24-week, Multicenter, International, Randomized, Placebo-controlled Clinical Trial, *Stroke*. 2003 Sep 11.

บทที่ 5 การรักษาปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต

(Management of behavior & psychological symptoms of dementia)

Alistair Burns, Bengt Winblad, Wiley. Bright light therapy. severe dementia, John wiley & sons Ltd.

Satlin A, Volicer L, Ross V, Herz L, Campbell S (1992): Bright light trial of Behavioral & sleep disturbance in patients with dementia ,*Am J Psychiatry* 149(8):1028-1032.

Skjerve A, Holstein F, Agrsland D, Improvement in behavioral symptoms and advance of activity acrophone acter short steam bright light treatment in severe dementia

Small wood J, Brown R, Coulter F, Irvine E, copland C (2001) Aromatherapy and behavior disturbance in dementia; a randomized controlled trial *Int J Geriatr psychiatry*, 16 (10):1010-1013.

Lord TR, Garner JE (1993) Effects of music therapy on Alzheimer patients Percept Mot skill, 76(2) : 451-455.

[#]Schneider LS et al. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005 Oct 19;294(15):1934-43.

ภาคผนวกที่ 1

Larrieu S, Letenneur L, Orgogozo JM. Et al. Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population – based prospective cohort. Neurology 2002; 59:1594-9.

ภาคผนวกที่ 4 Reversible dementia

Martyn C, Gale C: The British Medical Association. London: Dorling kindersley, 2002

ภาคผนวกที่ 5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM - IV – TRTM)

American Psychiatry Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. (DSM-IV-TRTM) 4th edition. Washington (DC): American Psychiatric Press; 2000.

แบบทดสอบ

1. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini – Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.
2. คณะทำงาน (นิพนธ์ พวงวรินทร์ ปรุชาน). Train the Brain Forum (Thailand). Thai Mini – Mental State Examination (TMSE). Siriraj Hosp Gaz 1993;45:359-74.
3. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อม เบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002.
4. นันทิกา ทวิชาชาติ, ฌักทร อังคะสุวพลา. การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์: นิพนธ์ต้นฉบับ, วารสารพญาวิตยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; 5(4)2-7, 2545.

แบบทดสอบ MMSE¹

Mini-mental State Examination (MMSE : Folstein et al 1975)

Questions	Points
1. What is the : Year? Season? Month? Day? Date?	5
2. Where are we : State? County? Town or City ? Hospital? Floor?	5
3. Name three objects (apple, penny, table) taking one second to say each. Then ask the patient to tell you the three. Repeat the answer until the patient learns all three.	3
4. Serial 7's. Subtract 7 from 100, then subtract 7 from that number, and then subtract 7 from that number, etc. Stop after five answers. Alternative : Spell WORLD backwards.	5
5. Ask for the names of the three objects learned in # 3.	3
6. Point to a pencil and a watch. Have the patient name them as you point.	1
7. Have the patient repeat "no ifs, ands, or buts"	3
8. Have the patient follow a three-stage command : "Take the paper in your right hand. Fold the paper in half. Put the paper on the floor"	3
9. Have the patient read and obey to following : "CLOSE YOUR EYES" (write it in large letters).	1
10. Have the patient write a sentence of his or her own choice.	1
11. Have the patient copy the following design (overlapping pentagons).	1
	
TOTAL	30

- Cutoff point for dementia ≤ 23

แบบทดสอบ TMSE²

TMSE (Thai Mental State Examination)

Questions	Points
1. Orientation (6 คะแนน)	
วัน, วันที่, เดือน, ช่วงของวัน	4
ที่ไหน	1
ใคร (คนในภาพ)	1
2. Registration (3 คะแนน)	
บอกของ 3 อย่าง (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) แล้วให้พูดตาม	3
3. Attention (5 คะแนน)	
ให้บอกวันอาทิตย์ - วันเสาร์ย้อนหลัง	5
4. Calculation (3 คะแนน)	
100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง	3
5. Language (10 คะแนน)	
ถามว่าสิ่งนี้เรียกว่าอะไร (นาฬิกา, เสื้อผ้า)	2
ให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”	1
ทำตามคำ (3 ขั้นตอนบอกทั้งประโยคพร้อมๆ กัน)	
หยิบกระดาษด้วยมือขวา	1
พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น	1
แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ	1
อ่านข้อความแล้วทำตาม “หลับตา”	1
วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง	2
กล้วยกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้ เมวกับสุนัขเหมือนกันคือ ...(เป็นสัตว์เลี้ยงมีชีวิต)	1
6. Recall (3 คะแนน)	
ถามของ 3 อย่างที่ให้ทำตามข้อ 2	3
คะแนนเต็ม 30	

- ภาวะสมองเสื่อม คะแนน ≤ 23

แบบทดสอบ MMSE – Thai 2002³

Mini - Mental State Examination : Thai version (MMSE– Thai 2002)

1. Orientation for time (5 คะแนน)

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง

คะแนน

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร ☐
- 1.2 วันนี้วันอะไร ☐
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร ☐
- 1.4 ปีนี้ปีอะไร ☐
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร ☐

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและ.....ชื่อว่าอะไร ☐
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร ☐
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร ☐
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร ☐
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร ☐

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็น การทดสอบความจำ ดิฉันจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ(ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ

เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ(ตา,ยาย,...)

พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบ ทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดียวดิฉันถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์ ☐

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหม?

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 "ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7

ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา" ☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1,2, หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 "ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา,ยาย...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) สะกดออกหลังจาก
พยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอมี-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน

"ไหนคุณ (ตา,ยาย...) สะกดรอยหลัง ให้ฟังซิ" ☐

๑ ๑ บ % ม

5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ ต้นไม้
 ☐ ทะเล
 ☐ รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ปั่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

6.2 ชี้นำฝึกซ้อมมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

"ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้"

แล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) พุดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงทีเดียว"

"ใครใคร่ขายไก่ไข่"

8. Verbal command (3 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ฟังดี ๆ นะเดี๋ยวม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย...)

รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่....."(พื้น, โตะ, เติง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4

ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ทดสอบ

☐ รับด้วยมือขวา
 ☐ พับครึ่ง
 ☐ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา.ยาย...) อ่าน

แล้วทำตาม (ตา.ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” ○ หลับตาได้ ☐

10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คน (ตา,ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง"

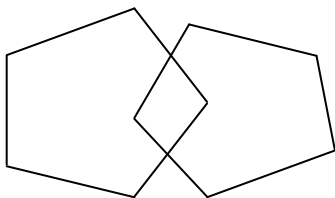
หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

○ ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง"

(ในที่ว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)

..... ☐

คะแนนเต็ม 30

- ภาวะสมองเสื่อม คะแนน ≤ 22

MMSE-Thai 2002*

ระดับการศึกษา	คะแนน		Sensitivity	Specificity	Positive predictive value	Negative predictive value	efficiency
	จุดตัด	เต็ม					
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้)	≤ 14	23	35.4	76.8	64.5	50.0	54.3
จบประถมศึกษา	≤ 17	30	56.6	93.8	88.9	71.0	76.3
สูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30	92.0	92.6	91.2	93.3	92.4

แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์จากญาติหรือผู้ดูแล⁴

ญาติของท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่	มี (ใช่)	ไม่มี (ไม่ใช่)
1. ชอบถามคำถามเดิมซ้ำๆ	()	()
2. หลงลืมบ่อยขึ้น มีปัญหายุ่งยากเรื่องความจำระยะสั้น	()	()
3. ต้องมีคนคอยเตือนให้ทำกิจกรรมที่จำเป็น	()	()
4. ลืมวันนัด ลืมโอกาสที่สำคัญของครอบครัว เช่น วันเกิด วันครบรอบแต่งงาน หรือวันหยุดพิเศษ	()	()
5. ดูซึมลง เศร้าหมอง หรือร้อยให้บ่อยกว่าเดิม	()	()
6. เริ่มมีความยุ่งยากในการคิดเลข คิดเงิน หรือลำบากมากขึ้น ในการดูแลจัดการเรื่องเงินทอง	()	()
7. ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบทำ เช่น งานอดิเรกที่เคยทำ กิจกรรมสังคมที่เคยไป	()	()
8. เริ่มต้องมีคนคอยช่วยเหลือในกิจกรรมประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร	()	()
9. หงุดหงิด อารมณ์เสียบ่อยขึ้น ช่างสงสัย เริ่มเห็น ได้ยิน เชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริง	()	()
10. เริ่มมีปัญหาเรื่องทิศทาง (ถ้าเคยขับรถก็หลงทางบ่อย จำทิศทางไม่ได้ ขับรถอันตราย ไม่ปลอดภัย หรือเลิกขับรถไปแล้ว)	()	()
11. มีความยุ่งยาก ลำบากในการหาคำพูดที่ต้องการจะพูด เรียกชื่อคนสิ่งของไม่ถูก พูดไม่จบประโยค	()	()

คนปกติ คะแนนรวม ≤ 4 คะแนน

ผู้ที่อยู่ในข่ายสงสัยมีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ คะแนนรวม > 4 คะแนน

ตัวย่อ

ACh	=	Acetylcholine
AChE	=	Acetylcholine esterase
AD	=	Alzheimer's disease
ADL	=	Activities of daily living
APP	=	Amyloid precursor protein
BuChE	=	Butyrylcholine esterase
CADASIL	=	Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy
CAG	=	Cytosine – arginine - guanine
ChEIs	=	Cholinesterase inhibitors
CJD	=	Creutzfeldt – Jakob disease
CNS	=	Central nervous system
CPG	=	Clinical practice guideline
CVD	=	Cerebrovascular disease
CYP	=	Cytochrome
DLB	=	Dementia with Lewy bodies
DRPLA	=	Dentatorubropallidolusian atrophy
EEG	=	Electroencephalography
EPS	=	Extrapyramidal side effects
fMRI	=	functional Magnetic resonance imaging
FTD	=	Frontotemporal dementia
LP	=	Lumbar puncture
MCI	=	Mild cognitive impairment
MMSE – Thai 2002	=	Mini - Mental State Examination : Thai version 2002
MMSE	=	Mini - Mental State Examination : Folstien et al 1975
MOCA	=	Montreal cognitive assessment
MRI	=	Magnetic resonance imaging
NPH	=	Normal pressure hydrocephalus
NC	=	Negative correlation

PC	=	Postive correlation
PDD	=	Parkinson's disease dementia
PET	=	Position emission tomography
SCA	=	Spinocerebellar ataxia
SPECT	=	Single – photon emission computed tomography
TMSE	=	Thai Mental State Examination : Train the Brain Forum
VaD	=	Vascular dementia

ขอขอบคุณ
แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมประชุม
ประชุม/สัมมนาการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม
ณ ห้องวังมัจฉา โรงแรมแม่น้ำ ริเวอร์ไซด์ เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร
วันที่ 24 - 25 กรกฎาคม 2551

1. นพ.บุญมี วงศ์สถิตวิไลรุ่ง	ร.พ.เลิดสิน	กรุงเทพมหานคร
2. พญ.อริศรา รักษากุล	ศูนย์บริการสาธารณสุข 54 ทศน์เยี่ยม	กรุงเทพมหานคร
3. นพ.ประสิทธิ์ เพ็ชรทวีพรเดช	ศูนย์บริการสาธารณสุข 66 ตำหนักพระแม่กวนอิม โชคชัย 4	กรุงเทพมหานคร
4. พญ.รัตนา มนต์ประจักษ์	ศูนย์บริการสาธารณสุข 42 ถนนทองสีมา	กรุงเทพมหานคร
5. นพ.วิรัชกร ฟุ้งสถาพร	ศูนย์บริการสาธารณสุข 57 บุญเรืองลำเลิศ	กรุงเทพมหานคร
6. นางสาวฝน เลิศวาสนา	ศูนย์บริการสาธารณสุข 65 รักษาสุข บางบอน	กรุงเทพมหานคร
7. นพ.สกนธ์ อิงคเสรษฐ์	ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง	กรุงเทพมหานคร
8. นางทิพย์วัลย์ คุณวัฒน์	ศูนย์บริการสาธารณสุข 13 ไมตรีวานิช	กรุงเทพมหานคร
9. น.ส.อำภา จาคน่าน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เดอะสามพันธุ์	กรุงเทพมหานคร
10. นพ.วิฑูรย์ ทวีวัฒนาภิจักร	ศูนย์บริการสาธารณสุข 63 สมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย	กรุงเทพมหานคร
11. นางอุไรวรรณ กุลมาศ	ศูนย์บริการสาธารณสุข 63 สมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย	กรุงเทพมหานคร
12. นางเยาวนิจ จรรย์เวโรจน์ศิริ	ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สีพระยา	กรุงเทพมหานคร
13. นพ.ชนบัตร์ เขียวรุ่งโรจน์	ร.พ.สองพี่น้อง	จันทบุรี
14. นางพุดิยา โอหารส	ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ ผู้สูงอายุ	ชลบุรี
15. นพ.ธนิน เมธีศิริวัฒน์	ร.พ.หันคา	ชัยนาท
16. นพ.เป็นเอก ชงทอง	ร.พ.สวี่	ชุมพร
17. พญ.รัตนา จันทรแจ่ม	ร.พ.ประสาทเชียงใหม่	เชียงใหม่
18. นพ.ธวัชชัย จันทวดีนันท์	ร.พ.สารภี	เชียงใหม่
19. นพ.วรวิทย์ ดันติวัฒนทรัพย์	ร.พ.อุ้มผาง	ตาก
20. พญ.สุวพักตร์ ศิริเดชไชยวงศ์	ร.พ.ศรีสงคราม	นครพนม

21. นพ.วสิน ทองทรงกฤษณ์	ร.พ.เก้าเลี้ยว	นครสวรรค์
22. นพ.กชกร หะราภิรักษ์	ร.พ.คุระบุรีชัยพัฒน์	พังงา
23. นพ.ภาณุมาศ ขวัญเรือน	ร.พ.แพร่	แพร่
24. พญ.สุรัมภา ประภัสสรวิจิตร	ร.พ.สมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา	ยโสธร
25. นพ.วัฒนา วานิชสุขสมบัติ	ร.พ.เขลางค์นคร-ราม	ลำปาง
26. นพ.จักรกฤษณ์ ปรีโต	ร.พ.สกลนคร	สกลนคร
27. พญ.ศิริรัตน์ วรรณศิริ	ร.พ.หนองโดน	สระบุรี
28. พญ.หัตยา นวลเนียม	ร.พ.ศรีสังขาลย์	สุโขทัย
29. นพ.ปิยะเดช วลีพิทักษ์เดช	ร.พ.หนองคาย	หนองคาย
30. นพ.ปิติ ชาศรียานุโยค	ร.พ.ลืออำนาจ	อำนาจเจริญ
31. พญ.พัชรกัญย์ ตั้งศรีรัตนกุล	ร.พ.ลับแล	อุตรดิตถ์

สถาบันประสาทวิทยา

312 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร. 0-2354-7007