

# ปัญหาประสาทจิตเวชศาสตร์ ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)

ฐิติพร ศุภลสิทธิ์อารัง

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤตสังคมผู้สูงอายุ สืบเนื่องจากการที่สัดส่วนจำนวนประชากรสูงอายุมากขึ้นในสังคม ดังนั้นปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุก็มากขึ้นเป็นเงาตามตัว โรคที่ก่อให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุ ก่อภาระต่อครอบครัวและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย โดยที่พบได้บ่อย คือ โรคหรือภาวะสมองเสื่อม (dementia) โดยอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ 5.9 ปี ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 55 ล้านราย และจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นใหม่ในแต่ละปี มีประมาณกว่า 9.9 ล้านรายทุกปี จากการคาดการณ์ทั้งจากองค์การอนามัยโลก และสมาพันธ์อัลไซเมอร์นานาชาติ<sup>(1, 2)</sup> ในอนาคต 30 ปีข้างหน้าจะมีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยรวมทั่วโลกมากถึง 132 ล้านราย โดยส่วนใหญ่ภาวะสมองเสื่อมมักเกิดในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป โดยพบได้ประมาณร้อยละ 6-8 ของผู้สูงอายุ ส่วนในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 65 ปี พบอัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมโดยเฉลี่ย 10 ราย ต่อประชากรหนึ่งแสนราย อายุเฉลี่ยในการเกิดโรคสมองเสื่อมในครั้งแรกนั้นต่ำกว่าในยุคนก่อนด้วยเช่นกัน และแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการสมองเสื่อมที่อายุน้อยลงก็พบได้มากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมจะมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นตามลำดับ โดยอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุก ๆ 5 ปี หลังจากอายุ 60 ปี ขึ้นไป<sup>(1)</sup> ในประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อม จากข้อมูลของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยที่รายงานในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 617,000 ราย โดยพบในผู้สูงอายุเพศหญิงมากเป็นสองเท่าของผู้สูงอายุเพศชาย และอัตราความชุกของผู้ป่วยสมองเสื่อมในไทยมีจำนวนถึงร้อยละ 8 และในประชากรอายุ 70-79 ปี



และเกือบร้อยละ 50 ในประชากรสูงอายุที่อายุเกิน 85 ปีขึ้นไป ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2580 ประเทศไทย จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นจำนวน 1,350,000 ราย โดยประมาณ<sup>(3)</sup> ดังนั้นจากสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นในปัจจุบันแล้ว ยังมีผู้ป่วยสมองเสื่อมอีกจำนวนมากที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา โดยจากการสำรวจจากต่างประเทศปี ค.ศ. 2017 พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีจำนวนมากถึงร้อยละ 61.7 ไม่ได้รับการวินิจฉัย<sup>(4)</sup> จากการสำรวจและศึกษาโดย สุทธิชัย และคณะ<sup>(5)</sup> ในปี ค.ศ. 1997-1999 พบมีผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย และเข้ารับระบบดูแลรักษาในประเทศไทยถึงร้อยละ 95.6 โดยตัวเลขที่รายงานในประเทศไทยพบว่าสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับรายงานจากต่างประเทศ ดังนั้นตัวเลขจากการประมาณการณข้างต้น จึงอนุมานได้ว่าในความเป็นจริงอาจจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของประเทศไทยมากกว่าตัวเลขสำรวจ และคาดการณ์จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ภาวะสมองเสื่อมนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดทุพพลภาพ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ รวมถึงผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นจะมีภาวะพึ่งพิงสูง และต้องการการดูแลมากขึ้นตามลำดับความรุนแรงของโรค ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เพราะผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นสมองเสื่อมนั้นไม่ได้มีเพียงปัญหาสุขภาพกายอย่างเดียว ยังอาจมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และจิตสังคม และทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัว รวมถึงสังคมในวงกว้างด้วยเช่นกัน จากการสำรวจของสมาพันธ์อัลไซเมอร์โลก (world alzheimer's report) พบว่าร้อยละ 62 ของบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลก เข้าใจว่าสมองเสื่อมเป็นสิ่งปกติของผู้สูงวัย และจากการสำรวจความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป พบว่าร้อยละ 25 คิดว่าสมองเสื่อมเป็นภาวะที่หมดหวัง และไม่สามารถทำอะไรให้ดีขึ้นได้<sup>(2)</sup> ต้องยอมรับชะตากรรม ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิด เพราะจำนวน 1/3 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีในปัจจุบันนี้ เกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยที่ป้องกันได้โดยเริ่มตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ และหากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้วได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง<sup>(6)</sup> ถูกวิธี โดยการดูแลแบบเป็นองค์รวม ก็จะสามารถเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต เพิ่มความสุขของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ

## ความหมายของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม คือ กลุ่มอาการที่มีการเสื่อมถอยของการรู้คิดหรือปรีชาญาณ (cognitions) ซึ่งจัดเป็นสมรรถภาพของสมองในด้านต่าง ๆ เช่น ความจำ (memory) สมาธิเชิงซ้อน (complex attention) ทำให้การเรียนรู้สิ่งใหม่ (new learning) เสียไป ความสามารถในการจัดการแก้ปัญหา (executive function) การใช้ภาษา (language) ทิศทาง (visuospatial function) แยะลง โดยการรับรู้และการสังเกตุสิ่งแวดล้อม (perceptual and manipulating environment) จะเสื่อมถอยลง ความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อเพื่อทำกิจกรรมที่มีหลายขั้นตอน (praxis) ลดลงจากที่เคยทำได้มาก่อน หรือไม่สามารถทำได้เลย และการรู้คิดในบริบททางสังคม (social cognition) เสียไป โดยดังกล่าวข้างต้น จะผิดปกติไปอย่างน้อย 1 ด้าน หรืออาจผิดปกติหลายด้านก็ได้ขึ้นกับความรุนแรงและชนิดของโรคสมองเสื่อม ทั้งนี้สมรรถภาพของสมองลดลงและเปลี่ยนไปจากระดับเดิมที่เคยทำได้ ต้องไม่ได้เป็นมาตั้งแต่กำเนิด และมาเกิดขึ้นในภายหลังจากสาเหตุต่าง ๆ นอกจากนี้การสูญเสียความสามารถของสมองเหล่านี้ต้องเป็นมากผิดปกติเกินกว่าวัย และหากทำแบบทดสอบ

ทางจิตประสาทวิทยา (neuropsychological test) จะพบว่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ย เมื่อเทียบกับกลุ่มบุคคลในช่วงอายุเดียวกัน และผลจากการที่ความสามารถของสมอง หรือการรู้คิดที่ถดถอยลง ก็จะส่งผลต่อหน้าที่การทำงาน (functions) เช่น การดูแลตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (activities of daily livings, ADLs) ในด้านต่าง ๆ แยก<sup>(7-10)</sup> ทั้งนี้ภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางความคิด การตัดสินใจ พฤติกรรม และอารมณ์ที่ผิดปกติไปได้ด้วยเช่นกัน ซึ่งถือเป็นกลุ่มอาการ non-cognitive symptoms of dementia<sup>(11)</sup> โดยการเสื่อมลงทั้งหมดนี้จะมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การจัดการดูแลตนเอง หรือการทํากิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้ มีระดับของความสามารถหรือสมรรถภาพที่เสียไป ตั้งแต่เริ่มเป็นปัญหาเล็กน้อย และค่อย ๆ เริ่มทำกิจกรรมที่ซับซ้อนไม่ได้ จนถึงเป็นมากต้องพึ่งพิง ดูแลช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด โดยสามารถสังเกตได้ชัดจากความสามารถในการจัดการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย<sup>(12, 13)</sup>

### ปัญหาประสาทจิตเวชศาสตร์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ปัญหาด้านประสาทจิตเวชศาสตร์ที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อม ในปัจจุบันมักถูกเรียกว่า กลุ่มอาการ behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) โดยหมายความถึง “กลุ่มอาการที่มีการรับรู้ เนื้อหาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดปกติไป ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อม” โดยบัญญัติคำนี้ได้มาจากข้อสรุปจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญในการประชุม International Psychogeriatric Association (IPA) ค.ศ. 1996 และ ค.ศ. 1999 เพื่อใช้เรียกกลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชศาสตร์ (neuropsychiatric symptoms, NPS) ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งแรกเริ่มเดิมทีได้ใช้คำว่า “behavioral disturbances of dementia, BDD” และต่อมาได้เปลี่ยนเป็น “behavioral and psychological signs and symptoms of dementia, BPSSD” และในปัจจุบันก็ได้ตัดคำให้สั้นลงตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 เป็นต้นมา โดยใช้คำว่า BPSD<sup>(14)</sup> เพื่อความเข้าใจที่เป็นมาตรฐานสากล และในทางฝั่งประเทศอังกฤษก็นิยมเรียกว่า ปัญหาพฤติกรรมที่ทำนายของผู้ป่วยสมองเสื่อม “behaviour that challenges, BtC”<sup>(15)</sup> โดยนิยมเรียกผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อมว่า person living with dementia (PwD)<sup>(16)</sup>

เป็นที่ทราบกันดีกว่าปัญหา BPSD เป็น non-cognitive symptoms of dementia (NCSD) ปัญหาอารมณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น มักยากแก่การจัดการ และถือว่าเป็นปัญหาที่ทำนายต่อทั้งผู้ป่วยเอง ญาติ และผู้ดูแล รวมถึงแพทย์ พยาบาล และทีมผู้รักษาด้วย โดยผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการเหล่านี้มักถูกมองและตีความไปในทางลบจากผู้ที่ไม่เข้าใจภาวะนี้ โดยถูกมองว่าผู้ป่วยตั้งใจทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ ป่วนหรือแกล้ง ให้ญาติหรือผู้ดูแลลำบากขึ้น หรือเพียงเพราะผู้ป่วยต้องการควบคุมผู้อื่นให้อยู่ใต้อาณัติของตน โดยมากมักถูกตีความไปในทางที่ผิดว่า เป็นจากนิสัยที่ไม่ดีของผู้ป่วยที่เรียกร้องมากเกินไป เอาแต่ใจ ฯลฯ ดังนั้น BPSD จึงมีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งเพื่อให้มีความเข้าใจ ปรับให้มีความรู้สึกเป็นกลาง โดยเอื้อประโยชน์ให้มองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเรียกว่า “responsive behavior” หมายความว่า เป็นพฤติกรรมที่ตอบสนองของผู้ป่วย ซึ่งโดยนัยเป็นการตอบสนองต่อความเครียดที่จัดการไม่ได้ ซึ่งนอกจากคำนี้จะทำให้เกิดทัศนคติความรู้สึกที่เป็นกลางมากขึ้น<sup>(17)</sup> ก็จะเป็นการสื่อความหมายที่ว่าปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมเหล่านั้นเกิดขึ้นจากความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งที่มา

กระตุ้นผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับมือ อดทนหรือจัดการกับสิ่งหรือสถานการณ์เหล่านั้นได้ หรือผู้ป่วยมีความต้องการหรือมีความทุกข์ทรมานบางอย่าง ที่ต้องการสื่อสารออกมา จึงเกิดเป็นอาการที่เป็นปัญหา BPSD ขึ้นมา ทั้งนี้ควรเปิดมุมมองกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและทีมผู้รักษาว่า อาการ BPSD ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นจากผู้ป่วยมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างถูกต้องเหมาะสม และชี้แจงจำกัดความอดทนของผู้ป่วยนั้น ลดลงเมื่อมีภาวะสมองเสื่อม ควรมองและวิเคราะห์ว่าปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้พยายามที่จะตอบสนองจัดการต่อสถานการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้นนั้น ๆ รวมถึงเป็นความพยายามที่จะสื่อสารในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทั่วถึง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมควรเน้นให้ความรู้กับผู้ดูแล ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง ไปที่การเพิ่มความรู้ความเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการอะไร หรือภายใต้พฤติกรรมเหล่านั้นผู้ป่วยต้องการจะสื่ออะไร อะไรเป็นเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สามารถกระตุ้น หรือส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละรายนั้น ๆ ได้บ้าง และจะต้องจัดการหรือตอบสนองอย่างไร ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละปัจเจกบุคคล และจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่ครอบคลุมเหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมรายนั้น ๆ มากกว่าความพยายามที่จะไปควบคุม หรือกำจัดพฤติกรรมเหล่านั้นให้สิ้นซาก ทั้งนี้ควรยึดหลักมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลจำเพาะเป็นรายบุคคลและจัดการเป็นองค์รวม

ร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม จะมีอาการของ BPSD ร่วมด้วย ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ในการดำเนินโรค<sup>(18)</sup> ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปแล้วแต่ชนิด และระยะความรุนแรงของสมองเสื่อมที่ผู้ป่วยเป็นด้วย โดยปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้จะมีอาการขึ้น ๆ ลง ๆ และเป็น ๆ หาย ๆ ได้ อาจมีได้หลายอาการร่วมกัน และบางอาการก็พบได้บ่อยตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เช่น อาการวิตกกังวล ซึมเศร้าก็จะพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มมีปัญหาการรู้คิดที่เริ่มเสื่อมลงระยะเริ่มต้น (mild cognitive impairment, MCI) จนถึงสมองเสื่อมที่ยังมีอาการไม่รุนแรง ส่วนอาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมวุ่นวายก้าวร้าว มักพบได้บ่อยขึ้น เมื่อการดำเนินโรคของสมองเสื่อมนั้นเข้าสู่ขั้นรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ และในสมองเสื่อมบางชนิดในทางคลินิก ก็นับอาการ BPSD อยู่ในเกณฑ์วินิจฉัยด้วย เช่น สมองเสื่อมชนิดลีวีบอดี (dementia with lewy bodies) ซึ่งจะรวมอาการของการเห็นภาพหลอน ในทางเวชปฏิบัตินั้นพบว่าหลายครั้งที่ BPSD นี้เองจะเป็นอาการนำให้ผู้ป่วยมาพบประสาทแพทย์หรือจิตแพทย์มากกว่าอาการทางด้านความรู้คิด หรือปรีชาญาณปัญญาต่าง ๆ ที่เสื่อมถอย (cognitive symptoms) ในผู้ป่วยสมองเสื่อม จากการศึกษาของ Steinberg และคณะ พบว่ากลุ่มอาการทางประสาทจิตเวชศาสตร์เหล่านี้เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม เมื่อเทียบกับประชากรสูงอายุทั่วไป ได้มากกว่าถึง 40 เท่า<sup>(19)</sup>

ดังที่กล่าวไปแล้วว่า BPSD นั้นเกิดได้บ่อยถึงร้อยละ 90-95 ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม<sup>(18, 20)</sup> โดยจะแตกต่างกันในช่วงระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม โดยพบได้ตั้งแต่ในระยะที่ยังมีอาการยังไม่รุนแรง และเมื่อวินิจฉัยเป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (ซึ่งเป็นสาเหตุพบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม) จะพบว่าร้อยละของอาการ BPSD นั้นจะเพิ่มสูงขึ้น โดยความชุกของ BPSD จะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะและความรุนแรงของโรค ในบางอาการจะมีปัญหามากในช่วงระยะที่สมองเสื่อมยังรุนแรงไม่มาก เช่น อาการด้านอารมณ์และความวิตกกังวล ส่วนความก้าวร้าว และความคิดหลงผิดนั้นจะเกิดได้มากขึ้นเมื่อระยะของโรคสมองเสื่อมดำเนินไปมากขึ้น

ปัญหา BPSD เป็นปัญหาที่ยากและท้าทายต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมีความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับ BPSD อย่างมาก ทั้งนี้หากดูแลจัดการเรื่องปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ดีพอ จะทำให้ผลการรักษาดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่เท่าที่ควร ทำให้เสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มาก และผู้ป่วยอาจต้องนอนโรงพยาบาลบ่อย ๆ หรือถูกส่งไปอยู่สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนวัยอันควร ดังนั้นหากจัดการปัญหาเหล่านี้ให้ดีแล้ว ก็จะช่วยยืดระยะเวลาในการเกิดทุพพลภาพของผู้ป่วย ลดความทุกข์ของญาติและผู้ดูแล ส่งผลให้คุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นดีขึ้น

## สาเหตุของการเกิดปัญหา BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

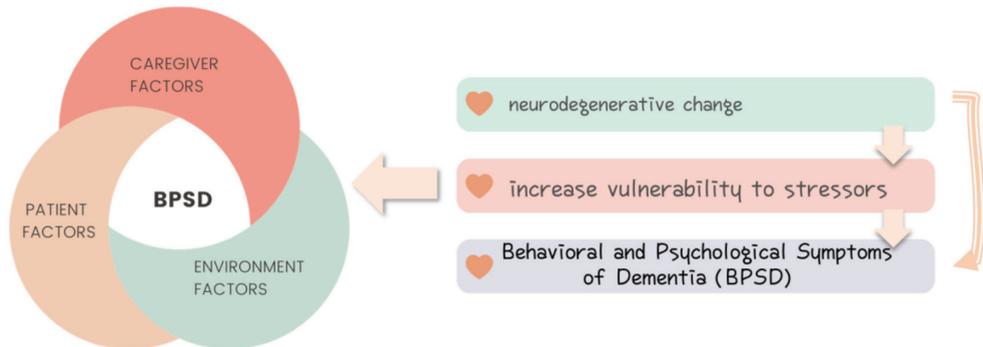
ปัจจุบันความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดปัญหาทางพฤติกรรม จิตใจ และอารมณ์ ที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อม มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์มากมาย<sup>(14)</sup> สรุปได้ว่าเกิดจากผลรวมของหลายสาเหตุประกอบเข้าด้วยกัน<sup>(21)</sup> ทั้งนี้มีอย่างน้อยต่างกันสำหรับผู้ป่วยในแต่ละรายไป ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics, receptor polymorphism) ปัจจัยด้านสารสื่อประสาท และพยาธิสภาพของระบบประสาท (neurochemical, neuropathology) ปัจจัยทางจิตวิทยา (psychological factors) เช่น บุคลิกภาพเดิมก่อนป่วย วิธีการจัดการการปรับตัวตอบสนองต่อความเครียด กลไกป้องกันทางจิตใจที่ผู้ป่วยใช้บ่อย ๆ หรือการที่มีความคับข้องกายและใจอยู่เดิม (premorbid personality, response to stress and discomfort) และแง่มุมทางสังคมอื่น ๆ (social aspects) เช่น ต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เปลี่ยนสถานที่อาศัย และปัจจัยด้านผู้ดูแล (environmental, caregiver factors) เช่น ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ดูแล ภูมิหลังความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย<sup>(22)</sup> หรือการที่ต้องเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ๆ โดยผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายอาจมีความไม่คุ้นชินและไม่ไว้วางใจผู้อื่นในการที่จะอนุญาตให้มาช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวันของตนเอง โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อกัน ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีขีดความอดทนต่อความเครียด และความกดดันลดลงไปจากเดิม (lower stress threshold) จึงแสดงออกมาให้เห็น โดยเฉพาะเมื่อความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet needs) เกิดเป็นปัญหาของพฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป<sup>(23)</sup> โดยขีดความอดทนต่อความเครียดที่มีจำกัดนี้ อาจเปลี่ยนแปลงขึ้นลงในระหว่างวันได้เช่นกัน ซึ่งในบางรายก็จะพบว่ามีปัญหาพฤติกรรมมากขึ้นในช่วงบ่าย ๆ หรือช่วงเย็น<sup>(24)</sup> เนื่องจากอ่อนเพลียหมดพลัง ทั้งนี้หากผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการอย่างเหมาะสม ก็มักเกิดปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ และปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ ตามมา

ผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อมจะมีปัญหาด้านการรู้คิดหรือปรีชาญาณ พบมีการเสื่อมของสมรรถภาพสมองในด้านต่าง ๆ เช่น สูญเสียทักษะในการทำความเข้าใจกับบริบทต่าง ๆ ทางสังคม ความสามารถในการจำโดยเฉพาะสิ่งใหม่ ๆ ลดลง การให้เหตุผล การคิดวางแผน ความสามารถในการแก้ปัญหา และการตัดสินใจจะลดลงไปจากเดิม การที่สมองสูญเสียสมรรถภาพนี้ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ และมักแสดงออกมาผ่านการกระทำต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้เห็น ซึ่งในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีหลายรายจะพบว่า มีลักษณะพฤติกรรมนิสัยเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นจากการที่สมรรถภาพสมองเสียไป ทำให้ขีดความอดทนต่อความเครียดและการถูกกระตุ้นนั้นลดลงไปเรื่อย ๆ (progressively lowered stress threshold over the course of dementia) ดังนั้นหากมีเหตุปัจจัยมากระตุ้น เช่น การสูญเสียคนใกล้ชิด เพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว หรือการปรับตัวไม่ได้กับสิ่งแวดล้อมใหม่ การที่ต้องรับผิดชอบตัดสินใจดูแลกิจวัตรต่าง ๆ ในชีวิตที่เดิมเคยทำได้ รวมทั้งปัญหาสุขภาพร่างกาย อาจรวมถึงความรู้สึกเป็นอิสระลดลงจาก

วัยที่เพิ่มขึ้น ก็จะทำให้อ่อนไหวเปราะบาง และไวต่อการเกิดความเครียดเมื่อไม่สามารถจัดการต่อปัญหาต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม ส่งผลให้เกิดปัญหา PTSD ขึ้นมาได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ยกตัวอย่างปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในสถานบริบาลระยะยาว คือ ผู้ป่วยสูญเสียความจำระยะสั้น (short-term memory) หากระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมนั้นยังไม่รุนแรงมาก ผู้ป่วยมักจะยังไม่เสียความจำระยะยาว (long-term memory) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสถานที่อยู่ปัจจุบัน และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมวุ่นวาย ผู้ป่วยอาจตกใจ พยายามหลบหนี หรือเดินเพ่นพ่าน อาละวาดโวยวายว่าถูกกั๊กขังหน่วงเหนี่ยว และพยายามหนีก็เป็นได้ ทั้งนี้ความรุนแรงดังกล่าวขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระดับความรุนแรงและชนิดของโรคสมองเสื่อมของผู้ป่วย ภาวะโรคทางกายอื่น ๆ ที่เข้ามาแทรกซ้อน และการมีโรคทางระบบประสาทร่วมด้วย รวมถึงระดับความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่ลดลง (functional decline) และหากผู้ป่วยมีปัญหาจิตเวช (previous psychiatric disorder) หรือปัญหาบุคลิกภาพมาก่อน (premorbid personality disorder) ก็ยิ่งจะทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา PTSD ได้มากขึ้น<sup>(25)</sup>

ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดปัญหาพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม (รูปที่ 1 และ 2 และตารางที่ 1<sup>(26, 27)</sup>) ในบางครั้งอาจดูเหมือนเป็นเรื่องเล็กน้อยได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องสูญเสียหรือเรื่องใหญ่โต ยกตัวอย่างเช่น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันไปจากเดิม การเปลี่ยนผู้ดูแล หรือการอยู่ในสถานที่ที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่คุ้นเคย ก็ล้วนแล้วแต่เป็นตัวกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดความคับข้องใจ และมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ทั้งสิ้น สาเหตุที่อธิบายได้คือ ปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมมักเกิดจากขีดจำกัดของความอดทนต่อความเครียดลดลง และความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมลดลง มีความอ่อนเพลียทางร่างกายและจิตใจง่ายขึ้น จึงทำให้เกิดความไม่สมดุล หากผู้ป่วยรายนั้นในตอนที่ยังไม่เป็นสมองเสื่อมก็อาจไม่ได้มีอาการแสดงของพฤติกรรม จิตใจ และอารมณ์ดังกล่าวออกมา เพราะโดยมากผู้ป่วยสมองเสื่อมมักอยู่ในวัยชรา มีความเหนื่อยล้าอ่อนเพลียได้ง่ายกว่าในวัยหนุ่มสาว รวมถึงปัจจัยจากการที่สมรรถภาพสมองที่ถดถอยทำให้ไม่สามารถชดเชยหรือจัดการปรับตัวได้ นอกจากนี้สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ ทั้งด้านภายนอก เช่น เสียง แสง ความร้อน ความเย็น การจัดวางข้าวของ ภูมิทัศน์ที่ไม่เอื้ออำนวย หรือปัจจัยกระตุ้นจากภายในตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมเอง เช่น ปัญหาสุขภาพกายร่วมกับสมองเสื่อมด้วย มีอาการคัน ระคายเคือง ความเจ็บปวด หรือมีปัญหสุขภาพบางอย่าง เช่น การติดเชื้อ ปัสสาวะคั่ง ถ่ายไม่ออก หรืออาจเป็นอาการกระสับกระส่าย จากปัญหาผลข้างเคียงจากยาที่รับประทานอยู่ หรือจากการรักษาโรคทางกาย เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ หรือการใส่สายให้อาหารก็ได้ โดยหลาย ๆ ปัจจัยนี้มารวมกับปัญหาความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง มีความลำบากในการสื่อสารจึงเกิดเป็นพฤติกรรมหรืออาการออกมา โดยผู้ป่วยอาจแสดงอาการให้เห็นออกมาเป็นอาการตื่นกลัว ตื่นตระหนก หรือวิตกกังวลเกินกว่าเหตุได้ โดยผู้ป่วยอาจแสดงออกเป็นลักษณะหงุดหงิด งุนงง กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง เดินไปมา หรืออาจเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวข่มขู่ทั้งทางวาจา สบถ หรือทุบตี ทำร้ายร่างกายได้ ซึ่งปัญหาพฤติกรรมที่ทำนายต่อการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต การดำรงชีวิตประจำวัน การช่วยเหลือตัวเอง ต้องพึ่งพิงมากขึ้น และมีความต้องการการดูแลในระดับที่สูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพ และความสุขของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น ๆ รวมถึงสุขภาพจิตของผู้ดูแลด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีต้นทุนทางเศรษฐกิจและบุคคลมากขึ้นในการดูแลรักษาปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้ด้วย

## Factor associated with BPSD



รูปที่ 1. แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการ behavioral and psychological symptoms of dementia ในผู้ป่วยสมองเสื่อม<sup>(23)</sup>

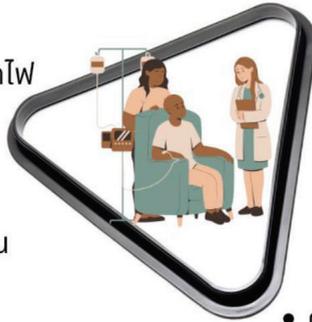
ตารางที่ 1. แสดงตัวอย่างความต้องการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม และพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็น เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย เนื่องจากทุกพฤติกรรมมักมีความหมายเสมอ และประเด็นที่พบบ่อยคือความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม (unmet needs)<sup>(26, 27)</sup>

ความต้องการ (needs)	พฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นในผู้ป่วยสมองเสื่อม
ทางร่างกาย: ความสบายทางร่างกาย พื้นฐานปัจจัยสี่ อากาศ อาหาร การนอน ความรู้สึกสบายทางกาย ไม่มีอาการเจ็บปวด	อารมณ์แสดงออกอาจจะหงุดหงิด โกรธ ผู้ป่วยอาจร้องขอโดยระบุ ชัดเจน เช่น หิว ร้องขออาหาร ขอเงิน หรือบอกซ้ำ ๆ ว่าร้อน หรือ หนาว เจ็บ ๆ บ่นอาการทางกายซ้ำ ๆ ปวดหัว ปวดท้อง หรือไม่ได้ระบุชี้ชัด เช่น ขอให้ช่วยด้วย ๆ
ความรู้สึกปลอดภัย	วิตกกังวล ผู้ป่วยพูดว่ากลัว มีอาการเกาะติดตามผู้ดูแลไปทุกที่ หรือ อาจจะเป็นไล่คนที่ไม่คุ้นเคย หรือคนที่ตนเองจำไม่ได้ออกไป มีอาการ ระแวง รู้สึกถูกขัง ต้องหนี
การสัมผัสที่นุ่มนวล	ผู้ป่วยร้องขอจับมือ กอด หรือจับมือแน่น
ความรักและรู้สึกเป็นที่รัก	กลัวถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยร้องขออย่าทิ้งฉันไป อยากได้ความสนใจ ร้องให้ คิดว่าตัวเองเป็นภาระ
ควบคุมสิ่งแวดล้อม เป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง	ไล่ผู้ดูแลออกไป ห้ามคนเข้ามาในบ้านในห้อง เปิดปิด ๆ ไฟ ม่านซ้ำ ๆ จะออกนอกบ้าน อยากทำสิ่งที่เคยทำแต่ก่อน เช่น ขับรถ โกรธที่ถูก ห้ามปรามในการทำบางอย่าง ไม่ต้องการให้ช่วยเหลือดูแลกิจวัตร อารมณ์โกรธเมื่อสิ่งแวดล้อม หรือ ผู้ดูแลไม่ได้ตั้งใจ ดี หยิก
ความสนุกสนาน	ต้องการมีกิจกรรมหรือแกล้งผู้ดูแล ต้องการสำรวจพื้นที่ สงสัยว่ามี อะไรอยู่อีกห้อง อยากไปดู อยากรู้คั่น จะไปทำงาน



### ผู้ดูแล

- ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหมดไฟ
- เครียด ซึมเศร้า
- ขาดความรู้ความเข้าใจ
- ปัญหาด้านการสื่อสาร
- ความคาดหวังที่ไม่ตรงกัน



### สิ่งแวดล้อม

- ไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
- กระตุ้นมาก/น้อย เกินไป
- ว่างเกินไป ไม่มีอะไรทำ
- ขาดตารางกิจวัตรประจำวัน



### ผู้ป่วย

- ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง
- ความเจ็บป่วยทางร่างกาย
- หูตึงไม่ได้ยิน การมองไม่ชัด
- ไม่สามารถสื่อสารออกมาได้ชัดเจน

รูปที่ 2. สรุปแสดงปัจจัยด้านผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกัน ส่งผลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดที่ผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม

## แนวทางการประเมินปัญหา BPSD

ในการประเมินปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดที่ผิดปกติไปในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีหลายกรอบแนวคิดที่นิยม ได้แก่ 1. กรอบแนวคิดในการประเมินแบบ ABC ซึ่งเป็นตัวย่อในการวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยดูจากการสังเกตสิ่งที่น่าสนใจก่อนปัญหาพฤติกรรมที่จะเกิด (antecedent) พฤติกรรมที่เกิดที่เป็นปัญหา (behavior) และ ผลที่ตามมาของการเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ (consequences)<sup>(28)</sup> 2. กรอบแนวคิดในการประเมินแบบ DICE ซึ่งเป็นตัวย่อในการวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมเช่นกัน โดยให้อธิบายรายละเอียดปัญหาของพฤติกรรมนั้น (describe) ว่าเกิดอะไรขึ้น ใครทำอะไรที่ไหน เมื่อไร อย่างไร มากน้อยเพียงใด และตามด้วยการสืบเสาะหาสาเหตุ (investigate) ทั้งทางด้านปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม (bio-psycho-social) ทั้งจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสีวินิจฉัย รวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยทางจิตสังคมต่าง ๆ ในบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และสร้างแผนการรักษา (create) ทั้งระยะสั้นและระยะยาว จัดการทั้งทางด้านปัจจัยทางชีวภาพ และจิตสังคม สิ่งแวดล้อม โดยการปรับพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา และการใช้ยาในการรักษาปรับพฤติกรรม จากนั้นลำดับต่อมาคือ การติดตามผลของการวางแผนการรักษา (evaluate)<sup>(23)</sup> 3. กรอบแนวคิดในการประเมินแบบ TIME ซึ่งย่อมาจาก targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงการประเมิน registration and assessment phase ช่วงการจัดการกับปัญหา guided reflection phase และช่วงการจัดการและการประเมินผล action

and evaluation phase<sup>(29)</sup> 4. กรอบแนวคิดในการประเมินแบบ IPA ได้แก่ investigate, plan, act โดยใช้ในการประเมินปัญหาพฤติกรรมกระสับกระส่ายก้าวร้าวโดยเฉพาะจากคำแนะนำของ International psychogeriatric association consensus algorithm ปี ค.ศ. 2023<sup>(30)</sup>

ทั้งนี้ กรอบแนวคิดในการประเมินปัญหา BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีหลายแนวทาง แต่ล้วนมีจุดประสงค์เดียวกันคือ เพื่อให้การวิเคราะห์ปัญหานั้นครอบคลุม และนำไปสู่การจัดการที่ถูกต้องเหมาะสม โดยในกรอบแนวคิดการประเมินทั้งหลายนั้นจะครอบคลุมด้านการประเมินระดับของปัญหา ความสำคัญ ความถี่ เหตุการณ์ที่เกิด กับใคร ที่ไหน อย่างไร เป็นต้น และนำไปสู่การตั้งคำถามสมมติฐานและพิสูจน์ว่าสมมติฐานนั้นเป็นไปได้มากน้อยอย่างไร จึงนำไปสู่การจัดการที่สอดคล้องกับสมมติฐานนั้น ๆ และติดตามผลว่าดีขึ้นหรือไม่อย่างไร ใช้ได้ผลหรือไม่ ดังนั้นแบบรายงานปัญหา BPSD และแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นจึงมีความสำคัญในขั้นตอนแรก ในทางคลินิกการใช้ rating scale ก็จะช่วยได้มาก เช่น การใช้ neuropsychiatric inventory-questionnaire (NPI-Q) ซึ่งจะประกอบด้วย 12 หัวข้อหลักของอาการ BPSD ที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม และสามารถบอกความรุนแรง และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลได้

การที่จะประเมินวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การจัดการปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ถูกต้องเหมาะสมนั้น จำเป็นจะต้องระบุให้ได้ก่อนว่าผู้ป่วยนั้นมีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ อยู่ในระดับใด และสมองเสื่อมนั้นเป็นชนิดใด ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เพราะการทำความเข้าใจตัวโรค ชนิดของสมองเสื่อม จะทำนายถึงอาการ และการดำเนินโรค นำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และจำเพาะต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ลำดับต่อมาคือต้องแยกกับภาวะ**สับสนเฉียบพลัน (delirium)** ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาโรคทางกาย แต่อย่างไรก็ดีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น อาจถูกกระตุ้นได้จากปัญหาสุขภาพร่างกายและมีภาวะสับสนเฉียบพลันทับซ้อนได้เช่นกัน (**delirium on-top dementia**) จากนั้นควรวิเคราะห์ปัญหา BPSD นั้นว่าเป็นชนิดใดบ้าง ซึ่งโดยมากผู้ป่วยมักมีหลายอาการ ทั้งนี้ควรลำดับตามความสำคัญและความหนักใจเป็นภาระของญาติ ตลอดจนความถี่ ความรุนแรงของแต่ละอาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการหรือปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นเป็นอย่างไร มีปัจจัยใดที่เหนี่ยวนำให้เกิดอาการ หรือมีปัจจัยใดทำให้สภาวะหรืออาการเหล่านั้นดีขึ้นหรือแย่ลง มีความจำเพาะต่อบุคคลหรือไม่ รวมถึงจำเพาะต่อช่วงเวลาที่เกิดอาการหรือไม่ ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทราบในการวิเคราะห์และวางแผนในการจัดการ และเมื่อเกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ที่ผิดปกติไปในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่รบกวนขึ้นมานั้น ทางญาติหรือผู้ดูแลเคยได้ดูแลหรือจัดการอย่างไรไปบ้าง ในการแก้ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ที่เกิดขึ้นนั้น ๆ และได้ผลหรือไม่ จากนั้นต้องพยายามสืบค้นหาว่ามีสิ่งใดเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กัน ทั้งนี้ควรแปลผลทุกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นย่อมมีความหมายทั้งสิ้น ควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นลำดับแรกสุด ทั้งนี้สามารถให้ญาติหรือผู้ดูแลให้ข้อมูล โดยควรได้จากญาติใกล้ชิด หรือผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ และอาจถามตัวผู้ป่วยเองได้ด้วย

## การตรวจประเมินคัดกรองทางปัญญา (cognitive assessment)

การตรวจสภาพจิตในผู้สูงอายุนั้นใช้เทคนิคในการสัมภาษณ์เช่นเดียวกับ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป แต่จำเป็นต้องให้ความสำคัญและตรวจประเมินภาวะพุทธิปัญญาควบคู่กับสภาวะอารมณ์ร่วมด้วยทุกครั้ง เนื่องจากมีผู้สูงอายุหลายรายมีปัญหาความจำหลงลืม แต่เป็นจากโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และไม่ได้เป็นจากสมองเสื่อม จึงจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกแยะออกมาให้ได้ เพื่อดำเนินการรักษาให้ถูกต้อง

ในทางคลินิกนั้นนิยมใช้เครื่องมือตรวจเป็นชนิด rating scale ที่จำเพาะกับผู้สูงอายุ จะมีประโยชน์มากในการตรวจประเมินให้ครอบคลุม เช่น แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Chula mental test (CMT)<sup>(31)</sup>, Thai-mental state examination (TMSE)<sup>(32)</sup>, montreal cognitive assessment scale (MOCA-A)<sup>(33)</sup> ในผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป และ rowland dementia assessment scale (RUDAS) และ MOCA-B<sup>(34)</sup> ในผู้ป่วยที่การศึกษาน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และใช้ Thai geriatric depression scale (TGDS)<sup>(35)</sup> เพื่อช่วยบอกและติดตามการรักษาในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งในผู้ป่วยสูงอายุนั้นรูปแบบของอาการนั้นมักไม่เป็นไปตามปกติ (atypical presentation) ซึ่งมักจะไม่นิยมรับหรือบอกว่าเศร้า แต่จะไม่มีแรง และกังวลมากเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางกาย ร่วมกันไปกับปัญหาความจำ และปัญหาพุทธิปัญญา รวมถึงความเสื่อมของร่างกายในเรื่องของระบบสัมผัส เช่น การที่ตามองไม่เห็น หูได้ยินไม่ชัดโดยเฉพาะโทนเสียงสูง หรืออาการที่มีประสาทหูเสื่อมก็มักพบร่วมกันไปกับปัญหาความเสื่อมถอยของพุทธิปัญญาและซึมเศร้าด้วยได้เช่นกัน

ทั้งนี้จุดสำคัญอีกจุดหนึ่ง คือ การที่ผู้ตรวจนั้นตัดสินใจว่า ควรเลือกใช้แบบทดสอบใดกับผู้สูงอายุที่มาเข้ารับการตรวจรักษานั้น และหากสงสัยในประเด็นใดควรทำอย่างไรต่อ เพื่อเสาะหาให้ได้ว่าผู้ป่วยมีอาการมีความเสื่อมของสมรรถภาพในแง่ใด หรือมีรอยโรคที่ใดของสมอง ทั้งนี้แต่ละแบบทดสอบก็จะมีจุดติจุดต่อความจำเพาะและความไวต่างกัน รวมถึงเรื่องของระดับการศึกษาที่อาจจะเป็นตัวกวนของค่าคะแนนที่ผู้ป่วยจะทำได้เช่นกัน

หากมีเวลาไม่พอในการตรวจ TMSE, MOCA ในกรณีที่สงสัยปัญหาสมองเสื่อมร่วมด้วย อาจใช้แบบคัดกรองง่าย ๆ ที่ใช้เวลาสั้น ๆ ที่สามารถทำได้ในคนที่อ่านหนังสือไม่ออกหรือมีการศึกษาน้อย เช่น Mini-Cog<sup>(36)</sup> คือ การให้ผู้ป่วยจำคำ 3 คำ (delayed recall) และวาดรูปหน้าปัดนาฬิกา (clock-drawing test) โดยหากเสียทั้งสองอย่างมักมีปัญหาปรีชาปัญญา หรือสมองเสื่อมร่วมด้วย แต่หากเสียเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งอาจต้องให้ทดสอบเรื่องมิติสัมพันธ์ต่อ (spatial ability) เพื่อดูว่ามีปัญหาสมองเสื่อมร่วมด้วยหรือไม่ หรือเสียเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งของพุทธิปัญญา (cognitive domain)

อย่างไรก็ดีในการตรวจคัดกรองของแบบทดสอบบางประเภท มักไม่ได้รวมการตรวจประเมินด้าน frontal-subcortical functioning เข้าไปด้วย เช่น TMSE หรือ MMSE-Thai ซึ่งวงจรของ dorso-lateral prefrontal cortex (DLPFC) หรือที่แพทย์ผู้ตรวจมักเรียกโดยย่อว่า “frontal testing” ซึ่งจริง ๆ แล้วจะไม่ใช้เพียงส่วนของ frontal lobe (DLPFC) เท่านั้น แต่จะรวมถึงส่วนของ basal ganglia, thalamus และ white matter tract ในส่วนของ subcortical ด้วย ซึ่งผลตรวจที่ได้มักคาบเกี่ยวผลตรวจที่ผิดปกติ ไม่ได้จำเป็นต้องเสียเฉพาะส่วนของ DLPFC เท่านั้น ส่วนวิธีการตรวจในโดเมนนี้ที่สำคัญ ได้แก่ การให้ผู้ป่วยวาดภาพนาฬิกา (clock drawing test)<sup>(37)</sup> ซึ่งจะทดสอบได้ทั้ง executive และ visuospatial functioning และ

การทดสอบให้ผู้สูงอายุบอกคำที่ขึ้นต้นด้วย ก หรือ ส หรือ อ (F words) ให้ได้มากที่สุดภายใน 1 นาที โดยไม่นับคำซ้ำ ที่เป็นชื่อคนหรือชื่อจังหวัด โดยค่าปกติมาตรฐานที่ควรทำได้จะประมาณ 14 คำขึ้นไปในผู้สูงอายุไทย และต่อมาทดสอบให้ผู้ป่วยสูงอายุบอกชนิดของสัตว์ หรือ ผลไม้ไทย ให้ได้มากที่สุดภายใน 1 นาที โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (alzheimer disease) จะสามารถนึกคำขึ้นต้นด้วยอักษรได้มากกว่าชนิดของสัตว์ แต่ในสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) หรือสมองเสื่อมชนิดอื่น ๆ ที่เสียที่ frontal-subcortical functioning นั้นจะทำคะแนนด้านการบอกชนิดของสัตว์ (animal words) ได้ดีกว่าการนึกคำขึ้นต้นด้วยตัวอักษร หากผู้ป่วยสูงอายุนึกชื่อสัตว์ได้น้อยกว่า 15 คำก็ให้สงสัยว่า ผู้ป่วยมีโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ไว้ด้วย เนื่องจากมีงานวิจัยของต่างประเทศที่สรุปว่าผู้ที่ทำคะแนนได้น้อยกว่า 15 คำใน animal words จะมีโอกาสเป็นโรคมามากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 20 เท่า<sup>(38)</sup>

การทดสอบการลากเส้นต่อตามลำดับตัวเลข (trail making) โดยหากเป็นแต่เฉพาะตัวเลข คือ trails A และหากมีตัวเลขสลับกับตัวอักษรโดยให้ผู้ทดสอบลากสลับกันไปโดยให้มากขึ้นตามลำดับจะเรียกว่า trails B โดยที่คะแนนของ trails B-trails A = “executive score”<sup>(39)</sup> นอกจากนั้นผู้ตรวจควรใช้ frontal assessment battery (FAB)<sup>(40)</sup> ร่วมกับการตรวจเพื่อประโยชน์ทางคลินิก เช่น การตรวจความเหมือนความต่าง (abstract thinking) การทดสอบ Go-No-Go และ hand Luria maneuver และตรวจ frontal releasing signs นอกจากนั้นปัญหาของความจำที่เสียมักจะเป็นลักษณะการดึงมาใช้ไม่ได้ แต่พอใบ้จะสามารถตอบได้ถูก (retrieval deficit) ซึ่งหากพบร่วมกับการเสียของ attention concentration และ working memory (ACWM) จะบ่งชี้ถึงปัญหาของ frontal-subcortical functioning

## การตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจทางระบบประสาท

ควรตรวจร่างกายทุกระบบ รวมถึงระบบประสาทให้ครบถ้วน และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสมควร ตามแนวทางการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นมาตรฐานในผู้สูงอายุของสำนักงานประกันสุขภาพ และการทบทวนประวัติการรักษาเก่า ทบทวนเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง และมองปัญหาปัจจุบันด้วยจะเป็นประโยชน์มากกับการดูแลผู้ป่วยแบบครอบครัว โดยพิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ ในผู้สูงอายุอายุทุกรายที่มีปัญหาสมองเสื่อม มีอาการผิดปกติของทางจิตเวช มีโรคทางระบบประสาทเกิดขึ้นใหม่ มีอาการชัดเจนที่ไม่เคยพบมาก่อน หรือมากขึ้นกว่าเดิมมาก เช่น มีภาวะสับสน เพ้อ ซึม หรือการรู้คิดถดถอยลงชัดเจน และเฉียบพลัน และหรือมีอาการทางกายอื่น ๆ ที่ผิดปกติ เช่น มีไข้ ไอ ปวดท้อง อุบัติเหตุ และการได้รับยาบางชนิด สารพิษ หรือสารเสพติดในช่วงใกล้ ๆ กับที่มีอาการผิดปกติ

## การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสีวิทยา

หลักการของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ การที่แพทย์จะต้องตรวจค้นหาเหตุทางกายที่รักษาได้ (treatable causes) และไม่จำเป็นต้องส่งตรวจกวาดไปทุกชนิด แต่การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานนั้นก็จำเป็น เพราะว่ามีปัญหา systemic medical disorders ก็อาจทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการนำด้วยอาการทางจิตเวชได้ โดยเฉพาะหากผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติจิตเวชมาก่อน ไม่เคยมีปัญหาโรคทางกายที่ชัดเจน และ/หรือไม่เคยตรวจมาก่อน หรือมีข้อสงสัยให้เห็นว่ามีภาวะความเปราะบางสูง (frailty) ยิ่งทำให้ต้องหาเหตุ และส่งตรวจเพิ่มเติม และควรปรึกษาแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์อายุรกรรม ควรปรึกษาแพทย์อายุรกรรม

ระบบประสาทหากผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาบางชนิดก็จำเป็นที่จะต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมที่จำเพาะต่ออาการหรือยานั้น เช่น การตรวจระดับของยาในเลือด หรือในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาต้านโรคจิตชนิด typical มานาน ๆ อาจต้องส่งตรวจระดับ prolactin และ/หรือผู้ป่วยที่แพทย์ตั้งใจจะเริ่มการรักษา ก็ควรมีการส่งตรวจที่จำเพาะ เช่น การส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนให้ยาทางจิตเวช หรือยารักษาสมองเสื่อม เช่น antipsychotic หรือ cholinesterase inhibitor ตัวอย่างอาการแสดง ภาวะโรคที่ต้องนึกถึง และการส่งตรวจเพิ่มเติม แสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2.** ตัวอย่างของอาการแสดงในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ และภาวะโรคที่ต้องนึกถึง และการส่งตรวจเพิ่มเติม

อาการแสดง	ภาวะที่ต้องนึกถึง	การส่งตรวจเพิ่มเติม
ไม่มีเรี่ยวแรง ซึมเศร้า เบื่ออาหาร	Anemia Malnutrition	CBC, albumin
ซึมเศร้า ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักขึ้น (+) ผู้ป่วยรับประทานยาลิเทียม	Hypothyroid	TSH
ปัญหาด้านปรีชานปัญญา/ สมองเสื่อม	Hypo/hyperthyroidism & parathyroidism Vitamin deficiencies  Cerebrovascular event  Neurocognitive disorder	TSH PTH, calcium B12, folate, B1 25-hydroxy vitD Neuroimaging Neuroimaging, LP for CSF Biomarkers if possible
กระสับกระส่าย (akathisia)	Restless legs syndrome Iron deficiency	Ferritin
ปัญหาวงจรการนอนผิดปกติ ง่วงนอน ช่วงกลางวันมากเกินไป อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ	Sleep apnea	Polysomnography
New onset mania or behavioural change, disinhibition	Hyperthyroidism Frontotemporal dementia Cerebrovascular event Anemia due to B12 deficiency	TFT MRI brain CT/MRI/MRA B12 level
Suspected drug abused	History of drug abused	Screening for specific drug if alcohol; GGT and LFT

TFT: thyroid function test, CBC: complete blood count, TSH: thyroid-stimulating hormone, CSF: cerebrospinal fluid, MRI: magnetic resonance imaging, CT: computed tomogram, MRA: magnetic resonance angiogram, LFT: liver function test, GGT: gamma glutamyl transferase, LP: lumbar puncture

## การประเมินปัญหาด้านจิตสังคม และปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่จำเป็น

ในการประเมินปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดที่ผิดปกติที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น ก็มีความสำคัญเช่นกันเพื่อให้การประเมินนั้นครอบคลุม สิ่งแรกที่ต้องทราบ คือ การเข้าใจผู้ป่วย ประวัติความเป็นมาของผู้ป่วย เดิมเป็นบุคคลอย่างไร มีพื้นฐานลักษณะนิสัย การประกอบอาชีพ มุมมอง ค่านิยม และสังคมเป็นมาอย่างไร โดยยึดหลักทำความเข้าใจในตัวบุคคลนั้น ๆ และเมื่อเกิดปัญหาผู้ป่วย เคยจัดการอย่างไรในอดีต เคยมีประวัติกระทบกระเทือนทางจิตใจ (psychic trauma) โดยเฉพาะประวัติ ในวัยเด็ก หรือมีประวัติเดิมเป็นโรคจิตเวชมาก่อนหรือไม่ (previous mental health problems) ล้วนแล้ว แต่สำคัญอย่างยิ่งในการประเมินปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่แนวทางในการรักษา ให้ครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม ในด้านจิตสังคม

ประเด็นเรื่องบุคลิกภาพเดิมก่อนที่จะป่วย (premorbid personality) ก็มีความสำคัญต่อการเกิด ปัญหาพฤติกรรม และช่วยเป็นแนวทางในการเข้าหาสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้เช่นกัน เนื่องจาก บุคลิกภาพ นั้นเป็นลักษณะจำเพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งมุมมองในการใช้ชีวิต การมองโลก อารมณ์ ทัศนคติ ความคิดเห็น ความภาคภูมิใจของผู้ป่วย หรือปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นนั้นมีความสำคัญ แม้ว่าบุคลิกภาพนั้นสามารถเปลี่ยนแปลง ได้ตามเวลา แต่แก่นแท้ หรือส่วนลึกของตัวบุคคลนั้น มักจะยังคงอยู่ แม้ว่าผู้นั้นจะป่วยเป็นสมองเสื่อมแล้ว ก็ตาม ซึ่งปัจจัยเรื่องบุคลิกภาพนี้ เป็นผลรวมจากหลาย ๆ อย่างประกอบเข้าด้วยกันเป็นบุคคลคนหนึ่ง มากน้อยต่างกัน เช่น ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ค่านิยมของครอบครัว วัฒนธรรมและสังคม แต่ในสมองเสื่อมบางชนิดก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่ต่างไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิงได้ ในบางราย เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อมชนิดสมองส่วนหน้าและกลีบขมับ (frontotemporal dementia) ซึ่งบุคคลใกล้ชิดมักพบว่า ผู้ป่วยมีนิสัยใจร้อน รอไม่ได้ ก้าวร้าว หรือเมีนเฉยโดยอาจจะต่างจากบุคลิกเดิมไป ได้มาก อย่างไรก็ตาม การที่มองว่าผู้ป่วยเป็นปัญหาบุคลิกภาพอยู่เท่าเดิม ก็อาจมีข้อเสียตรงที่กลายเป็น สร้างตราบาปให้กับผู้ป่วย รวมถึงสร้างอคติในผู้ดูแล และทีมดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน ทั้งนี้การที่มีข้อมูลเรื่อง บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย ใช้มาเป็นปัจจัยประกอบในการทำความเข้าใจผู้ป่วยและวางแผนการดูแลรักษา จะเป็นประโยชน์และทำให้การทำความเข้าใจต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยนั้นง่ายขึ้นได้ ซึ่งก็ควรประเมิน สอบถามหลายทาง ทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และคนที่รู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี นอกจากนี้การที่ทราบว่าการตอบสนอง ต่ออุปสรรคหรือความเครียดนั้นผู้ป่วยเคยจัดการอย่างไร ซึ่งอาจมีทั้งการจัดการที่ดี และการจัดการที่ไม่ เหมาะสม ก็จะทำให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยเคยมีประวัติที่มีบาดแผลทางจิตใจ หรือเคย ถูกกระทำ หรือไม่ ทั้งแบบเฉียบพลัน เรื้อรัง หรือแบบซับซ้อน (acute, chronic, complex trauma history) ซึ่งในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติถูกทำร้ายนั้น การมีบาดแผลทางจิตใจมาก่อน อาจจะถูกกระตุ้นความรู้สึกนั้นกลับมา ได้อีกจากเหตุบางอย่าง เช่น กระตุ้นความรู้สึกกลัว เมื่อต้องถูกทำหัตถการเป็นต้น หรือตื่นตกใจง่ายเมื่อ ได้ยินเสียง หรือกลิ่นบางอย่างได้เช่นกัน โดยหากผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นเคยมีประวัติ PTSD มาก่อนก็อาจทำให้ กลับมามีอาการ หรือเป็นมากขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยเป็นสมองเสื่อม<sup>(41)</sup> และอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมวุ่นวาย ตื่นกลัว ได้ ดังนั้นการซักประวัติ ประวัติการบาดเจ็บ หรือมีบาดแผลทางจิตใจ ความรุนแรงในครอบครัวที่ผ่านมาตั้งแต่ วัยเด็ก การประสบอุบัติเหตุ ภัยอันตรายคุกคาม หรือประสบภัยธรรมชาติ ก็มีความสำคัญในการประเมิน และ

นำไปสู่การวางแผนการดูแลจัดการผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ส่วนการดูแลเบื้องต้นนั้น ควรทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยสบาย และจัดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ตามที่ผู้ป่วยทำได้และสนใจ และหลีกเลี่ยงการทำให้ผู้ป่วยเกิด retraumatized หรือกระตุ้น traumatic escalation ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่เคยถูกละเลยทอดทิ้ง และกักการถูกทอดทิ้ง อาจจะอาละวาด หรือเกิดอาการตื่นตระหนก เมื่อผู้ดูแลพาไปสถานบำบัด หรือกรณีต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพราะกลัวจะถูกปล่อยทิ้งไว้เป็นต้น ดังนั้นความเข้าใจปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น จำต้องมองจำเพาะแต่ละบุคคล เนื่องจากแต่ละคนก็มีประสบการณ์ในชีวิต มุมมองค่านิยม การเลี้ยงดู ที่ต่างกัน โดยการทบทวนประวัติโรคทางกาย โรคทางจิตเวช ประวัติการที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือน ปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาการเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐฐานะ หรือเป็นโรคจิตเวชเดิม เช่นโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท และโรคบุคลิกภาพผิดปกติ ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญในการนำมาประกอบเป็นข้อมูลในการวางแผนการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

## การประเมินบทบาทความสามารถ และการช่วยเหลือผู้ดูแลครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม และให้การสนับสนุนทีมรักษา

การประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ระดับความสามารถในการจัดการให้ความรู้ความเข้าใจ ปรับทัศนคติ เพิ่มทักษะในการดูแลสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งกับผู้ดูแลและครอบครัวชุมชน นั้นมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะปัญหาที่พบได้บ่อยคือ ปัญหาผู้ดูแลเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หหมดไฟ หรือคาดหวังที่ไม่เป็นจริงกับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมเอง และผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ ทีมแพทย์ผู้รักษาจึงต้องประเมินปัญหาและความเสี่ยงต่าง ๆ ควรเตรียมเป็นทีมผู้รักษาและผู้ดูแล ร่วมมือกันวางแผนเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้เกี่ยวข้องของผู้ป่วยต่อไป โดยในการประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น มีหลายระดับ ตั้งแต่ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง หรือครอบครัว กรณีที่อยู่ที่บ้าน หรือทีมเจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลในสถานบำบัดระยะยาว ซึ่งเน้นการจัดการโดยมีวิธีการแบบแผนที่เหมาะสมจำเพาะกับผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละรายไป ซึ่งมักได้ผลดี ทั้งยังช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ โดยรูปแบบของการจัดการที่มีผู้ดูแลและญาติมีส่วนร่วมมักจะได้ผลดีกับตัวผู้ป่วย และหากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่ดีกับตัวผู้ป่วยสมองเสื่อม จะเป็นปัจจัยด้านบวกในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เมื่อภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตกอยู่กับผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นกุญแจสำคัญในการจัดการ เพราะปัญหาภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีความซับซ้อนทั้งในด้านร่างกาย การจัดการความเป็นอยู่ การจัดการปัญหาทางอารมณ์ หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังนั้นควรมองเห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย โดยต้องประเมินและให้การช่วยเหลือทั้งปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิตใจ ควรจัดการกับภาวะเหนื่อยหน่าย หหมดไฟ ในผู้ดูแล เพราะโดยมากปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อให้เกิดปัญหา เครียด รำคาญใจ เหนื่อยหน่าย ให้กับผู้ดูแล มักจะเป็นปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว กรีดร้อง หรือทำร้ายร่างกาย วุ่นวาย เข้าซี้ การขัดขืนไม่ให้ความร่วมมือในเรื่องต่าง ๆ ทั้งในการดูแลกิจวัตรประจำวัน หรือ

การรับประทานยา การเดินเล่นพักผ่อน ไม่ยอมนอน มีความคิดหลงผิด หวาดระแวง อารมณ์ขึ้นลงผิดปกติ ทั้งนี้จะทำให้ผู้ดูแลเครียด ไม่ได้พักผ่อนเพียงพอ ไม่ได้พบปะเพื่อนฝูง ไม่มีเวลาของตัวเอง มีคุณภาพชีวิตแย่ลง หากเป็นนาน ๆ ทำให้เกิดความเครียดสะสม มีภาวะเหนื่อยหน่าย หดเหี่ยว มีอารมณ์โกรธ คับข้องใจต่อตนเอง หรือต่อการดูแลผู้ป่วยต่อไป อาจมีปัญหาอื่นไม่หลับ ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลในผู้ดูแลได้ ทั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์เก่าก่อนและความสัมพันธ์ปัจจุบันกับตัวผู้ป่วย และความยากง่ายในการดูแลด้วย ในขณะที่เดียวกัน ท่าทีและการตอบสนองของผู้ดูแล ก็มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเช่นกัน การที่ผู้ดูแลต้องตกอยู่ในภาวะความเครียดนาน ๆ จะส่งผลต่อร่างกาย และพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ดูแลได้ ดังนั้นจึงต้องประเมินภาวะเหนื่อยหน่าย หดเหี่ยว ในผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver burden) ด้วย

### การจัดการกับปัญหาประสาทจิตเวชศาสตร์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD management)

เมื่อประเมินระดับของปัญหาพฤติกรรม ความถี่ ผลกระทบ ความเสี่ยง วิธีการที่เคยจัดการ และปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ครอบคลุมแล้ว จะพอทำให้ทีมผู้รักษาเข้าใจภาพรวม เห็นสาเหตุของแต่ละปัญหา และสามารถวางแผนการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย โดยแก้ไขไปตามแต่ละปัจจัย เพราะทุกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมล้วนมีความหมายทั้งสิ้น

หากพบว่าสาเหตุของปัญหา BPSD ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นปัจจัยจากปัญหาเรื่องโรคทางกายที่เกิดขึ้น ความเจ็บปวด ภาวะสับสน เพ้อ ฯลฯ (acute medical conditions) ก็ควรจัดการโดยเร่งด่วน หากเห็นปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม (unmet needs) ก็ควรตอบสนองจัดการอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย และบริบท หากเป็นจากการที่ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นที่มากหรือน้อยเกินไปจากสิ่งแวดล้อม (overstimulation vs. under-stimulation) ก็ควรจัดกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมมีขีดจำกัดความอดทนต่อความเครียดไม่เท่าเดิม (lower stress threshold) และจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้น และอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย เช่น ปัญหาบุคลิกภาพเดิม การมีโรคจิตเวชอยู่เดิม โดยผสมรวมหลายปัจจัย ปัจจัยเรื่องผู้ดูแลก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาและการจัดการกับปัญหาเช่นกัน โดยผู้ดูแลร่วมกับทีมผู้รักษาเป็นกุญแจสำคัญในการเชื่อมโยงไปสู่การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยด้วยได้เช่นกัน ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาความเครียดสูง มีภาวะหมดไฟในการดูแลผู้ป่วย (caregiver burnout) ก็ส่งผลต่อการดูแลจัดการผู้ป่วยให้ยากขึ้นด้วยเช่นกัน โดยอาจทำให้การวางแผน การรักษา และการไปปฏิบัติใช้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร ดังนั้นจึงควรใส่ใจปัญหาความเครียดของผู้ดูแลด้วย นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องสิ่งแวดล้อมที่อาจไม่เหมาะสมเป็นตัวกระตุ้นผู้ป่วยได้ (environmental triggers) ซึ่งเรื่องเล็กน้อยในชีวิตประจำวันก็อาจทำให้เกิดปัญหาความเครียดมาก เกิดความวิตกกังวล หรือเกิดปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมรุนแรงได้มากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อหน้าที่ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้เป็นเพราะภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ป่วยมีขีดความอดทนต่อความเครียดกดดันลดลงไปจากเดิมและความสามารถในการแก้ปัญหาได้ไม่เท่าเดิม อาทิ การเปลี่ยนเรื่องที่อาจมองว่าเล็กน้อย เช่น เรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน

การเปลี่ยนสถานที่อยู่อาศัย อาจกระตุ้นให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ดังนั้นในการรักษา ปัญหาพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น การแก้ไขไม่ได้มีเพียงแนวทางตรงทางเดียว หรือแนวทางเหมือนกันทุกราย จำเป็นต้องวิเคราะห์ปัญหา ประเมินความรุนแรง และจัดการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละราย ซึ่งในภาพรวมจะแบ่งการจัดการและการรักษาเป็น กลุ่มการรักษาแบบที่ไม่ใช้ยา (non pharmacological treatments) และการใช้ยา (pharmacological treatments) โดยตามคำแนะนำของหลายสถาบัน มักแนะนำให้ใช้วิธีการที่ไม่ใช้ยาเป็นลำดับแรก แต่อย่างไรก็ดีในทางเวชปฏิบัติก็เป็นไปได้ยากที่จะให้การรักษาด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาเพียงอย่างเดียว เนื่องจากผู้รักษาจำเป็นต้องใช้ทักษะในการวิเคราะห์หาสาเหตุ และวางแผนวิธีการจัดการ และการติดตามผล ที่จำเพาะเหมาะสมต่อบุคคลด้วย อย่างไรก็ตามการใช้ยาในการปรับพฤติกรรมนั้นยังไม่ค่อยมีหลักฐานชัดเจนว่า จะทำให้อาการปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นหายไปได้สิ้นซาก รวมทั้งมีปัญหาเรื่องของผลข้างเคียงจากยาที่จำเป็นต้องคำนึงถึงด้วยเช่นกัน ดังนั้นแม้ว่าจะรักษาด้วยยาที่จำเป็นต้องใช้การรักษาแบบที่ไม่ใช้ยาควบคู่กันไปด้วยเสมอ ทั้งนี้การรักษาโดยไม่ใช้ยาจำเป็นต้องมาก่อน และมีร่วมด้วยเสมอในทุกกรณี โดยอาจจะร่วมกับการใช้ยาก็ได้<sup>(42)</sup>

### การรักษา BPSD แบบที่ไม่ใช้ยา (non pharmacological treatment)

ในการรักษาปัญหา BPSD โดยการไม่ใช้นั้นมีหลากหลายรูปแบบ โดยแบ่งตามกลุ่มเป้าหมายได้ดังนี้ 1. วิธีการจัดการการรักษาแบบไม่ใช้ยาสำหรับตัวผู้ป่วยสมองเสื่อม 2. การจัดการให้ความรู้ฝึกทักษะวิธีการจัดการกับผู้ดูแล ญาติ และครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเน้นทั้งปรับทัศนคติในการดูแล ทักษะความรู้ความเข้าใจในการตอบสนอง และจัดการกับปัญหาอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยสมองเสื่อม 3. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

การบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม (intervention targeting the person with dementia) มีหลายรูปแบบ การสื่อสารเพื่อให้เกิดการบำบัดในแต่ละรูปแบบต้องใช้วิธีการเข้าหาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เช่น การสื่อสารกับผู้ป่วยโดยไม่เข้าหาจากทางด้านข้าง ควรสบตาและอยู่ตรงหน้าระดับสายตาของผู้ป่วย ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยสนใจ เพื่อที่จะสื่อสารให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม ภาษาที่ใช้ควรชัดเจน ทั้งคำพูดและภาษาทางกาย ต้องเจือด้วยความโอบอ้อมอารีเข้าใจผู้ป่วย และใช้น้ำเสียงที่เหมาะสมสำหรับพูดคุยกับผู้ใหญ่ ซึ่งจะทำให้การจัดการปัญหาพฤติกรรม และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ได้ผลดี ในการรักษาด้วยการไม่ใช้ยาในผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อจัดการปัญหาพฤติกรรม อารมณ์นั้น มีหลากหลายวิธี ยกตัวอย่างเช่น การบำบัดเน้นให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส เช่น การนวด การใช้น้ำมันหอมระเหย การใช้ศิลปะบำบัด การใช้เสียงเพลง เป็นต้น การบำบัดเรื่องของการเพิ่มทักษะในการสื่อสาร การบำบัดพฤติกรรมโดยตรง หรือการจัดกิจกรรมที่มีรูปแบบแบบแผน การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และการให้ความรู้ทักษะในการจัดการแก้ปัญหากับผู้ดูแลและทีมผู้รักษา<sup>(43)</sup> โดยมีรายละเอียดดังนี้

**Reality orientation (ROT)** จัดอยู่ในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเป็นการฝึกบำบัดโดยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลให้ถูกต้อง ให้อยู่กับปัจจุบันตามความเป็นจริง โดยอาจทำเป็นกลุ่มหรือเฉพาะบุคคล โดยจะลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ และสามารถ

ชะลอปัญหาเรื่องการรู้คิดที่เสื่อมถอยลง โดยมากควรจัดกิจกรรมเป็นรายวัน จุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นผู้ป่วยให้รับรู้วัน เวลา สถานที่ อย่างต่อเนื่อง ตามความเป็นจริง พบว่าการใช้วิธี 24 ชั่วโมง (24-hour method) ได้ผลดีกว่า<sup>(44)</sup>

**Schedule activities** การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโดยจัดรูปแบบที่ชัดเจน โดยมีแบบแผนเป็นกิจวัตร (schedule or routines activities) จะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง และลดปัญหาการว่างมากเกินไป หรือการถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมมากเกินไปได้ เน้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมตามเวลา<sup>(45)</sup> ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และได้ทำกิจกรรมที่มีความหมาย (meaningful activities) หรืออาจทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสนุกเพลิดเพลินกับตัวผู้ป่วย (recreational activities) ซึ่งจะส่งเสริมการทำงานของสมอง และทักษะในการสื่อสาร การเข้าสังคม เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ด้วย และสามารถลดอาการกระสับกระส่าย ซึ่งกิจกรรมอาจจะทำอะไรก็ได้ที่ผู้ป่วยถนัดหรือสนใจ เช่น การหันเหความสนใจของผู้ป่วยที่กำลังหงุดหงิดกระสับกระส่ายให้ไปเดินในสวน การวาดรูป การทำงานศิลปะ การทำงานฝีมือ การทำอาหาร การเล่นเกม การเล่นกับสัตว์เลี้ยง เป็นต้น<sup>(46-48)</sup>

**Reminiscence therapy** การบำบัดโดยเน้นการระลึกถึงความทรงจำที่ดีในอดีต ซึ่งเป็นที่นิยมในผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองเสื่อม โดยเป็นการจัดกิจกรรมบำบัดจากการทบทวนระลึกถึงความหลังของผู้ป่วย เน้นพูดคุย หรือมีกิจกรรม หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยรำลึกถึงเหตุการณ์ หรือประสบการณ์ที่ดีที่เคยผ่านมา เช่น อาจมีรูปภาพ และมีความหมายต่อตัวผู้ป่วยในอดีต เพื่อกระตุ้นความรู้สึก ความทรงจำที่ดี ส่งเสริมคุณค่าและพลังด้านบวกต่อตนเอง ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยได้แบ่งปันประสบการณ์ที่ดีของตนเองในอดีต สามารถระลึกและถ่ายทอดให้กับผู้อื่นได้ จะช่วยกระตุ้นความจำ และทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อื่นดีขึ้น มีการศึกษาพบว่าการบำบัดชนิดนี้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีปัญหาอารมณ์ซึมเศร้า วิดกกังวล แต่อาจไม่ได้ผลชัดเจนในปัญหาพฤติกรรมอื่น<sup>(49)</sup>

**Validation therapy** การบำบัดโดยการหาความหมายของพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ซึ่งเชื่อว่าทุกพฤติกรรมที่แสดงออกมัล้วนแล้วแต่มีความหมายอยู่ทั้งสิ้น โดยเกิดจากปมในอดีตที่ไม่สามารถแก้ไขหรือก้าวข้ามผ่านไปได้ ซึ่งการทำความเข้าใจความหมายที่แฝงอยู่ในพฤติกรรมเหล่านั้นจะช่วยให้แก้ปัญหที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบันของผู้ป่วยได้ และทั้งยังช่วยลดความทุกข์ทรมานใจของผู้ป่วยที่เก็บมาเป็นเวลานานได้ด้วย<sup>(50)</sup>

**Simulated presence therapy** จุดประสงค์ของการบำบัดชนิดนี้เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม และลดความเครียดวิตกกังวล โดยสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสถานบำบัดอาจไม่คุ้นชิน โดยอาจจัดทำวิดีโอ หรืออัดเสียงที่เป็นลักษณะเสมือนว่า ผู้ดูแล ญาติ คนที่ผู้ป่วยสนิท กำลังพูดคุยโต้ตอบกับผู้ป่วย โดยอาจเป็นเสียงสนทนา หรือเป็นการพูดเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ ซึ่งขึ้นกับบริบทของผู้ป่วยด้วย และเปิดให้ผู้ป่วยฝึกการสนทนาหรือโต้ตอบ ทั้งนี้ก็อาจช่วยลดปัญหาความวิตกกังวล หรือความเหงาไปได้บ้าง อย่างไรก็ตามก็ยังมีบางการศึกษาแย้งว่าอาจทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมแย่ลงได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อมรุนแรง<sup>(51)</sup>

**Aromatherapy** เป็นการบำบัดด้วยการกระตุ้นประสาทสัมผัส โดยใช้น้ำมันหอมระเหย สามารถลดความวิตกกังวล ความหงุดหงิด ร้อนรนของผู้ป่วย โดยอาจใช้เป็นรูปแบบ ทา สูดดม ผสมน้ำอาบ นวด และ

มีหลากหลายกลืนพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้<sup>(52)</sup>

**Massage therapy** การบำบัดด้วยการนวด การนวดฝ่ามือหรือฝ่าเท้า การสัมผัสที่เหมาะสม เน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย โดยการนวดที่เหมาะสมสามารถลดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้<sup>(53)</sup>

**Acupuncture** การบำบัดด้วยฝังเข็ม ก็เป็นการบำบัดอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งแม้อาจใช้ไม่ได้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกราย รวมทั้งไม่ได้มีผลงานวิจัยรองรับในการดูแลสมองเสื่อม ทั้งนี้การฝังเข็มเป็นที่นิยมมากขึ้นในผู้ที่รักษาด้วยแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) ในผู้ป่วยบางรายอาจได้ผลดีในเรื่องของการบรรเทาให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และสบายขึ้นจากการที่มีกล้ามเนื้อหดเกร็ง แต่อาจเพิ่มความกลัววิตกกังวลในผู้ป่วยได้เช่นกัน<sup>(54)</sup>

**Snoezelen** เป็นการรักษาบำบัดโดยให้ผู้ป่วยเข้าไปในห้อง Snoezelen โดยเป็นห้องที่ประกอบไปด้วยสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นประสาทสัมผัสในหลาย ๆ ด้าน ของผู้ป่วย เช่น แสง สี พื้นผิวสัมผัสที่แตกต่างกัน และกลิ่น โดยมีดนตรีและอโรมา เพื่อกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสของผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กัน (**multisensory stimulation, MSS**) อย่างไรก็ตามการใช้ห้อง Snoezelen อาจไม่ได้ผลในผู้ป่วยสมองเสื่อมบางราย โดยเฉพาะรายที่อาการเป็นรุนแรงมาแล้ว พบว่าการบำบัดด้วยการกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสของผู้ป่วยหลาย ๆ อย่างนั้นช่วยลดการสับสนของผู้ป่วยได้ แต่จะไม่ลดอาการทางจิต อาการก้าวร้าวที่รุนแรง จึงไม่แนะนำสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในขั้นอาการรุนแรงแล้ว<sup>(55, 56)</sup>

**Light therapy** การรักษาด้วยแสงสว่าง ทั้งนี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมักมีปัญหาสับสนตอนเย็น ๆ (sundowning) และมีปัญหาเรื่องวงจรการนอนที่ผิดปกติไป (sleep disturbance) มักเป็นปัญหาที่สร้างความลำบากในการดูแล ซึ่งการใช้การบำบัดด้วยแสงสว่างนั้นจะช่วยลดอาการเหล่านี้ได้ ช่วยปรับวงจรการนอนให้กลับมาสู่ปกติ โดยแสงสว่างจะมีผลต่อสารเมลาโทนินที่ช่วยเรื่องการนอน การบำบัดทำโดยเปิดหลอดไฟให้ความเข้มของแสงอยู่ที่ 2,000-10,000 ลักซ์ โดยให้ผู้ป่วยได้โดนแสงนานครั้งละ 30-120 นาที ซึ่งในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เคยมีปัญหาซึมเศร้าตามฤดูกาล (seasonal depression) ก็จะตอบสนองดีกับการรักษาด้วยแสงสว่างนี้<sup>(57)</sup>

**Music therapy** ดนตรีบำบัด การที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการบำบัดด้วยเสียงดนตรีที่ตนเองชอบ อาจจะเป็นเพลงบรรเลงหรือเพลงสวดมนต์ก็ได้เช่นกัน สามารถลดความรู้สึกรุนแรง วิตกกังวล กระสับกระส่าย หงุดหงิด ก้าวร้าวได้ ซึ่งอาจไม่ได้อธิบายได้ด้วยกลไกทางสมองว่าดนตรีมีผลอย่างไร แต่การบำบัดด้วยดนตรีสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายผ่อนคลาย และลดปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้ อย่างไรก็ตามก็อาจใช้ไม่ได้ผลในผู้ป่วยบางราย<sup>(58)</sup>

**Physical activities or exercise** การจัดกิจกรรมทางร่างกายหรือการออกกำลังกาย เป็นประโยชน์มากในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม โดยการที่ผู้ป่วยได้ฝึกเดิน มีกิจกรรมทางร่างกาย ไม่นิ่ง ๆ นอน ๆ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งสุขภาพกายที่ดีขึ้นด้วย ทั้งนี้พบว่า การออกกำลังกาย หรือการที่มีกิจกรรมทางร่างกายจะเป็นปัจจัยส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยสมองเสื่อม และช่วยเรื่องการจำกัดการเคลื่อนไหวที่นำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ เช่น ข้อติด การที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ดี เดินทรงตัวได้เอง มีความแข็งแรงของ

กล้ามเนื้อ จะเป็นปัจจัยป้องกันอันตรายจากการหกล้ม และช่วยเรื่องอารมณ์ จิตใจ และลดความกระสับกระส่าย วิตกกังวลในผู้ป่วยได้ด้วย ทั้งนี้ในการจัดกิจกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม ควรจัดทำทางและกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และควรป้องกันระวังการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายด้วย<sup>(59)</sup>

**Cognitive stimulation** การบำบัดวิธีนี้เน้นการฝึกการกระตุ้นสมอง และการรู้คิด โดยผ่านกิจกรรมหลากหลายที่มีความหมาย โดยอาจจัดเป็นกิจกรรมรายบุคคลหรือเป็นกิจกรรมกลุ่มก็ได้ โดยจะกระตุ้นสมรรถภาพของสมองของผู้ป่วยได้ในหลาย ๆ ส่วนขึ้นกับกิจกรรม เพิ่มส่งเสริมทักษะทางสังคม ปรับอารมณ์ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยในกลุ่มการบำบัดฝึกกระตุ้นสมองนี้ ซึ่งอาจรวม reality orientation เช่น ฝึกบำบัดโดยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลให้ถูกต้อง และอยู่กับปัจจุบันตามความเป็นจริง เช่น กิจกรรมอ่านหนังสือพิมพ์ กิจกรรมบำบัดด้วยการระลึกความหลัง ศิลปะบำบัด เช่น การวาดรูป ระบายสี การทำงานศิลปะ การจัดงานฉลองตามเทศกาล การเล่นเกมต่าง ๆ เกมไพ่ เกมทายคำ เกมเศรษฐี โดยสามารถปรับให้เหมาะสมกับบุคลิก ความสนใจ วัฒนธรรม และค่านิยมของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้กิจกรรมเหล่านี้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยได้มากในผู้ป่วยที่มีสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง นอกจากนี้มีการทำบำบัดที่จำเพาะลงไปอีกคือ การฝึกทักษะสมรรถภาพของสมองตามที่บกพร่อง (cognitive training) ซึ่งจะช่วยให้สมรรถภาพสมองในด้านที่ฝึกฝนบำบัดนั้นดีขึ้น โดยจัดกิจกรรมที่จำเพาะต่อปัญหา และด้านที่เสีย เช่น หากมีอาการหลงลืมจากการเสีย working memory หรือ attention ก็จะมีการใช้เทคโนโลยีเข้าช่วยในการฝึกสมาธิเพิ่มของผู้ป่วยในรูปแบบของการเล่นเกม อาจมีการตรวจวัดคลื่นสมองในขณะที่ผู้ป่วยทำ tasks นั้นๆ การบำบัดอีกประเภทคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (cognitive rehabilitation) โดยเน้นการฟื้นฟูในส่วนของสมรรถภาพที่เสียไปของผู้ป่วย รวมถึงหน้าที่การดูแลที่เคยทำได้ด้วย โดยอาจจัดฝึกเป็นกิจกรรมในการช่วยเหลือดูแลตนเองในส่วนที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่สมรรถภาพบกพร่องไปในด้านนั้น ๆ เช่น การหลงทิศทาง การฝึกให้ผู้ป่วยที่มีอาการหลงทิศทาง สามารถดูแลจัดการตนเองได้ในการใช้ชีวิต (navigate) ในสถานบำบัด<sup>(60, 61)</sup>

**Animal-assisted therapy** การบำบัดด้วยการใช้สัตว์เลี้ยง มีการค้นพบว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับสัตว์เลี้ยง จะช่วยเรื่องอารมณ์ สุขภาพจิต ลดความเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวลได้ดี ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมรู้สึกผ่อนคลาย สัตว์เลี้ยงเหล่านี้ยังช่วยผู้ป่วยให้สามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้ดีขึ้น เพิ่มความรู้สึกผูกพันและมีความสุข แม้ว่าจะใช้ไม่ได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกราย แต่ก็มีประโยชน์ในผู้ป่วยบางราย ทั้งนี้ต้องเป็นสัตว์เลี้ยงที่ฝึกหรือเชื่องพอที่จะเข้ากับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ และต้องคำนึงถึงเรื่องความปลอดภัย และความสะอาดด้วยเช่นกัน<sup>(62)</sup>

**Robot-assisted therapy** เนื่องจากข้อจำกัดของสัตว์เลี้ยงซึ่งเป็นสิ่งมีชีวิต จึงมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย เป็นการใช้นุ่นยนต์เพื่อช่วยบำบัดผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมีจุดประสงค์ให้เกิดปฏิสัมพันธ์ เกิดความสนุก ช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุ อาจใช้นุ่นยนต์สัตว์ก็ได้เช่นกัน ที่มีใช้ในสถานบำบัดหลายที่ ได้แก่มีนุ่นยนต์แมวน้ำ (paro)<sup>(63)</sup> นุ่นยนต์หมา แมว หรือนุ่นยนต์ที่เป็นคนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีทั้งพูดคุยโต้ตอบ ช่วยให้คลายเหงา ฝึกเรื่องการสนทนา ใช้ภาษา ในบางรุ่นก็สามารถช่วยติดตามเส้นรอบวงหรือแจ้งเตือนไปยังผู้ดูแลได้ เมื่อผู้สูงอายุหกล้ม<sup>(64, 65)</sup>

นอกจากการบำบัดกับผู้ป่วยโดยตรงข้างต้นแล้ว การให้ความรู้ ปรับทัศนคติ และฝึกทักษะในการดูแลจัดการกับผู้ป่วยสมองเสื่อม (caregiver education) ก็เป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมาก

ประเด็นสุดท้ายในการบำบัดรักษาโดยการไม่ใช้ยาสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ช่วยเหลือในการใช้ชีวิตกับผู้ป่วยสมองเสื่อม และการวางแนวทางสนับสนุนต่าง ๆ ในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งในผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้ไม่เหมือนเดิม โดยเฉพาะหากไม่คุ้นเคย ก็อาจเกิดอันตรายได้โดยง่าย ดังนั้นจึงควรป้องกัน การปรับสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นง่าย และดีกว่าการที่พยายามปรับให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย โดยควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม (dementia-enabling environment) ให้ได้มากที่สุด เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ช่วยเหลือตัวเองง่ายขึ้น และคงสมรรถภาพความสามารถในการดูแลตนเองมากเท่าที่จะทำได้ จะได้ลดความเครียดและความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายได้ด้วยเช่นกัน เนื่องจากความสามารถของสมอง ความจำ การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจแก้ปัญหา ของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นลดลง จะทำให้การเรียนรู้หรือการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมเป็นไปได้ยากมากขึ้น ดังนั้นจึงแนะนำให้ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันภัยอันตราย ที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว และยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และกระตุ้นให้เกิดความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ด้วย ทั้งนี้ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรม การปรับสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับผู้ป่วยจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และสามารถลดปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม การปรับสิ่งแวดล้อมนั้นก็ควรจะให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละราย ทั้งนี้การจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น มีความสำคัญและมีรายละเอียดปลีกย่อยต่าง ๆ เช่น การจัดแสงสว่างที่เพียงพอ ระดับเสียง อุณหภูมิ ความชื้นที่เหมาะสม การสร้างความง่ายก่อให้เกิดความคุ้นชินในการใช้ชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัย โดยจัดวางของของผู้ป่วยคุ้นเคย ซึ่งการที่สิ่งแวดล้อมเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมดูแลจัดการตัวเองได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นตัวเอง มีความรู้สึกมั่นใจมากขึ้น มีความปลอดภัย สะดวกสบาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นไม่ได้จำเป็นเฉพาะในสถานบำบัดเท่านั้น ควรคำนึงหลายประการให้เอื้อต่อรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ตั้งแต่ผังที่ไม่ซับซ้อน การวางตำแหน่งสิ่งของเครื่องใช้ให้เหมาะสมกับการใช้งาน การมีราวจับ เครื่องช่วยเหลือ ป้ายบอกที่เห็นชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่รก หรือติดตั้งระบบรักษาความปลอดภัย การแจ้งเตือนผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยหกล้มหรือออกนอกบริเวณ การมีแสงสว่างที่เพียงพอให้เหมาะสมกับเวลา และวัสดุของสิ่งของเครื่องใช้ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม ขนาดเฟอร์นิเจอร์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมถึงวัสดุของพื้น เช่น กันลื่น หรือพื้นอิเล็กทรอนิกส์ ผืนง ฯลฯ เป็นต้น ในปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมในการใช้ชีวิตมากขึ้น ซึ่งก็จะลดปัญหาพฤติกรรม ลดความเสี่ยง และเพิ่มความปลอดภัยได้ด้วยเช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น ระบบสัญญาณเรียกผู้ดูแล การติดตั้งเซนเซอร์เมื่อผู้ป่วยลุกออกมาเดินในเวลากลางคืน มีเซนเซอร์ไฟ ทั้งนี้การประเมินสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยสมองเสื่อมก็สำคัญเช่นกัน อาจใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีเข้าช่วยด้วยได้

## การรักษา PTSD ด้วยการใช้ยา (pharmacological treatment)

การบำบัดรักษาด้วยยา (pharmacological treatment) ก็มีความสำคัญเช่นกัน เมื่อวางแผนจัดการปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาแล้ว เมื่อประเมินติดตามผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละขั้นตอน ประเมินความเสี่ยง และความจำเป็น โดยต้องวิเคราะห์เสมอด้วยว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาร่วมด้วยหรือไม่ หากคิดว่าจำเป็นหรืออาจมีประโยชน์ร่วมด้วย สามารถใช้การรักษาด้วยยาร่วมด้วยกันได้ เพื่อให้การรักษาได้ผลดีขึ้น<sup>(66)</sup> แต่อย่างไรก็ดีการรักษาด้วยยาอาจไม่สามารถควบคุมอาการ PTSD ได้ทั้งหมดหรือเสมอไป การใช้ยาต้องคำนึงถึง อาการที่ต้องการรักษาด้วยยา (targeted symptoms) ประสิทธิภาพในการรักษา (efficacy) ผลข้างเคียงของยา (adverse effect) และปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาที่ผู้ป่วยรับประทาน (drug-drug interactions)<sup>(67,68)</sup> ซึ่งโดยมากผู้ป่วยสมองเสื่อมมักมีโรคประจำตัว และรับประทานยาหลายชนิดอยู่แล้ว ต้องระวังปัญหาการให้ยาซ้ำซ้อน และควรต้องประเมินระดับของความเปราะบางของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากหากผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางผู้สูงอายุ (frailty) อาจเกิดผลข้างเคียงจากยาได้มากขึ้นและรุนแรงนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หกล้ม และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย โดยในกลุ่มนี้ควรเริ่มต้นให้ยาน้อย ๆ และค่อย ๆ เพิ่มขนาดเท่าที่ผู้ป่วยรับได้ ควรมีการติดตามใกล้ชิด สม่ำเสมอ อาจตรวจระดับของยา หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับยานั้น หากปัญหา PTSD นั้นหายดีแล้ว ก็สามารถพิจารณาลดหรือหยุดยาได้<sup>(69)</sup> โดยยาในการรักษา PTSD แบ่งได้ ดังนี้

**Cholinesterase inhibitors (AChEIs) และยา NMDA antagonists<sup>(70)</sup>** จุดมุ่งหมายของยาในกลุ่มนี้คือ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของการรู้คิด (enhancing cognition) ซึ่งจะมีผลต่อตัวโรคสมองเสื่อม และปัญหาพฤติกรรม ความจำได้ ทั้งนี้ปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถรักษาอาการสมองเสื่อมให้หายขาด กลับมาดีอย่างเดิมได้ อย่างไรก็ตามจากการที่มีการศึกษาวิจัยกันทั่วโลก ก็มีความหวังว่าอนาคตอาจพบยาที่ป้องกันโรคสมองเสื่อม สามารถทำให้ระดับการรู้คิด และสมรรถภาพของผู้ป่วยกลับมาดีได้เหมือนเดิม

**ยากลุ่ม AChEIs** ได้แก่ donepezil, rivastigmine และ galantamine ซึ่งยาจะไปยับยั้งตัวเอนไซม์ acetylcholinesterase ซึ่งมีหน้าที่ทำลายสารสื่อประสาทชนิดอะซิติลโคลีน เพราะตัวโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะชนิดอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยจะขาดเซลล์ประสาทโคลิเนอร์จิก ทำให้สมรรถภาพจำไม่ดี rivastigmine จะยับยั้ง butyrylcholinesterase ด้วย ซึ่งทั้ง acetylcholinesterase และ butyrylcholinesterase นั้นมีหน้าที่กำจัด acetylcholine ดังนั้นยาในกลุ่มนี้จะลดการทำลาย ส่งผลให้เพิ่มระดับของสารสื่อประสาทชนิด acetylcholine ซึ่งจะมีผลต่อสมรรถภาพจำของผู้ป่วย มีหลักฐานว่ายานี้สามารถลดการเสื่อมลงของระดับการรู้คิดได้ประมาณ 6 เดือน และช่วยชะลอการที่ผู้ป่วยจะถูกส่งไปอยู่สถานบำบัดได้ด้วย อย่างไรก็ตาม ยากลุ่มนี้มีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงหลายประการที่ต้องคำนึงถึง และพิจารณาด้วยเช่นกัน เนื่องจากการเพิ่มสารสื่อประสาทโคลิเนอร์จิก ส่งผลต่อระบบทางเดินอาหารได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว เบื่ออาหาร (gastrointestinal side effects) ซึ่งจะเป็นปัญหาได้มากหากผู้ป่วยน้ำหนักน้อยอยู่แล้ว (underweight) และที่ผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบาง อีกปัญหาหนึ่งของการได้ AChEIs นี้จะกระทบต่อการนอนในช่วง REM sleep ของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะทำให้หลับไม่หลับ หรือมีอาการฝันเสมือนจริง (vivid dreams) หรือฝันร้ายได้ (nightmares) อาการอื่น ๆ ที่เกิดได้จากยากลุ่มนี้ คือ อาการเป็นตะคริว (muscle cramps) และ

ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ (urinary incontinence) ซึ่งป้องกันปัญหาผลข้างเคียงจากยาในกลุ่มนี้จำเป็นต้องค่อย ๆ ให้ยาขนาดน้อย ๆ ก่อน และค่อยๆเพิ่มทีละช้า ๆ และต้องระวัง ไม่ควรให้ในผู้ป่วยที่เป็น แผลในกระเพาะอาหารที่เคยมีเลือดออกรุนแรง โรคหอบหืดที่ควบคุมไม่ได้ โรคต่อหีนมุมแคบ และปัญหาเรื่องโรคหัวใจ เช่น left bundle branch block, sick sinus syndrome และผู้ป่วยเหล่านี้หากได้รับ AchEIs แล้ว ก็ไม่ควรได้รับยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic เช่น oxybutynin, benztropine, trihexyphenidyl เพราะจะมีผลต่อประสิทธิภาพของยา<sup>(70-73)</sup>

**NMDA antagonists** ยาในกลุ่มนี้คือ memantine เนื่องจากสารสื่อประสาทกลูตาเมทมีความสำคัญต่อการสร้างความจำ (long-term potentiation and memory formation) ซึ่งกลไกนี้ต้องการการปล่อยสารสื่อประสาทชนิดกลูตาเมทที่ช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาทเป็นช่วง ๆ ซึ่งการที่มีสารสื่อประสาทชนิดกลูตาเมทสูงและมากเกินไป จะทำลายเซลล์ประสาท ซึ่งยา memantine จะไปขัดขวางการหลั่งของกลูตาเมท แต่จะไม่ขัดขวางการหลั่งเป็นช่วง ๆ เพื่อสร้างความจำ ยาในกลุ่มนี้ได้ประโยชน์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลาง และระยะรุนแรงมากกว่าระยะน้อย ผลข้างเคียงน้อยกว่ากลุ่ม AchEIs มีรายงานว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ท้องผูก ปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับได้ เช่นกัน ซึ่งในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลาง (moderate dementia) แนะนำให้ใช้ยาร่วมกันทั้ง AchEIs (donepezil, rivastigmine, galantamine) ร่วมกับ NMDA antagonists อย่าง memantine ด้วยจะได้ประสิทธิผลดีในการช่วยเรื่องของการรู้คิด และความจำ รวมทั้งความสามารถในการดูแลกิจวัตรของตนเองด้วย หากผู้ป่วยอยู่ในระยะรุนแรงหรือระยะสุดท้าย การได้รับยาในกลุ่ม cognitive enhancers เหล่านี้อาจไม่ได้ผลช่วยให้การรู้คิด สมာธิ ความจำของผู้ป่วยดีขึ้นได้แล้ว ก็อาจพิจารณาซึ่งประโยชน์ข้อดีข้อเสียให้ถี่ถ้วน และอาจให้หยุดยาได้ในผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อมขั้นรุนแรงหรือระยะสุดท้ายได้เช่นกัน

**ยารักษาอาการโรคจิต (antipsychotics)** ยาในกลุ่มนี้มีมากมายหลายชนิด ใช้ได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD โดยเฉพาะกรณีที่มีปัญหาพฤติกรรม ก้าวร้าว รุนแรง หรือมีความเสี่ยงอันตรายต่อตัวเอง และผู้อื่น ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน และกระสับกระส่ายจากปัญหา BPSD แต่ในบางพฤติกรรมการได้ยาในกลุ่มนี้จะไม่ได้ผล เช่น การตามติดเป็นเงา (shadowing) การเดินเร่ร่อนไร้จุดหมาย (wandering) การทำเสียงแปลก ๆ (vocalization) ถอดเสื้อผ้า (undressing) หรือปัสสาวะไม่เป็นที่ (inappropriate voiding) ซึ่งต้องใช้วิธีจัดการด้วยวิธีไม่ใช่ยา ทั้งนี้การใช้ยาในกลุ่มนี้มีผลข้างเคียงที่ต้องคำนึงถึงด้วยเช่นกัน ยกตัวอย่างที่สำคัญ คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการคล้ายพาร์กินสัน (extrapyramidal side effects) พบมีการเคลื่อนไหวลำบาก ซ้ำลง เดินตัวเกร็ง ลื่นแข็ง สีหน้าเรียบเฉย มีอาการสั่น หรือมีอาการ cogwheel rigidity ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากยาในกลุ่ม antipsychotics โดยยาในกลุ่มนี้ไปขัดขวางโดพามีนในสมอง ซึ่งมีผลต่อการเคลื่อนไหว หรือผู้ป่วยอาจมีอาการกระสับกระส่ายลุกลี้ลุลน (akathisia) จากการได้ยาในกลุ่มนี้ได้ และทำให้แยกยากจาก agitation ของ BPSD เอง อย่างไรก็ตามก็ดีจะสัมพันธ์กับเวลาที่ได้ยา โดยจะมีอาการเป็นมากขึ้นหลังจากได้ยา ให้สงสัยว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบข้างเคียงจากยาในกลุ่มนี้ ผลข้างเคียงอื่น ๆ ที่อาจเกิดได้ เช่น อาการเคลื่อนไหวผิดปกติของใบหน้าและลำคอ (tardive dyskinesia) ซึ่งเป็นภาวะที่รักษายาก ในปัจจุบันมียา tetrabenazine ที่ช่วยรักษาอาการการเคลื่อนไหวผิดปกติชนิด tardive dyskinesia นี้ได้ หรือผล

ข้างเคียงที่ผู้ป่วยอาจจะเกิดได้คือ อาการกล้ามเนื้อคอบิดเกร็งขึ้นฉับพลัน และตาเหลือกค้าง (acute dystonia, oculogyric crisis) แม้พบได้ไม่บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ แต่จะสัมพันธ์กับการเริ่มให้ยากุ่มนี้ ในช่วงแรก ๆ นอกจากนี้ผลข้างเคียงอื่นในกลุ่มยาต้านโรคจิตโดยเฉพาะชนิดใหม่ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหา metabolic syndrome ได้ในระยะยาว ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีโรคประจำตัวอยู่เดิมที่เกี่ยวข้องกับ metabolic ทำให้ควบคุมได้ยากขึ้น บางครั้งยาในกลุ่มนี้ทำให้การรู้คิดของผู้ป่วยถดถอยลงได้ ดังนั้นผู้รักษาควรจะต้องชั่งประโยชน์และทบทวนจุดประสงค์ในการใช้ยากุ่มนี้เพื่อรักษาอาการหรือปัญหาพฤติกรรมอะไรของผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และผลข้างเคียง ยาในกลุ่มนี้ที่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยสมองเสื่อม<sup>(74-77)</sup> ได้แก่ risperidone, aripiprazole, olanzapine, quetiapine, haloperidol ฯลฯ

**Risperidone** เป็นยาต้านโรคจิตที่เป็นที่นิยมและมีการศึกษาวิจัยค่อนข้างมากกว่ายาต้านโรคจิตตัวอื่นในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้รับการยอมรับให้ใช้ในการแก้ปัญหา agitation ในผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศแคนาดาและประเทศกลุ่มสหภาพยุโรป ในรูปแบบของทั้งยาเม็ดและยาน้ำ โดยขนาดที่ใช้เริ่มที่ 0.125 - 0.25 มก. และสามารถเพิ่มเป็นสองเวลาต่อวันได้ โดยที่ขนาดมากกว่า 1 มก. มักจะพบมีผลข้างเคียงมากกว่าประสิทธิภาพ<sup>(78)</sup>

**Olanzapine** เป็นยาต้านโรคจิตที่ใช้ได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาก้าวร้าวและกระสับกระส่าย (agitation & aggression) เริ่มได้ในขนาด 1.25-2.5 มก. วันละสองเวลา และปรับเพิ่มได้ถึง 7.5 มก. อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงที่สำคัญของยาคือการเกิด metabolic syndrome ในระยะยาว และมีผลข้างเคียงเรื่องฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิกของยา หากได้รับในขนาดสูง<sup>(79)</sup>

**Aripiprazole** เป็นยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่เป็นที่นิยมใช้ในการรักษาอาการ BPSD เช่นกัน โดยมีปัญหาเรื่อง metabolic syndrome น้อยกว่ายาต้านโรคจิตในกลุ่ม atypical antipsychotics อื่น ๆ และมีผลกระทบต่อคลื่นไฟฟ้าหัวใจ QTc น้อยกว่าเมื่อเทียบกับยาต้านโรคจิตตัวอื่นในกลุ่มนี้ แต่ทั้งนี้อาจมีผลข้างเคียงด้านอาการกระสับกระส่าย (akathisia) การให้ยาเริ่มที่ขนาด 2.5 มก. และปรับเพิ่มได้ถึง 10 มก. ในผู้ป่วยสมองเสื่อม มีในรูปแบบยาเม็ดและยาน้ำ<sup>(80)</sup>

**Brexipiprazole** เป็นยาต้านโรคจิตที่ค่อนข้างใหม่เมื่อเทียบกับชนิดอื่น ๆ มีการศึกษาพบว่า ช่วยลดอาการ agitation ในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้ โดยในการศึกษาผู้ป่วยได้รับขนาด 2-3 มก. ต่อวัน และลดอาการได้ในสัปดาห์ที่ 12 ของการรักษา<sup>(81, 82)</sup>

**Quetiapine** เป็นยาที่ประเทศไทยนิยมใช้ในการรักษาอาการ BPSD โดยมีผลข้างเคียงเรื่อง extrapyramidal side effects น้อย และค่อนข้างง่วง (sedative effects) มีรายงานปัญหาความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าได้บ่อย (postural hypotension) จึงต้องระมัดระวังความเสี่ยงในการหกล้ม ดังนั้นจึงนิยมใช้ในผู้ป่วยที่เป็น parkinson dementia โดยสามารถเริ่มที่ขนาดน้อย ๆ 6.25-12.5 มก. ต่อวัน ในเวลาก่อนนอน และสามารถให้ได้สามเวลาต่อวัน เพื่อควบคุมอาการ ผู้ป่วยมักมีอาการง่วงในช่วงแรก และหลังจากนั้นอาจทนได้ ไม่ค่อยง่วงซึม ดังนั้นอาจไม่ได้ผลในการให้ยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับในระยะยาว<sup>(83)</sup>

**Haloperidol** เป็นยาต้านโรคจิตกลุ่มแรก (typical antipsychotic) ที่ในยุคก่อนมักนิยมใช้ใน

ผู้ป่วยสมองเสื่อม แต่ทั้งนี้ผลข้างเคียงด้าน EPS และมีผลกระทบต่อคลื่นไฟฟ้าหัวใจค่อนข้างมาก จึงไม่แนะนำให้ใช้เป็นลำดับแรกในปัจจุบัน สามารถให้ได้เพื่อลดอาการก้าวร้าวรุนแรง โดยเป็นยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อขนาด 1.25-5 มก. เมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวรุนแรง วนวนวายได้ ขนาดยารับประทาน 2.5-5 มก. ไม่ควรใช้ยานี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดลิบอดี สมองเสื่อมจากพาร์กินสัน และสมองเสื่อมชนิดส่วนหน้าและกลีบขมับ<sup>(84)</sup>

**ยารักษาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (antidepressants)** ยาประเภทนี้แบ่งย่อยเป็นหลายกลุ่มในการศึกษาวิจัยพบว่า การให้ยาต้านเศร้าในการรักษา BPSD นั้นมีประสิทธิภาพเหนือกว่าการให้ยาหลอก มีการศึกษา CitAD ให้ยาต้านเศร้า citalopram ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มี BPSD เพื่อให้ลดอาการกระสับกระส่าย (agitation) พบว่าช่วยให้อาการลดลงได้ดี<sup>(85)</sup> และสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้ด้วย จะยิ่งดีมากขึ้นหากได้รับการรักษาควบคู่ไปกับการทำจิตสังคมบำบัด (psychosocial intervention) ด้วย อย่างไรก็ตามการใช้ยาต้านเศร้ากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) ก็อาจทำให้ผู้ป่วยกระสับกระส่ายได้เช่นกัน โดยเฉพาะในช่วงแรก มีอีกหลายการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนการใช้ SSRI เพื่อลดอาการ BPSD เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักทนต่อยาได้ดี และไม่แนะนำให้ใช้ยาต้านเศร้าในกลุ่ม tricyclic ในผู้ป่วยสูงอายุและสมองเสื่อม เนื่องจากมีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิกค่อนข้างมาก ส่งผลกระทบต่อปัญหาการรู้คิด (cognitions) ของผู้ป่วยได้ ข้อควรระวังอื่น ๆ เช่น อาจมีปัญหา QT prolongation ได้ในผู้สูงอายุโดยจะสัมพันธ์กับขนาดของยา (dose dependent) ดังนั้นจึงควรระวังการใช้ citalopram และ escitalopram นอกจากนี้ก็ต้องระวังความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วยเช่นกัน<sup>(85-87)</sup>

**Citalopram และ escitalopram** จัดเป็นยาต้านเศร้าที่อยู่ในกลุ่ม SSRI ที่มีการศึกษาในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD พบว่า สามารถช่วยลดอาการกระสับกระส่าย โดยให้ citalopram ที่ขนาด 10-40 มก. โดยเริ่มที่ 10 มก. และ escitalopram เริ่มที่ 5 มก. สามารถปรับให้ได้ในช่วง 10-20 มก. ทั้งนี้ควรติดตามตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วยเนื่องจากมีข้อควรระวังเรื่อง QTc prolongation สำหรับการให้ยาสองชนิดนี้ หากใช้ในขนาดที่มากขึ้นก็จะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นด้วย ความเสี่ยงอื่น ๆ เนื่องจากเป็นยาที่อยู่ในกลุ่ม SSRI ต้องระวังเรื่องภาวะโซเดียมต่ำในเลือด ปัญหาเรื่องการแข็งตัวของเลือด และความเสี่ยงต่อการหกล้ม

**Sertraline** เป็นยาต้านเศร้าที่จัดอยู่ในกลุ่ม SSRI มีฤทธิ์ต้านเศร้า ลดความวิตกกังวลได้ ควรเริ่มให้ขนาดยาน้อย ๆ เริ่มที่ 25 มก. และปรับให้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมในขนาด 50-100 มก. ได้ ข้อควรระวังเหมือนกับให้ SSRI ทั่วไปในผู้สูงอายุ คือ ความเสี่ยงต่อการเกิด SIADH, hyponatremia, falls, bleeding risk<sup>(88)</sup>

**Trazodone** มีหลายการศึกษาที่ใช้ trazodone ในการลดอาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าวในผู้ป่วยสมองเสื่อม ข้อดีของ trazodone มีฤทธิ์ทำให้ง่วง จึงสามารถใช้เป็นยาช่วยในการนอนหลับในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ด้วย โดยขนาดยาเริ่มที่ 25 มก. และสามารถปรับได้ถึง 50-250 มก. ต่อวัน อย่างไรก็ตามก็ตั้งระวังปัญหาความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง<sup>(89)</sup>

**Mirtazapine** เป็นยาต้านเศร้าที่จัดอยู่ในกลุ่ม noradrenergic and specific serotonin antidepressants (NaSSAs) มีการศึกษาในการรักษาอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย (agitation) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเช่นเดียวกัน (SYMBAD study) โดยข้อสรุปพบว่ายังไม่มีความแตกต่างในการช่วยลดอาการกระวนกระวาย<sup>(90)</sup> อย่างไรก็ตาม mirtazapine มีฤทธิ์ antihistamine ซึ่งทำให้ผู้ป่วยง่วง สามารถใช้ในขนาด

น้อย ๆ เพื่อช่วยการนอน และลดความวิตกกังวล ซึมเศร้า ในผู้ป่วยได้

**ยาช่วยในการนอน (sleeping aids)** ในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหาเรื่องการนอน และวงจรการนอนที่ผิดปกติไป ทำให้ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และปัญหาพฤติกรรมที่ตามมาได้ ดังนั้นจึงควรจัดให้ผู้ป่วยมีสุขอนามัยการนอนที่ดี หากจำเป็นต้องใช้ยาช่วยในการนอนของผู้ป่วยสมองเสื่อม จะต้องระวังปัญหาผลข้างเคียงของยาที่จะเกิดอันตรายร้ายแรงได้ เช่น การให้ยานอนหลับจนกระทบต่อกิจกรรมเวลากลางวัน ผู้ป่วยมีอาการสับสนกลางวัน เสี่ยงต่อการหกล้ม ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงยาประเภท benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์ยาว

**Melatonin** พบว่าการให้เมลาโทนินเป็นผลดีต่อการนอนในผู้ป่วยสมองเสื่อม มีบางการศึกษาพบว่าช่วยในเรื่องของการปรับวงจรการนอนในผู้ป่วยสมองเสื่อม และลดภาวะการสับสนในช่วงเย็น (sundowning) การให้เมลาโทนินเสริมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการนอนรวมได้ (total sleep time) มีหลายการศึกษาพบว่า เมลาโทนินเป็น antioxidants และกลไกสามารถช่วยเพิ่มภาวะพุทธิปัญญาหรือเรื่องการรู้คิดได้ แต่ทั้งนี้หลักฐานการศึกษาวิจัยยังไม่ชัดเจน<sup>(91)</sup>

**Orexin antagonist** ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ lemborexant และ suvorexant ซึ่งเป็น dual orexin receptor antagonists (DORAs) โดย FDA approved เป็นยาที่รักษาอาการนอนไม่หลับ แนะนำให้ใช้ยา lemborexant เพื่อไปช่วยปรับวงจรการนอนในผู้ป่วยสมองเสื่อม และทำให้หลับได้เร็วขึ้น ยา lemborexant นั้นใช้ได้ผลดีในกลุ่มที่วงจรการนอนไม่สม่ำเสมอ (irregular sleep-wake rhythm disorder) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์<sup>(92)</sup>

## ยาช่วยควบคุมอารมณ์ (mood stabilizers)

**Carbamazepine** มีการศึกษาที่ให้ยากันชักกลุ่มนี้เพื่อไปควบคุมอาการก้าวร้าว กระสับกระส่าย วุ่นวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ค่อยตอบสนองกับกลุ่มยาด้านโรคจิต (antipsychotic) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผลข้างเคียงกับกลุ่มยาด้านโรคจิตแล้วพบว่า คาร์บามาซิพีนนั้นมีผลข้างเคียงน้อยกว่า มีทั้งในรูปแบบของยาน้ำและยาเม็ด โดยใช้ในขนาด 50-300 มก. ต่อวัน แบ่งให้วันละสองครั้ง อย่างไรก็ตาม National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ของประเทศอังกฤษแนะนำให้ใช้ antipsychotic เท่านั้นในการรักษาอาการกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม<sup>(93, 94)</sup>

**Sodium valproate** ยากันชักชนิดโซเดียมวาลโพรเอตนั้น มีหลายข้อบ่งใช้ เดิมเคยมีการใช้เพื่อลดความก้าวร้าวในผู้ป่วยสมองเสื่อม แต่หลักฐานในการศึกษาปัจจุบันพบว่า ไม่แตกต่างกับยาหลอกในการรักษากระวนกระวาย กระสับกระส่าย ก้าวร้าว วุ่นวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม และมีผลข้างเคียงค่อนข้างมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงไม่แนะนำให้ใช้แล้วเนื่องจากหลักฐานสนับสนุนในปัจจุบันพบว่าไม่ได้ผล<sup>(95)</sup>

**Gabapentin and pregabalin** มีหลายการศึกษาที่ใช้ยากกลุ่มนี้ในการรักษาอาการก้าวร้าว กระสับกระส่ายในผู้ป่วยสมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรมของ International Psychogeriatric Association (IPA) ปี ค.ศ. 2023 พบว่า อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการกระสับกระส่ายก้าวร้าว<sup>(96)</sup> ขนาดของ gabapentin ที่สามารถให้ได้ตั้งแต่ 100-2,400 มก. ต่อวัน และ pregabalin 25-300 มก. ต่อวัน

อย่างไรก็ดียังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ และยังไม่มีการศึกษาที่เป็น double-blind randomized controlled trial สนับสนุนในการใช้ยาในกลุ่มนี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อลดอาการก้าวร้าว กระสับกระส่าย วุ่นวาย<sup>(97)</sup>

### ยาอื่น ๆ ที่มีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยสมองเสื่อม

**Aducanumab** เป็น human IgG1 monoclonal antibody ซึ่งมีกลไกไปจับกับ amyloid beta ที่เป็นพยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ช่วยลดการสะสมของ amyloid plaque และเพิ่งได้รับอนุมัติจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา ให้สามารถใช้ได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดยแก้ที่ตัวพยาธิสภาพโดยตรง ทั้งนี้จากการศึกษาในปัจจุบันนี้พบว่า aducanumab สามารถลดการสะสมของ amyloid plaque และ biomarkers ของสมองเสื่อมได้ แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าสามารถช่วยเพิ่มหรือคืนกลับการรู้คิดหรือปรีชาญาณในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ การบริหารยาโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 4 สัปดาห์ ผลข้างเคียงที่เป็นไปได้คือ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมอง และพบว่ามียอรรอยของการสะสมของ hemosiderin ที่สัมพันธ์กับการกำจัด amyloid อื่น ๆ ได้แก่ สมองบวม ปวดศีรษะ และหกล้ม<sup>(98-100)</sup>

**Prazosin** เป็นยาที่ออกฤทธิ์ที่  $\alpha_1$  adrenoreceptor antagonist มีการศึกษานำมาใช้ลดอาการ BPSD ในผู้ป่วยสมองเสื่อม อย่างไรก็ตามยังไม่ได้มีหลักฐานสนับสนุนมากนัก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ยังมีขนาดเล็ก จึงยังไม่สามารถแนะนำให้ใช้ได้อย่างชัดเจนในปัจจุบัน<sup>(101)</sup>

**Dextromethorphan with quinidine** พบว่าเริ่มมีการศึกษาที่นำยาผสมระหว่าง dextromethorphan และ quinidine มาใช้ควบคุมปัญหาพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม แต่ยังคงขาดหลักฐานสนับสนุนเชิงประจักษ์ มี 1 การศึกษาที่เป็น randomized controlled trial ซึ่งได้ผลดีผู้ป่วยมักทนยาได้ดี ยาไม่ค่อยมีผลกระทบต่อการรู้คิดของผู้ป่วยสมองเสื่อมเหมือนยาด้านโรคจิตที่อาจทำให้ผู้ป่วยคิดช้าลงได้ อย่างไรก็ตามได้ใช้ใช้ในการรักษา pseudobulbar effect อย่างแพร่หลายโดยผู้ป่วยจะมีภาวะอารมณ์ท่วมท้น โดยเกินไปจากที่รู้สึกจริง (emotional incontinence) โดยมากเป็นหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง<sup>(102, 103)</sup>

**Beta-blockers** มีหลายการศึกษาที่พบว่าการใช้ยาในกลุ่ม beta-blocker เพื่อรักษาความดันโลหิตสูง จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้ เนื่องจากพบว่าจะผ่าน blood-brain-barrier เข้าสมองได้ อย่างไรก็ตามยังขาดหลักฐานในการสนับสนุนว่าช่วยลดอาการ BPSD ได้

**Pimavanserin** เป็นยาตัวแรกที่ได้รับการ approved ในสหรัฐอเมริกาให้ในใช้ในโรคจิตที่เกิดในผู้ป่วยพาร์กินสัน (parkinson disease psychosis, PDP) โดยองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (US FDA) ได้อนุมัติยาตัวนี้ในข้อบ่งใช้ของการรักษา PDP นี้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2016 อย่างไรก็ตามการศึกษาในผู้ป่วยสมองเสื่อมอื่น ๆ ที่เป็น BPSD ต้องหยุดไปก่อนเนื่องจากประสิทธิภาพไม่ดีพอ จากการศึกษาพบว่าสามารถลดการกลับมาเป็นซ้ำของอาการทางจิต (psychosis relapse) ได้ถ้ายังคงใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จึงไม่สามารถหยุดยาได้ ทั้งนี้ยังต้องการการศึกษามารองรับอีกมากในผู้ป่วยกลุ่มสมองเสื่อมชนิดอื่น ๆ ว่าจะช่วยลดอาการ BPSD ได้หรือไม่<sup>(104)</sup>

**Opioid** มีข้อบ่งใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการเจ็บปวดที่มีพยาธิสภาพนำไปสู่ความเจ็บปวดที่ชัดเจน และอาการเจ็บปวดเมื่อไม่ได้จัดการก็จะนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรม หรืออาการกระสับกระส่ายในผู้ป่วยสมอง

เสื่อม โดยการให้ยาในกลุ่มนี้นั้นควรใช้ในผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล หรือสถานบำบัดเท่านั้น ทั้งนี้จะต้องระวังปัญหาผลข้างเคียงจากการได้ยาในกลุ่มนี้ด้วย เช่น อาการท้องผูก อาการคัน อาการง่วงซึม ปากแห้ง และเบื่ออาหาร<sup>(105)</sup>

**Drocannabinol (delta-9-THC), cannabidiol (CBD)** ซึ่งเป็นสารสกัดจากกัญชา จับกับ cannabinoid receptor เริ่มมีผู้นำ CBD มาทดลองใช้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อลดปัญหากระสับกระส่าย เคลื่อนไหว อารมณ์เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรือความเจ็บปวด ส่วน THC ก็อาจมีประโยชน์ในการลด อาการกระวนกระวาย อาการกลัวหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในสถานบำบัดได้เช่นกัน ทั้งนี้ nabilone ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์คล้าย delta-9-THC ก็มีการศึกษาว่าช่วยลดอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ตอบสนองกับยาด้านโรคจิตหรือยาด้านเศร้าได้ อย่างไรก็ตามการใช้อย่างไรก็ดีการใช้ยาในกลุ่มนี้มีข้อควรระวังเรื่องความเสี่ยงต่อการใช้ในทางที่ผิด (abuse potential)<sup>(106)</sup>

**Brain stimulation** มีการศึกษาว่าการใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) ช่วยเพิ่มการรู้คิด ความจำ และระดับความสามารถของภาษาในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ระยะที่เป็นน้อย ๆ ได้<sup>(107)</sup> แต่อย่างไรก็ดียังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประโยชน์อย่างชัดเจนในการใช้การกระตุ้นสมองด้วย rTMS สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม และใช้ไม่ได้ในผู้ป่วยกระสับกระส่าย ก้าวร้าว รุนแรง ซึ่งกรณีนี้จะแนะนำให้ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าแทน (Electroconvulsive therapy, ECT) ซึ่งกรณีการรักษาด้วยไฟฟ้าก็จำเป็นต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และประเมินความเสี่ยงเตรียมตัวก่อนรักษาเสมอ<sup>(108)</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. World\_Health\_Organization. Global action plan on the public health to dementia 2017-2025. 2017 10 March 2023]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>.
2. World\_Alzheimer's\_Report. World Alzheimer's Report 2022. 2022; Available from: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/>.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี พ.ศ. 2558. พ.ศ. 2558.
4. Lang, L., et al., Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis. *BMJ Open*, 2017. 7(2): p. e011146.
5. Jitapunkul, S., et al., Prevalence estimation of dementia among Thai elderly: a national survey. *J Med Assoc Thai*, 2001. 84(4): p. 461-7.
6. Livingston, G., et al., Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, 2020. 396(10248): p. 413-446.
7. Arvanitakis, Z., R.C. Shah, and D.A. Bennett, Diagnosis and Management of Dementia: Review. *Jama*, 2019. 322(16): p. 1589-1599.

8. Eramudugolla, R., et al., Evaluation of a research diagnostic algorithm for DSM-5 neuro-cognitive disorders in a population-based cohort of older adults. *Alzheimers Res Ther*, 2017. 9(1): p. 15.
9. Sachdev, P.S., et al., DSM-5 and Mental Disorders in Older Individuals: An Overview. *Harv Rev Psychiatry*, 2015. 23(5): p. 320-8.
10. World\_Health\_Organization The ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. 1992.
11. Berrios, G.E., Non-cognitive symptoms and the diagnosis of dementia: Historical and clinical aspects. *The British Journal of Psychiatry*, 1989. 154(S4): p. 11-16.
12. Reisberg, B., Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacology bulletin*, 1988.
13. Tible, O.P., et al., Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ther Adv Neurol Disord*, 2017. 10(8): p. 297-309.
14. Edberg, A.-K., W. Moyle, and S. Chan, The IPA complete guides to Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD: Nurses guide. 2012, International Psychogeriatric Association.
15. Health, N.C.C.f.M., Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges. 2015.
16. Prizer, L.P. and S. Zimmerman, Progressive support for activities of daily living for persons living with dementia. *The Gerontologist*, 2018. 58(suppl\_1): p. S74-S87.
17. Clifford, C. and O. Doody, Exploring nursing staff views of responsive behaviours of people with dementia in long-stay facilities. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2018. 25(1): p. 26-36.
18. Mukherjee, A., et al., Behavioural and psychological symptoms of dementia: correlates and impact on caregiver distress. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 2018. 7(3): p. 354-365.
19. Steinberg, M., et al., The persistence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *International journal of geriatric psychiatry*, 2004. 19(1): p. 19-26.
20. Laganà, V., et al., Neuropsychiatric or Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): focus on prevalence and natural history in Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia. *Frontiers in Neurology*, 2022. 13: p. 832199.
21. Finkel, S., Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *International journal of geriatric psychiatry*, 2000.
22. Feast, A., et al., The contribution of caregiver psychosocial factors to distress associated

- with behavioural and psychological symptoms in dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 2017. 32(1): p. 76-85.
23. Kales, H.C., et al., Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: an international Delphi consensus. *International psychogeriatrics*, 2019. 31(1): p. 83-90.
  24. Maust, D.T., et al., Distress associated with dementia-related psychosis and agitation in relation to healthcare utilization and costs. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2017. 25(10): p. 1074-1082.
  25. Shefet, D., Where Ego Was, Id Shall Be-A Call for A Psychodynamic Approach to Behavioral and Psycho-logical Symptoms of Dementia. *J Men Hea Psy Dis*, 2021. 1: p. 1-5.
  26. Cohen-Mansfield, J., et al., Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? *Psychiatry research*, 2015. 228(1): p. 59-64.
  27. Gaugler, J.E., et al., Unmet care needs and key outcomes in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005. 53(12): p. 2098-2105.
  28. Lyketsos, C.G., et al., Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *Jama*, 2002. 288(12): p. 1475-1483.
  29. Huang, S.-S., W.-F. Wang, and Y.-C. Liao, Severity and prevalence of behavioral and psychological symptoms among patients of different dementia stages in Taiwan. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 2017. 44: p. 89-93.
  30. Finkel, S.I., et al., Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International psychogeriatrics*, 1997. 8(S3): p. 497-500.
  31. JITAPUNKUL, S., et al., Chula Mental Test: A screening test for elderly people in less developed countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996. 11(8): p. 715-720.
  32. Muangpaisan, W., et al., The distribution of Thai Mental State Examination Scores among non-demented elderly in suburban Bangkok metropolitan and associated factors. *J Med Assoc Thai*, 2015. 98(9): p. 916-924.
  33. Coelho-Guimarães, N., et al., [Validation of RUDAS: A screening tool for dementia in Primary Health Care settings]. *Aten Primaria*, 2021. 53(5): p. 102024.
  34. Julayanont, P., et al., The Montreal Cognitive Assessment-Basic (MoCA-B): A New Mild Cognitive Impairment Screening Test for Illiterate and Low Educated Elderly (P6. 200). 2015, AAN Enterprises.

35. Wongpakaran, N., T. Wongpakaran, and R. Van Reekum, The Use of GDS-15 in Detecting MDD: A Comparison Between Residents in a Thai Long-Term Care Home and Geriatric Outpatients. *J Clin Med Res*, 2013. 5(2): p. 101-11.
36. Borson, S., et al., The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2000. 15(11): p. 1021-7.
37. Shulman, K.I., Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry*, 2000. 15(6): p. 548-61.
38. Canning, S.D., et al., Diagnostic utility of abbreviated fluency measures in Alzheimer disease and vascular dementia. *Neurology*, 2004. 62(4): p. 556-562.
39. Tombaugh, T.N., Trail Making Test A and B: normative data stratified by age and education. *Archives of clinical neuropsychology*, 2004. 19(2): p. 203-214.
40. Dubois, B., et al., The FAB: a frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 2000. 55(11): p. 1621-1626.
41. Greenberg, M.S., et al., Stress, PTSD, and dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 2014. 10: p. S155-S165.
42. Livingston, G., et al., Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 2005. 162(11): p. 1996-2021.
43. Gitlin, L.N., H.C. Kales, and C.G. Lyketsos, Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *Jama*, 2012. 308(19): p. 2020-2029.
44. Spector, A.E., et al., Reality orientation for dementia. *Cochrane database of systematic reviews*, 1996. 2005(3).
45. Volicer, L., et al., Effects of continuous activity programming on behavioral symptoms of dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2006. 7(7): p. 426-431.
46. Desai, A.K., G.T. Grossberg, and D.N. Sheth, Activities of daily living in patients with dementia: clinical relevance, methods of assessment and effects of treatment. *CNS drugs*, 2004. 18: p. 853-875.
47. Prizer, L.P. and S. Zimmerman, Progressive support for activities of daily living for persons living with dementia. *The Gerontologist*, 2018. 58(suppl\_1): p. S74-S87.
48. Sheppard, C.L., C. McArthur, and S.L. Hitzig, A systematic review of Montessori-based activities for persons with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2016. 17(2): p. 117-122.
49. Woods, B., et al., Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane database of systematic*

- reviews, 2018(3).
50. Neal, M., et al., Validation therapy for dementia. Cochrane database of systematic reviews, 1996. 2010(1).
  51. Abraha, I., et al., Simulated presence therapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(4).
  52. Ball, E.L., et al., Aromatherapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020(8).
  53. Field, T., Massage therapy research review. *Complementary therapies in clinical practice*, 2016. 24: p. 19-31.
  54. Peng, W., et al., Acupuncture for vascular dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007(2).
  55. Chung, J.C., et al., Snoezelen for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1996. 2010(1).
  56. Lancioni, G., A. Cuvo, and M. O'reilly, Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability and rehabilitation*, 2002. 24(4): p. 175-184.
  57. Hanford, N. and M. Figueiro, Light therapy and Alzheimer's disease and related dementia: past, present, and future. *Journal of Alzheimer's Disease*, 2013. 33(4): p. 913-922.
  58. Vink, A.C., M.S. Bruinsma, and R.J. Scholten, Music therapy for people with dementia. Cochrane database of systematic reviews, 2003(4).
  59. Demurtas, J., et al., Physical activity and exercise in mild cognitive impairment and dementia: an umbrella review of intervention and observational studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2020. 21(10): p. 1415-1422. e6.
  60. Rai, H., L. Yates, and M. Orrell, Cognitive Stimulation Therapy for Dementia. *Clin Geriatr Med*, 2018. 34(4): p. 653-665.
  61. Holden, E., C.R. Stoner, and A. Spector, Cognitive stimulation therapy for dementia: Provision in National Health Service settings in England, Scotland and Wales. *Dementia (London)*, 2021. 20(5): p. 1553-1564.
  62. Peluso, S., et al., Animal-Assisted Therapy in Elderly Patients: Evidence and Controversies in Dementia and Psychiatric Disorders and Future Perspectives in Other Neurological Diseases. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2018. 31(3): p. 149-157.
  63. Petersen, S., et al., The Utilization of Robotic Pets in Dementia Care. *J Alzheimers Dis*, 2017. 55(2): p. 569-574.

64. Rouaix, N., et al., Affective and Engagement Issues in the Conception and Assessment of a Robot-Assisted Psychomotor Therapy for Persons with Dementia. *Front Psychol*, 2017. 8: p. 950.
65. Riches, S., et al., Therapeutic engagement in robot-assisted psychological interventions: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*, 2022. 29(3): p. 857-873.
66. Tisher, A. and A. Salardini, A Comprehensive Update on Treatment of Dementia. *Semin Neurol*, 2019. 39(2): p. 167-178.
67. Galik, E., et al., INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION (IPA): TOPICS IN AGING AND MENTAL HEALTH. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2020. 28(4): p. S17.
68. Edberg, A.-K., W. Moyle, and S. Chan, The IPA complete guides to Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD: Nurses guide. 2012, International Psychogeriatric Association.
69. Samsi, K. and J. Manthorpe, Care pathways for dementia: current perspectives. *Clinical interventions in aging*, 2014: p. 2055-2063.
70. Knight, R., et al., A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Acetylcholinesterase Inhibitors and Memantine in Treating the Cognitive Symptoms of Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2018. 45(3-4): p. 131-151.
71. Krall, W.J., J.J. Sramek, and N.R. Cutler, Cholinesterase inhibitors: a therapeutic strategy for Alzheimer disease. *Annals of Pharmacotherapy*, 1999. 33(4): p. 441-450.
72. Galimberti, D. and E. Scarpini, Old and new acetylcholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Expert opinion on investigational drugs*, 2016. 25(10): p. 1181-1187.
73. Cacabelos, R., Pharmacogenetic considerations when prescribing cholinesterase inhibitors for the treatment of Alzheimer's disease. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 2020. 16(8): p. 673-701.
74. Ohno, Y., N. Kunisawa, and S. Shimizu, Antipsychotic treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): management of extrapyramidal side effects. *Frontiers in pharmacology*, 2019. 10: p. 1045.
75. Lee, P.E., et al., Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *Bmj*, 2004. 329(7457): p. 75.
76. Calsolaro, V., et al., Behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD) and the use of antipsychotics. *Pharmaceuticals*, 2021. 14(3): p. 246.
77. Gareri, P., et al., Comparison of the efficacy of new and conventional antipsychotic drugs in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Archives*

- of Gerontology and Geriatrics, 2004. 38: p. 207-216.
78. Wancata, J., Efficacy of risperidone for treating patients with behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 2004. 16(1): p. 107-115.
79. Deberdt, W.G., et al., Effect of olanzapine on cognition during treatment of behavioral and psychiatric symptoms in patients with dementia: a post-hoc analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 2008. 23(4): p. 364-369.
80. Álvarez-Fernández, B., M.R. Bernal-López, and R. Gómez-Huelgas, Role of aripiprazole in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia: a narrative review. *Psychogeriatrics*, 2022. 22(1): p. 137-144.
81. Hamuro, A. and Y. Wakaura, Brexpiprazole improves behavioral and psychological symptoms of dementia in patients with dementia in the oldest old. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2020. 54(12): p. 1226-1227.
82. Caraci, F., et al., New antipsychotic drugs for the treatment of agitation and psychosis in Alzheimer's disease: focus on brexpiprazole and pimavanserin. *F1000Research*, 2020. 9.
83. Cheung, G. and J. Stapelberg, Quetiapine for the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD): a meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. *The New Zealand Medical Journal (Online)*, 2011. 124(1336).
84. Suh, G.H., A.J. Greenspan, and S.K. Choi, Comparative efficacy of risperidone versus haloperidol on behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 2006. 21(7): p. 654-660.
85. Leonpacher, A.K., et al., Effects of citalopram on neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's dementia: evidence from the CitAD study. *American Journal of Psychiatry*, 2016. 173(5): p. 473-480.
86. Vieweg, W.V.R., et al., Citalopram, QTc interval prolongation, and torsade de pointes. How should we apply the recent FDA ruling? *The American journal of medicine*, 2012. 125(9): p. 859-868.
87. Tampi, R.R., et al., Citalopram, QTc prolongation, and torsades de pointes. *Psychosomatics*, 2015. 56(1): p. 36-43.
88. Banerjee, S., et al., Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 2011. 378(9789): p. 403-411.

89. Martín-Torres, G., et al., Trazodone for agitation in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1996. 2010(1).
90. Banerjee, S., et al., Study of mirtazapine for agitated behaviours in dementia (SYMBAD): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 2021. 398(10310): p. 1487-1497.
91. Xu, J., et al., Melatonin for sleep disorders and cognition in dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 2015. 30(5): p. 439-447.
92. Bergamini, G., et al., What evidence is there for implicating the brain orexin system in neuropsychiatric symptoms in dementia? *Frontiers in Psychiatry*, 2022. 13.
93. Pink, J., et al., Dementia: assessment, management and support: summary of updated NICE guidance. *bmj*, 2018. 361.
94. Tariot, P.N., et al., Efficacy and tolerability of carbamazepine for agitation and aggression in dementia. *American Journal of Psychiatry*, 1998. 155(1): p. 54-61.
95. Sival, R.C., et al., Sodium valproate in aggressive behaviour in dementia: a twelve-week open label follow-up study. *International journal of geriatric psychiatry*, 2004. 19(4): p. 305-312.
96. Cummings, J., et al., Reduction and prevention of agitation in persons with neurocognitive disorders: an international psychogeriatric association consensus algorithm. *International Psychogeriatrics*, 2023: p. 1-12.
97. Supasitthumrong, T., et al., Gabapentin and pregabalin to treat aggressivity in dementia: a systematic review and illustrative case report. *British journal of clinical pharmacology*, 2019. 85(4): p. 690-703.
98. Knopman, D.S., D.T. Jones, and M.D. Greicius, Failure to demonstrate efficacy of aducanumab: An analysis of the EMERGE and ENGAGE trials as reported by Biogen, December 2019. *Alzheimer's & Dementia*, 2021. 17(4): p. 696-701.
99. McCleery, J. and T.J. Quinn, *Aducanumab and the certainty of evidence*. 2021, Oxford University Press. p. 1899-1900.
100. Musiek, E.S., T. Gomez-Isla, and D.M. Holtzman, Aducanumab for Alzheimer disease: the amyloid hypothesis moves from bench to bedside. *The Journal of Clinical Investigation*, 2021. 131(20).
101. Tampi, R.R., et al., Prazosin for the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Drugs in Context*, 2022. 11.

102. Ballard, C., S. Sharp, and A. Corbett, Dextromethorphan and quinidine for treating agitation in patients with Alzheimer disease dementia. *Jama*, 2015. 314(12): p. 1233-1235.
103. Cummings, J.L., et al., Effect of dextromethorphan-quinidine on agitation in patients with Alzheimer disease dementia: a randomized clinical trial. *Jama*, 2015. 314(12): p. 1242-1254.
104. Cummings, J., et al., Pimavanserin: potential treatment for dementia-related psychosis. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 2018. 5: p. 253-258.
105. Manfredi, P.L., et al., Opioid treatment for agitation in patients with advanced dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003. 18(8): p. 700-705.
106. Inglet, S., et al., Clinical data for the use of cannabis-based treatments: a comprehensive review of the literature. *Annals of Pharmacotherapy*, 2020. 54(11): p. 1109-1143.
107. Vacas, S.M., et al., Noninvasive brain stimulation for behavioural and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, 2019. 34(9): p. 1336-1345.
108. Oudman, E., Is Electroconvulsive Therapy (ECT) Effective and Safe for Treatment of Depression in Dementia?: A Short Review. *The journal of ECT*, 2012. 28(1): p. 34-38.