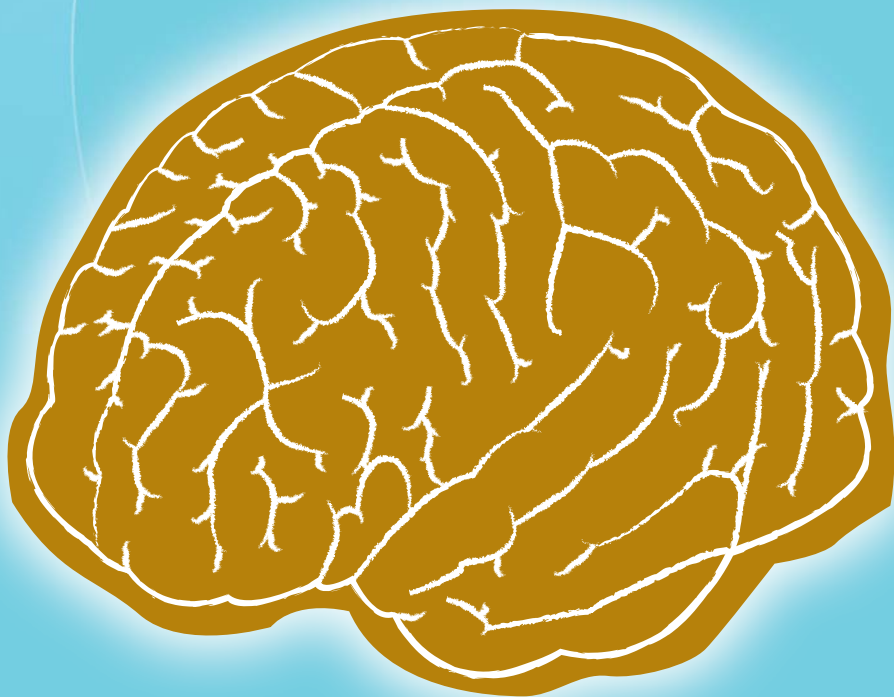


แนวทางเวชปฏิบัติ ภาวะสมองเสื่อม

Clinical Practice Guidelines : Dementia



โดย สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (ฉบับสมบูรณ์ 2557)

แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม

Clinical Practice Guidelines : Dementia



โดย

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

(ฉบับสมบูรณ์ 2557)



แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไป หรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ISBN : 978-974-422-741-6

พิมพ์ครั้งที่ 1 : ปี 2557

บรรณาธิการ : แพทย์หญิงทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์

จัดพิมพ์โดย : สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ 312 ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0-2306-9899 โทรสาร 0-2354-7085
<http://www.pni.go.th>

พิมพ์ที่ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด
9 ซอยลาดพร้าว 64 แขวง 14 เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทรศัพท์ 0-2530-4114 โทรสาร 0-2108-8951
www.tanapress.com, E-mail : tanapress@gmail.com

สารบัญ

หน้า

บทนำ.....	1
ข้อแนะนำการใช้.....	3
น้ำหนักคำแนะนำ	5
ระดับความสำคัญของหลักฐาน.....	6
ข้อควรปฏิบัติสำหรับการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม	10
บทที่ 1 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	11
1.1 การซักประวัติ และตรวจร่างกาย	11
1.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	17
1.3 การตรวจทางประสาทจิตวิทยา.....	20
1.4 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม และการวินิจฉัยแยกโรคในภาวะสมองเสื่อมชนิดต่างๆ.....	21
เอกสารอ้างอิง	22
บทที่ 2 Management of cognitive impairment.....	23
2.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management).....	23
2.2 การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological management).....	26
เอกสารอ้างอิง	29
บทที่ 3 การดูแลทั่วไป (general management)	33
3.1 กิจกรรมประจำวัน (activities of daily living: ADL).....	33
3.2 สิ่งแวดล้อม (environment) และแนวทางการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม	36
3.3 ผู้ดูแล (caregivers หรือ carers)	37
3.4 การฟื้นฟูผู้ป่วยสมองเสื่อมด้านกายภาพ (physical rehabilitation)	39
3.5 การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (palliative and end- of- life care).....	41
3.6 ปัญหากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสมองเสื่อม	43
เอกสารอ้างอิง	47
บทที่ 4 ปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	49
(behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)	
เอกสารอ้างอิง	63



สารบัญ

ภาคผนวกที่	หน้า
1. แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (dementia)	72
2. แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย Alzheimer's disease (AD)	73
3. แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย Alzheimer's disease with	74
cerebrovascular disease (AD with CVD)	
4. แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย vascular dementia (VaD)	75
5. แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย Parkinson's disease with dementia (PDD)	76
6. แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย dementia with Lewy bodies (DLB)	77
7. แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย frontotemporal dementia (FTD)	78
8. แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย normal pressure hydrocephalus (NPH)	79
9. Neuroimaging กับการตรวจหาภาวะโรคสมองเสื่อม	80
10. ปรีชาปัญญา (cognition)	99
• ตัวอย่างแบบคัดกรองทางปรีชาปัญญา (cognitive screening test)	
แบบทดสอบ TMSE	101
แบบทดสอบ MMSE – Thai 2002	103
แบบทดสอบ 7 minutes test	106
แบบทดสอบ Montreal cognitive assessment (MOCA)	110
• แบบทดสอบทางปรีชาปัญญาเฉพาะส่วน (specific cognitive domain)	111
Clock drawing test	111
Verbal fluency (letters/categories)	111
RUDAS - Thaiversion (Rowland Universal Dementia assessment scale)	113
IQCODE	116
ตัวย่อ	
11. ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65	117
12. แบบทดสอบความสามารถในการเดินและการทรงตัว	118
13. เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่	119
• Basic ADL : Barthel Index, Katz Index of ADL	119
• Instrumental ADL : Chula ADL Index, Lawtor IADL	122
14. แบบฟอร์มผู้พิการ	124

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1	แนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม.....	8
แผนภูมิที่ 2	แผนภูมิการวินิจฉัยแยกโรคในภาวะสมองเสื่อม.....	9
แผนภูมิที่ 3	Management of delirium	52

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	หัวข้อประวัติที่แนะนำให้ซักถามเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค (++).....	12
ตารางที่ 2	การซักประวัติและตรวจร่างกายที่ช่วยการวินิจฉัยแยกโรค.....	13
ตารางที่ 3	การเปรียบเทียบอาการทางคลินิกระหว่าง delirium, dementia และ depression	14
ตารางที่ 4	Potentially reversible dementia.....	15
ตารางที่ 5	การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แนะนำให้ทำเพื่อหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่ บำบัดรักษาได้และวางแผนการรักษา (น้ำหนักคำแนะนำ: ++)	16
ตารางที่ 6	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อมีข้อบ่งชี้จำเพาะ (น้ำหนักคำแนะนำ: +).....	17
ตารางที่ 7	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อมีข้อบ่งชี้จำเพาะ (น้ำหนักคำแนะนำ: +/-)	18
ตารางที่ 8	Pharmacological treatment of dementia.....	25
ตารางที่ 9	ผลของยาต่อ cognitive outcome ทางคลินิก	26
ตารางที่ 10	ข้อควรระวังในการใช้ยา cholinesterase inhibitors (ChEIs) ร่วมกับยาอื่น	26
ตารางที่ 11	Pharmacological management of modifiable risk factors of dementia.....	28
ตารางที่ 12	การปฏิบัติ / การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้ป่วย.....	37
ตารางที่ 13	การฟื้นฟูด้านกายภาพ	44
ตารางที่ 14	การปฏิบัติสำหรับแพทย์ในด้านกฎหมาย	49
ตารางที่ 15	ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตที่พบบ่อย	53
ตารางที่ 16	การรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	57
ตารางที่ 17	ยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants).....	63
ตารางที่ 18	ยารักษาโรคจิต (antipsychotics).....	64
ตารางที่ 19	ยานอนหลับที่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม.....	65
ตารางที่ 20	ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer) ที่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	65
ตารางที่ 21	น้ำหนักคำแนะนำในการใช้ยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดต่างๆ	66
ตารางที่ 22	ยาที่น้ำหนักคำแนะนำอยู่ในระดับไม่น่าใช้ (+)..... และไม่ควรใช้ (--) ในการรักษาผู้ที่มีสมองเสื่อม	67



คำนิยม

ภาวะสมองเสื่อม เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากทั้งต่อด้านร่างกาย ทางจิตใจ และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย รวมทั้งภาระในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว ดังนั้นความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัยและการดูแลรักษา จะมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรมการแพทย์ โดยสถาบันประสาทวิทยา ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขโดยรวมมาโดยตลอด จึงได้ดำเนินการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อมให้มีความสมบูรณ์ และทันสมัย รวมทั้งเหมาะสมกับประเทศไทย ได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย สมาคม และราชวิทยาลัย มาร่วมประชุม ระดมความคิดเห็น และประสบการณ์ เพื่อปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม โดยมุ่งหวังให้แพทย์ทั่วไปได้ใช้เป็นแนวทางอ้างอิงและปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา และบริบทของพื้นที่ โดยคำนึงถึงคุณภาพมาตรฐานและประสิทธิภาพ

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนร่วมทุกท่านและทุกองค์กร ที่ร่วมดำเนินการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อมฉบับปรับปรุงใหม่นี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

4๗2

(นายบุญชัย พิพัฒน์วนิชกุล)
ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

คำนิยม

CPG ฉบับที่ 3 ได้ถูกผลิต พัฒนา และปรับปรุงให้ดีกว่าฉบับที่ 2 ที่ออกมาเมื่อ 6 ปีก่อน เป็น CPG ธรรมดาที่ไม่ธรรมดาจริงๆ เพราะเป็น CPG Mini-Text เนื้อหาสาระภายในเป็นแก่นแท้ หรือ core content ของเรื่อง dementia สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เฉพาะทางที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาโรคสมองเสื่อม ถ้านำข้อมูลภายในทั้งหมดมาใช้ให้ถูกต้องตามขั้นตอนที่ได้แนะนำ แพทย์จะสามารถวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมและสามารถแยกโรคสมองเสื่อมชนิดต่างๆ เช่น LBD และ FTD ได้ง่ายๆ ที่ระดับข้างเตียงผู้ป่วย...bedside diagnosis นอกเหนือจากโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ AD ซึ่งทุกคนรู้จักและคุ้นเคยดี การพึ่งพา Lab high-tech พวกรูป x-ray images จะมีน้อยมาก เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยประหยัดงบประมาณในส่วนนี้ ตัวอย่าง ภาพ x-ray CT และ MRI brain ที่ปรากฏใน CPG ฉบับนี้ก็ชัดเจนดีมากๆ ชัดกว่าที่เคยเห็นในตำรา Neuroradiology บางเล่ม

โดยสรุป CPG ฉบับที่ 3 เป็นคู่มือที่ดีมากๆ สำหรับแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางด้วย จิตแพทย์ประสาทแพทย์อ่านแล้ว ความรู้เรื่อง dementia จะหนักแน่น มั่นคง และเฉียบคมมากยิ่งขึ้น

เช่นเดียวกับการผลิต CPG สำหรับการดูแลรักษาโรคสมองเสื่อมฉบับที่ 2 การที่สถาบันประสาทวิทยาเป็นเจ้าภาพและบริหารจัดการเรื่องการผลิต CPG ฉบับที่ 3 ก็เป็นเรื่องที่ถูกต้องเหมาะสม และเป็นที่น่ายินดี สำหรับผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยาที่มี Wisdom และ mission ณ จุดนี้

เรื่อง dementia เป็นเรื่องที่สำคัญและใหญ่มากๆ สำหรับทุกประเทศทั่วโลกในปัจจุบันรวมทั้งประเทศไทย ด้วย และนับวันจากนี้ไป ปัญหาเรื่องการดูแลรักษาโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มพูนมากยิ่งขึ้นๆ ถ้าไม่บริหารจัดการให้ดี และจะซับซ้อนมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ ยากที่จะแก้ไขให้เป็นรูปธรรมในระดับครอบครัวโรงพยาบาล และในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

งานนี้เป็น multiple win-win situations win ตัวที่ 1 คือประชาชนคนไทยที่เป็นโรคสมองเสื่อมและญาติที่เกี่ยวข้องเรื่องการดูแลรักษา win ตัวที่ 2 คือกลุ่มแพทย์ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลรักษาโรคสมองเสื่อม ทั้งแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง win ตัวที่ 3 คือสถาบันประสาทวิทยา และสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

(ศ.เกียรติคุณ นายแพทย์ประเสริฐ บุญเกิด)
นายกสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย



คำนิยม

ผมขอชื่นชมคณะทำงานแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม ฉบับปี พ.ศ. 2557 ซึ่งนับเป็นฉบับที่ 3 (ล่าสุด) ผมได้อ่านและรับรู้ได้ว่า แนวทางเล่มนี้มีความชัดเจนดีขึ้นกว่าทุกเล่มที่ผ่านมา และแนวทางปฏิบัติเล่มนี้ หากผู้ใช้ทำการศึกษาและนำไปปฏิบัติจริงย่อมจะได้ประโยชน์แก่แพทย์ทุกระดับ รวมทั้งความรู้ในแนวทางฉบับนี้ ก็มีมากขึ้นเป็นเหมือนตำราสมองเสื่อมฉบับพกพา และผมขอให้แนวทางเวชปฏิบัตินี้เป็นเครื่องมือสำคัญของการ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระบบสาธารณสุขไทย ในการที่จะช่วยให้แพทย์ทุกระดับเข้าใจ และสามารถวินิจฉัยให้การสืบค้น ตลอดจนการให้การรักษาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติได้ถูกต้อง ประโยชน์จาก แนวทางนี้ขอมอบแก่ประชาชนโดยทุกท่าน แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ที่ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทุกท่าน

(นายแพทย์สมชาย ไตวณะบุตร)

นายกสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย

คำนิยม

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมแห่งผู้สูงอายุ ดังนั้นปัญหาโรคสมองเสื่อม (Dementia) จึงเป็นปัญหาสำคัญที่อายุรแพทย์และแพทย์ในสาขาต่างๆ จำเป็นต้องมีความรู้ในการประเมิน วินิจฉัย และวางแผนทางการรักษาโรคที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมนี้

เป็นที่น่ายินดีว่า สถาบันประสาทวิทยาโดยความร่วมมือจากแพทย์จากสถาบันต่างๆ ได้ดำเนินการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อมมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว และมีการปรับปรุงพัฒนาเรื่อยมาจนครั้งนี้เป็นฉบับที่ 3 ทั้งนี้เพื่อให้แนวทางการปฏิบัติดังกล่าวมีความทันสมัย สามารถนำไปใช้ในเวชปฏิบัติในผู้ป่วยคนไทยได้จริง

ในนามของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ผมขอแสดงความชื่นชมต่อสถาบันประสาทวิทยา และคณะผู้จัดทำในความอุตสาหะมุ่งมั่นผลิตแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อมฉบับนี้จนสำเร็จเป็นรูปเล่มที่สวยงาม และหวังว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมฉบับนี้ จะเป็นคู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยอย่างแท้จริง สมดังเจตนารมณ์ของผู้จัดทำทุกประการ

(ศ.นพ.ธำนิษฐา อินทรกำธรชัย)

ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย



คำนิยม

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี ภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การที่อายุรแพทย์หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจปัญหานี้ สามารถให้การวินิจฉัยโรค ดูแลรักษาผู้ป่วย ตลอดจนให้คำแนะนำแก่ญาติได้ จึงเป็นสิ่งที่ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในมิติทางจิตใจ และสังคมของผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างมาก

หนังสือแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อมที่สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ได้จัดทำขึ้น โดยความร่วมมือจากแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาต่างๆ นี้ มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยและการดูแลรักษา ทั้งทางชีวภาพและทางจิตสังคมอย่างครบถ้วน แม้กระทั่งแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ก็ยังมีการกล่าวถึง อีกทั้งเป็นคำแนะนำที่ตรงกับปัญหาที่แพทย์ผู้ดูแลรักษาพบในทางปฏิบัติจริง

ผมขอแสดงความชื่นชมในความอุตสาหะและจิตใจที่มีเจตนาช่วยเหลือผู้ป่วยของคณะแพทย์ผู้จัดทำทุกท่าน ผมเชื่อว่าหนังสือแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อแพทย์ซึ่งดูแลรักษาผู้สูงอายุในการนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง อันนำมาสู่การให้การดูแลผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดอย่างมีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ศาสตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล
ประธานราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

รายนามคณะผู้จัดทำ แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม

1. ศ.นพ.ประเสริฐ	บุญเกิด	สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย
2. รศ.พญ.วรวรรณ	เสนานรงค์	สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย
3. รศ.พญ.จิรพร	เหล่าธรรมทัศน์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ศ.พญ.นันทิกา	ทวิชาชาติ	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. รศ.พญ.ศิวาพร	จันทร์กระจ่าง	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6. รศ.ดร.จุฑามณี	สุทธิสีสังข์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รศ.นพ.ก้องเกียรติ	กฤษณ์กัทราก	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
8. รศ.พูนศรี	รังษิณี	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9. ผศ.พญ.ปณิตา	ลิ้มปะวัฒน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
10. พญ.กรรณิการ์	คงบุญเกียรติ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. นพ.พงศธร	พหลภาคย์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
12. ศ.นพ.กัมมันต์	พันธุ์จินดา	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
13. ผศ.นพ.สุขเจริญ	ตั้งวงษ์ไชย	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
14. ผศ.พญ.สุวรรณา	เศรษฐ์วิชราวนิช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15. ผศ.พญ.ดาวชมพู	นาคะวิโร	ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
16. พญ.โสฬพัทธ์	เหมรัมย์โรจน์	ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
17. อ.พญ.กัณฑ์กมล	จัยสิน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
18. อ.พญ.ภาพันท์	ไทยพิสุทธิกุล	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
19. พญ.อรพิชญา	ไกรฤทธิ์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
20. พญ.สิรินทร	ฉันทศิริกาญจน์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
21. อ.นพ.ยุทธชัย	ลิขิตเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
22. นพ.วัฒนชัย	โชตินัยวัตรกุล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
23. นพ.ชัชวาล	รัตนบรรณกิจ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
24. นพ.สุรจิต	สุนทรธรรม	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
25. นพ.พนัส	ธัญญะกิจไพศาล	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ
26. นพ.วรพงษ์	เธียรอุกฤษณ์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ
27. นพ.เมธา	รังสีหิรัญรัตน์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ
28. นพ.สุวัฒน์	ศรีสุวรรณนุกร	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราช
29. นพ.เอกราช	เพิ่มศรี	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ



รายนามคณะผู้จัดทำ แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม

30. พญ.พัชรมณต์	ลำเลียงพล	โรงพยาบาลศรีธัญญา
31. นพ.อภิชาติ	จรรยาวิลาส	โรงพยาบาลศรีธัญญา
32. นพ.สมชาย	โตวณะบุตร	สถาบันประสาทวิทยา
33. นพ.สุชาติ	หาญไชยพิบูลย์กุล	สถาบันประสาทวิทยา
33. พญ.ทัศนีย์	ตันติฤทธิศักดิ์	สถาบันประสาทวิทยา
34. น.ส.อิสรี	ตรีกลม	สถาบันประสาทวิทยา
35. นพ.อักรวุฒิ	วิริยเวชกุล	สถาบันประสาทวิทยา
36. พญ.กาญจนา	อ้นวงศ์	สถาบันประสาทวิทยา
37. นพ.เมธา	อภิวัฒนกุล	สถาบันประสาทวิทยา
38. พญ.ขวัญรัตน์	หวังผลพัฒนาศิริ	สถาบันประสาทวิทยา
39. พญ.ไพโรจน์สร	ฉัตรชัยกุลศิริ	สถาบันประสาทวิทยา
40. นพ.ธนบูรณ์	วรกิจอำรงชัย	สถาบันประสาทวิทยา
41. นพ.ธเนศ	เดิมกลิ่นจันทร์	สถาบันประสาทวิทยา
42. น.ส.จรรยารักษ์	สุพัฒน์	สถาบันประสาทวิทยา
43. น.ส.ชื่นสุตา	ไชยยะนนท์	สถาบันประสาทวิทยา

คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

1. นพ.บุญชัย	พิพัฒน์วิชกุล	ที่ปรึกษา
2. ศ.นพ.ประเสริฐ	บุญเกิด	ที่ปรึกษา
3. ศ.นพ.กัมมันต์	พันธุ์จินดา	ที่ปรึกษา
4. นพ.สมชาย	โตณะบุตร	ที่ปรึกษา
5. น.ส.อิสรี	ตรีกลม	ที่ปรึกษา
6. พญ.ทัศนีย์	ตันติฤทธิศักดิ์	ประธานคณะกรรมการ
7. ศ.พญ.นันทิกา	ทริชาชาติ	คณะกรรมการ
8. รศ.พญ.วรพรรณ	เสนานรงค์	คณะกรรมการ
9. รศ.นพ.ก้องเกียรติ	กฤษณ์กันทรารกร	คณะกรรมการ
10. รศ.ดร.จุฑามณี	สุทธิสีสังข์	คณะกรรมการ
11. รศ.พูนศรี	รังษิณี	คณะกรรมการ
12. ผศ.นพ.สุเจริญ	ตั้งวงษ์ไชย	คณะกรรมการ
13. ผศ.พญ.สุวรรณา	เศรษฐวัชรานิช	คณะกรรมการ
14. รศ.พญ.ปณิดา	ลิปะวัฒนะ	คณะกรรมการ
15. ผศ.พญ.ดาวชมพู	นาคะวิโร	คณะกรรมการ
16. อ.พญ.กัณฑ์กลม	จัยสิน	คณะกรรมการ
17. อ.พญ.ภาพันธ์	ไทยพิสุทธิกุล	คณะกรรมการ
18. อ.นพ.ยุทธชัย	ลิขิตเจริญ	คณะกรรมการ
19. นพ.วัฒนชัย	โชตินัยวัตรกุล	คณะกรรมการ
20. นพ.สุรจิต	สุนทรธรรม	คณะกรรมการ
21. นพ.เมธา	รังสีหิรัญรัตน์	คณะกรรมการ
22. นพ.สุวัฒน์	ศรีสุวรรณานุกร	คณะกรรมการ
23. พญ.พัชรมณท์	ลำเลียงพล	คณะกรรมการ
24. นพ.วรพงษ์	เทียรอุกฤษฏ์	คณะกรรมการ
25. นพ.อภิชาติ	จริยาวิลาศ	คณะกรรมการ
26. พญ.โสฬพัทธ์	เหมรัมย์ชูโรจน์	คณะกรรมการ
27. นพ.เอกราช	เพิ่มศรี	คณะกรรมการ
28. พญ.ศิรินทร	ฉันทศิริกาญจน	คณะกรรมการ
29. พญ.กรรณิการ์	คงบุญเกียรติ	คณะกรรมการ



คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

30.	นพ.พงศธร	พหุภคย์	คณะกรรมการ
31.	นพ.สุชาติ	หาญไชยพิบูลย์กุล	คณะกรรมการ
32.	นพ.อัศวิน	วิริยเวชกุล	คณะกรรมการ
33.	นพ.เมธา	อภิวัฒนากุล	คณะกรรมการ
34.	พญ.กาญจนา	อันวังค์	คณะกรรมการ
35.	นพ.ธนบูรณ์	วรกิจธำรงค์ชัย	คณะกรรมการ
36.	พญ.พิไลภัสสร	ฉัตรชัยกุลศิริ	คณะกรรมการ
37.	พญ.ขวัญรัตน์	หวังผลพัฒนศิริ	เลขานุการและคณะกรรมการ
38.	นพ.ธเนศ	เต็มกลิ่นจันทร์	ผู้ช่วยเลขานุการและคณะกรรมการ 1
39.	น.ส.จรรยาธิษ	สุพัฒน์	ผู้ช่วยเลขานุการและคณะกรรมการ 2
40.	น.ส.ชื่นสุดา	ไชยยะนนท์	ผู้ช่วยเลขานุการและคณะกรรมการ 3

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในปัจจุบันและในอนาคต ที่ประชากรไทยและโลก มีอายุเฉลี่ยยาวนานขึ้น จะพบผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2553* พบว่าโครงสร้างของประชากรเปลี่ยนไปเป็นโครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุ คือ ส่วนบนของพีรามิดมีขนาดกว้างขึ้น ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีประมาณ 8.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.9 ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2012 พบว่าในกลุ่มประเทศอาเซียน มีอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ประมาณร้อยละ 6.3 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป** ถ้าคำนวณตามจำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทย จะพบผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมถึง 542,300 คน ซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย

ปัจจุบันการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้อง ยังเป็นปัญหาของสาธารณสุขไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษา แพทย์ทั่วไปยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคหรือสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อมฉบับนี้ทางคณะผู้จัดทำซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา จิตแพทย์ อายุรแพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อายุรแพทย์ แพทย์ประสาทรังสี ซึ่งเป็นตัวแทนจากราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง คณะแพทยศาสตร์ต่างๆ และตัวแทนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันจัดทำแนวทางการรักษาระดับนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ สำหรับแพทย์ทั่วไป แพทย์อายุรกรรมทั่วไป แพทย์ประสาทวิทยา ที่ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เพื่อใช้ในการวินิจฉัย การรักษาแบบไม่ใช้ยาและแบบใช้ยา รวมทั้งการประเมินและติดตามการรักษา รวมทั้งการให้คำแนะนำทางด้านกฎหมายสำหรับแพทย์และญาติในการเตรียมตัวสำหรับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแนวทางการรักษาระดับนี้ได้ปรับปรุงเป็นฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3 โดยปรับปรุงจากความคิดเห็นของแพทย์ที่ได้เคยใช้แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อมฉบับที่ 2 ซึ่งทางผู้จัดทำได้ส่งแบบสอบถามไปยังแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 102 ราย ผลปรากฏว่าแนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อมสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ร้อยละ 81.9 เนื้อหามีความเข้าใจง่าย ร้อยละ 91.9 แต่การวินิจฉัยแยกโรคยังไม่ชัดเจน ทางคณะผู้จัดทำจึงได้เพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนของการวินิจฉัยแยกโรค โดยได้รับการอนุญาตจากสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยให้ใช้แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยและติดตาม

* กลุ่มสถิติประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานผลเบื้องต้น สปค. 2553

** World Health Organization 2012. Dementia: a public health priority. United Kingdom

ผลการรักษาโรคในภาวะสมองเสื่อมฉบับปี 2555 และปรับปรุงเนื้อหาต่างๆ ให้ทันสมัย และได้ใช้ระดับคำแนะนำตามแบบของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ รวมทั้งได้เพิ่มเติมเกี่ยวกับระดับของรพ.ที่เหมาะสมกับการตรวจรักษาต่างๆ อ้างอิงตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขฉบับปี 2555 แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้จึงยึดหลักการรวบรวมแก่นองค์ความรู้ด้านภาวะสมองเสื่อมทั่วไป ผสมผสานกับเวชปฏิบัติในบริบทของชุมชนและสังคมไทยปัจจุบัน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและผู้มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าวยิ่งขึ้นต่อไป

คณะผู้จัดทำ

แนวทางเวชปฏิบัติ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ข้อเสนอแนะการใช้ CPG “แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม”

ในระยะแรก ถ้าท่านใช้ CPG ฉบับนี้ให้ถูกต้องตามคำแนะนำ ท่านจะได้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมและความชำนาญในการใช้ CPG แบบสะสมที่เพิ่มพูนขึ้นเรื่อยๆ จากเดิมที่ท่านต้องพึ่งพา CPG เกือบ 100% เป็นการพิจารณาเพียงแผนภูมิ ท่านจะสามารถเข้าใจ CPG ฉบับนี้ได้ทั้งหมด

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

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

ขั้นตอนที่แนะนำ

- ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาโครงสร้างหลักของ CPG เล่มนี้ โดยเปิดดูตั้งแต่หน้าแรกถึงหน้าสุดท้าย พิจารณาเนื้อหาเอกสารในภาพรวมทั้งเล่มว่ามีเรื่องอะไรและอยู่ที่ใดบ้าง
- ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาแผนภูมิหลักที่ 1, 2 ให้เข้าใจ เพราะแผนภูมินี้เป็นทั้งแม่บทและตัวกำกับเนื้อหา เมื่อเข้าใจแผนภูมิชัดเจนดีแล้วจะทำให้เข้าใจเนื้อหาทั้งเล่มได้ง่ายขึ้น
- ขั้นตอนที่ 3 ถ้าต้องการทราบรายละเอียดแบบเจาะลึกให้ไปเปิดค้นที่ภาคผนวกในเรื่องต่างๆ เช่น คำจำกัดความ ตาราง เอกสารอ้างอิง
- ขั้นตอนที่ 4 เมื่อใช้ CPG ฉบับนี้บ่อยๆ จะเข้าใจได้ง่ายขึ้น และในที่สุดอาจปฏิบัติโดยไม่ต้องดูแผนภูมินี้เลย

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่เกิดสถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



กรอบการจัดระดับสถานบริการสาธารณสุข¹

ระดับระบบบริการ	สถานบริการสาธารณสุข
ระบบบริการระดับปฐมภูมิ (P)	1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองที่มีแพทย์ปฏิบัติเป็นประจำ
ระบบบริการระดับทุติยภูมิ (S)	1. รพช.แม่ข่าย (M2) 2. รพช.ขนาดใหญ่ (F1) 3. รพช. (F2) 4. รพช.ขนาดเล็ก (F3) 5. รพช.สร้างใหม่
ระบบบริการระดับตติยภูมิ (T)	1. รพศ. (A) 2. รพท.ระดับจังหวัด (S) 3. รพท.ขนาดเล็ก (M1)

หมายเหตุ : อ้างอิง คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๐๙ / ๒๕๕๕ เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักรับบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2555

¹ สำนักรับบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพส่วนภูมิภาค วันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ เวลา ๐๘.๐๐-๑๖.๓๐ น. ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

Level of evidence and recommendations used for guidelines in management of patients with cerebrovascular disease

น้ำหนักคำแนะนำ

คำแนะนำ	คำอธิบาย
++	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและคุ้มค่า (cost effective) “ควรทำ” (strongly recommend)
+	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและอาจคุ้มค่าในภาวะจำเพาะ “น่าทำ” (recommend)
+/-	ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำ เนื่องจากมาตรการดังกล่าวยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า อาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้นการตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ “อาจทำหรือไม่ทำ” (neither recommend nor against)
-	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมาตรการดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและไม่คุ้มค่า หากไม่จำเป็น “ไม่น่าทำ” (against)
--	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจเกิดโทษหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย “ไม่ควรทำ” (strongly against)

ที่มา: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ระดับความสำคัญของหลักฐาน

ระดับความสำคัญ ของหลักฐาน	คำอธิบาย
1	1-1 การทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษาแบบกลุ่ม สุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled clinical trials) หรือ 1-2 การศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ (a well-designed, randomize-controlled, clinical trial)
2	2-1 การทบทวนแบบมีระบบของการศึกษาควบคุมแต่ไม่ได้สุ่มตัวอย่าง (non-randomized, controlled, clinical trials) หรือ 2-2 การศึกษาควบคุมแต่ไม่ได้สุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพดีเยี่ยม (well-designed, non- randomized, controlled clinical trial) หรือ 2-3 หลักฐานจากรายงานการศึกษาตามแผนติดตามเหตุไปหาผล (cohort) หรือการ ศึกษาวิเคราะห์ควบคุมกรณีย้อนหลัง (case control analytic studies) ที่ได้รับ การออกแบบวิจัยเป็นอย่างดี ซึ่งมาจากสถาบันหรือกลุ่มวิจัยมากกว่าหนึ่งแห่ง/ กลุ่ม หรือ 2-4 หลักฐานจากพหุกาลานุกรม (multiple time series) ซึ่งมีหรือไม่มีมาตรการ ดำเนินการ หรือหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกรูปแบบอื่นหรือทดลองแบบไม่มี การควบคุม ซึ่งมีผลประจักษ์ถึงประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติมาตรการที่เด่นชัด มาก เช่น ผลของการนำยาเพนนิซิลินมาใช้ในราว พ.ศ.2480 จะได้รับการจัดอยู่ใน หลักฐานประเภทนี้
3	3-1 การศึกษาพรรณนา (descriptive studies) หรือ 3-2 การศึกษาควบคุมที่มีคุณภาพ พอใช้ (fair-designed, controlled clinical trial)
4	4-1 รายงานของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ ประกอบกับความเห็นพ้องหรือฉันทามติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ บนพื้นฐานประสบการณ์ทางคลินิก หรือ 4-2 รายงานอนุกรมผู้ป่วยจากการศึกษาในประชากรต่างกลุ่ม และคณะผู้ศึกษาต่างคณะ อย่างน้อย 2 ฉบับ

ที่มา : ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ความหมายของสัญลักษณ์ในแผนภูมิ

1. กรอบรูปสี่เหลี่ยม



= ข้อความภายในกรอบเป็น ปัญหา : disease, syndrome

2. กรอบรูปสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด



= ข้อความภายในเป็นการตัดสินใจปฏิบัติหรือ action : investigation, observation, treatment

3. กรอบรูปสี่เหลี่ยมมน



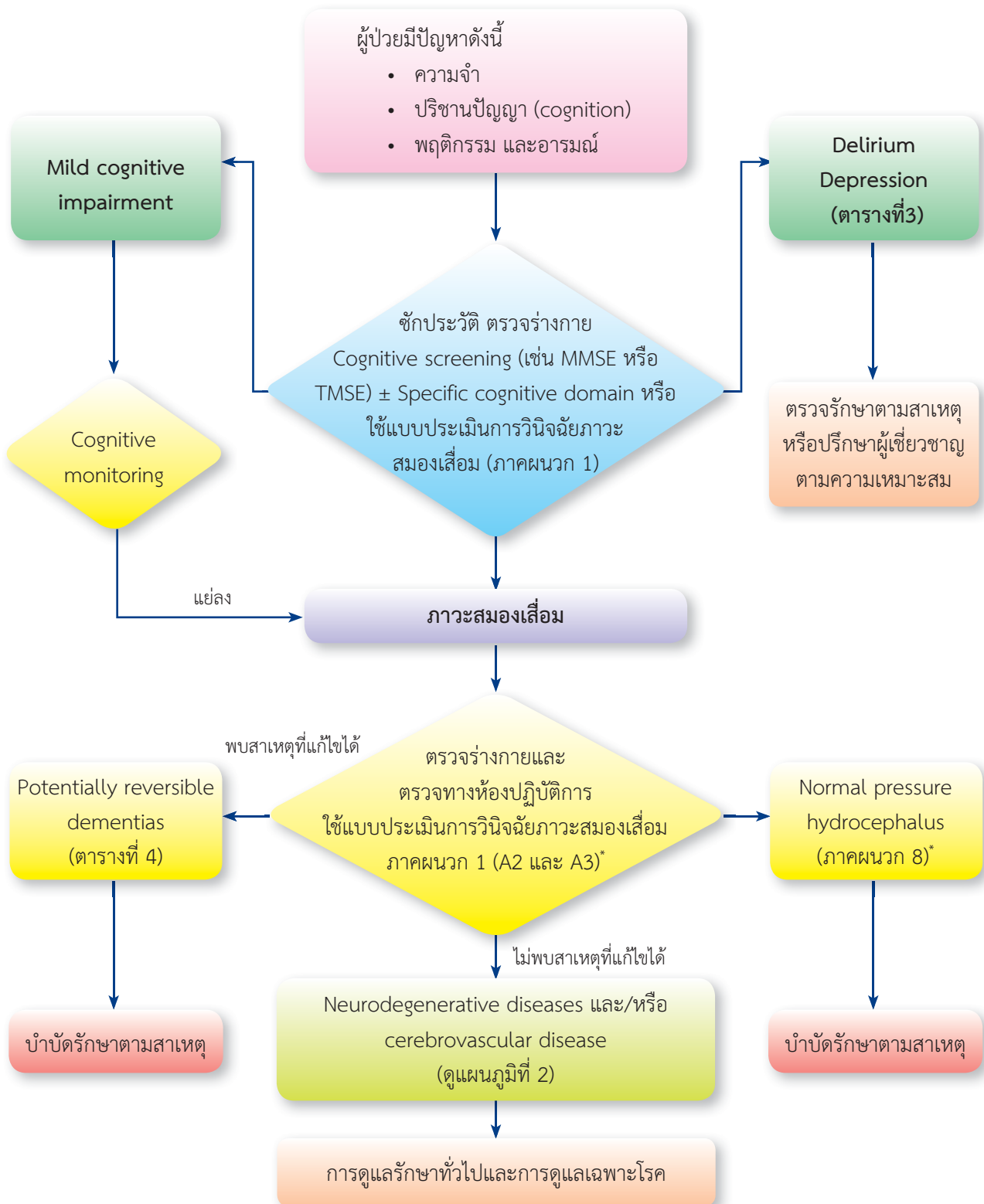
= ข้อความภายในเป็นคำอธิบาย/ข้อเสนอแนะ : health education

อนึ่ง หากสถานพยาบาลใดไม่สามารถดำเนินการตามแนวทางฉบับนี้ ให้ใช้ดุลยพินิจของแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง หรืออาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

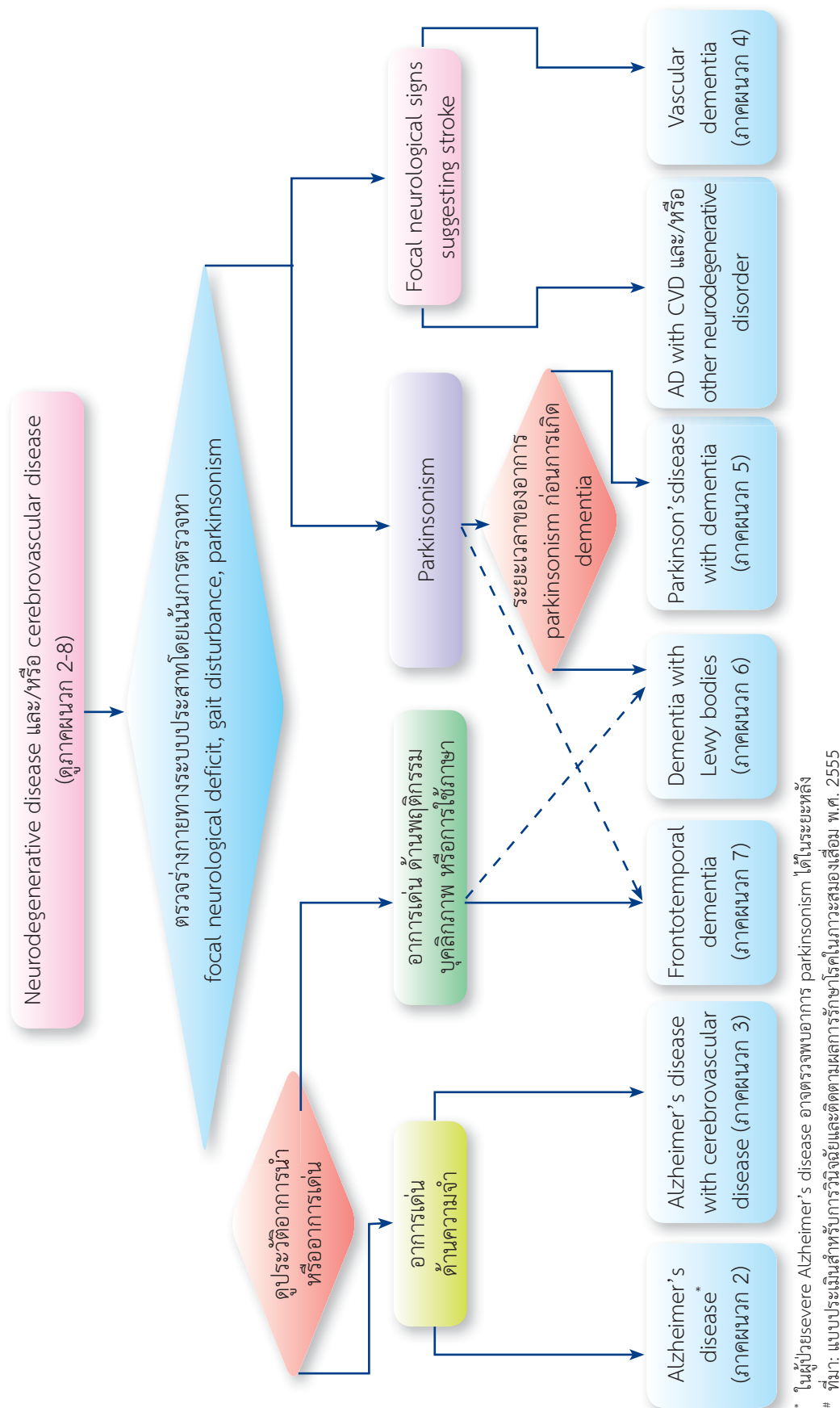


แผนภูมิที่ 1 แนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม



แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

แบบภูมิที่ 2 แผนภูมิการวินิจฉัยแยกโรคในภาวะสมองเสื่อม[#]



* ในผู้ป่วย severe Alzheimer's disease อาจตรวจพบอาการ parkinsonism ได้ในระยะหลัง
[#] ที่มา: แบบประเมินเส้นทางการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาโรคในภาวะสมองเสื่อม พ.ศ. 2555

---> พบไม่บ่อย

---> พบบ่อย

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่เกิดสถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ข้อควรปฏิบัติสำหรับการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

การซักประวัติและตรวจร่างกาย

น้ำหนักคำแนะนำ/ ระดับของสถานบริการ สุขภาพ	ประเด็นการซักประวัติ/การตรวจร่างกาย	วัตถุประสงค์
ประเด็นการซักประวัติ		
++ P, S, T	- ผู้ป่วยโดยตรง - ญาติ และ/หรือ ผู้ดูแล - หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม (ตารางที่ 1) (ภาคผนวกที่ 1 ส่วน A) • ความจำ และปรีชาญาณอื่นๆ (cognition) • พฤติกรรม และอารมณ์ • ADL	• เพื่อให้การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม • เพื่อการประเมินความรุนแรง/ระยะของภาวะสมองเสื่อม • เพื่อเป็นแนวทางในการหาสาเหตุ
ประเด็นการตรวจร่างกาย		
++ P, S, T	ตรวจร่างกายทั่วไป และทางระบบประสาท (ตารางที่ 2)	• เพื่อให้การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม • เพื่อการประเมินความรุนแรง/ระยะของภาวะสมองเสื่อม • เพื่อติดตามผลการรักษาภาวะสมองเสื่อม • เพื่อเป็นแนวทางในการหาสาเหตุ
++ P, S, T	Cognitive screening (เลือกทำตามความเหมาะสม) • TMSE (หน้า 102) • MMSE-Thai 2002 (หน้า 103)	• เพื่อประเมินความรุนแรง • เพื่อติดตามผลการรักษาภาวะสมองเสื่อม
+ S,T	• 7 minutes test (หน้า 106) • MoCA (หน้า 110) • IQCODE (หน้า 116) • RUDAS (หน้า 113) การตรวจทางจิตวิทยาเฉพาะด้าน (specific cognitive domain) • Verbal fluency (letters/categories) (หน้า 109) • Clock drawing test (หน้า 108)	• เพื่อประเมินความรุนแรง • เพื่อติดตามผลการรักษาภาวะสมองเสื่อม

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

บทที่ 1 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

ภาวะปริชนปัญญาบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) คือ ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านปริชนปัญญา (cognition) ร่วมกับตรวจทาง cognitive function แล้วพบว่าบกพร่อง แต่ไม่ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานหรือการเข้าสังคมอย่างชัดเจน เหมือนในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยภาวะความจำบกพร่องนี้จะมากกว่าคนปกติที่อยู่ในวัยเดียวกัน และการศึกษาในระดับเท่ากัน⁽¹⁾

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) คือภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่อง ในด้านปริชนปัญญา (cognition) อันได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน visuospatial function การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังครอบตัว โดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคม แต่ต้องไม่มีภาวะเพ้อ (delirium) โรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชเรื้อรัง หรือวิตกกังวลรุนแรงขณะวินิจฉัย²

การซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจร่างกายทางระบบประสาท และการตรวจ Cognitive screening และ/หรือ specific cognitive domain จุดมุ่งหมายเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม ประเมินความรุนแรง ติดตามโรคหรือผลการรักษา และหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะกลุ่ม potentially reversible dementia (ตารางที่ 4) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 9 ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม³

1.1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย

การซักประวัติเป็นเรื่องสำคัญที่สุด และถือเป็นหลักใหญ่ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเทียบเท่ากับการตรวจร่างกาย

การพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรงมีความสำคัญ บางครั้งการพูดคุยกับผู้ป่วย ซักถามเพียง 4-5 คำถาม ก็สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยรายนี้มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ และอยู่ในระยะใด

การพูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล หรือผู้ใกล้ชิดมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะการเก็บรวบรวมข้อมูล ความผิดปกติเกี่ยวกับ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การใช้ภาษา พฤติกรรม อารมณ์ รวมทั้งการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ตารางที่1-4)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่แนะนำให้ซักถามเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค (++)

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยโรค
1. การรับรู้ว่ามีอาการหรือ ปรีชาญาณผิดปกติ (memory and/or cognitive impairment)	- ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าความจำไม่ดี - ผู้ป่วย mild cognitive impairment (MCI) ส่วนใหญ่รู้ความจำไม่ดี - ผู้ป่วย pseudodementia ส่วนใหญ่รู้ความจำไม่ดีร่วมกับมี depressive symptoms (ดูตารางที่ 3)
2. อาการรุ่มนวลสับสน (mental confusion)	ถ้ามีอาการ fluctuation เป็นกลุ่ม delirium (ดูตารางที่ 3) เช่น encephalopathy เป็นต้น หรืออาจเกิดร่วมกับผู้ป่วยที่มีสมองเสื่อม (dementia) อยู่เดิม ซึ่งต้องหาสาเหตุต่อไป
3. ลักษณะอาการเมื่อเริ่มเป็น (onset)	ถ้าเป็นทันทีหรือเร็ว นึกถึง subdural hematoma, CNS infection, hydrocephalus เป็นต้น
4. ลักษณะการดำเนินโรค (course)	- ถ้าการดำเนินโรคเร็ว (วันหรือสัปดาห์) นึกถึง potentially reversible dementia - ถ้าการดำเนินโรคช้า ค่อยเป็นค่อยไป (เดือนหรือปี) นึกถึง neurodegenerative disease
5. ระยะเวลาที่ผิดปกติ (duration)	- ผู้ป่วยกลุ่ม potentially reversible dementia ระยะเวลาที่เป็นโรคมักจะไม่เกิน 6 เดือน - ผู้ป่วยกลุ่ม neurodegeneration disease ส่วนมากระยะเวลาที่เป็นมักนานกว่า 6 เดือน
6. ความผิดปกติของ ADL • หน้าที่และงานประจำ (instrumental) • กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic)	- การใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่เคยใช้ได้ในการประกอบอาชีพหรือปฏิบัติการกิจไม่ถูกต้อง ซึ่งจะผิดปกติตั้งแต่ระยะแรกของโรค เช่น การจับจ่ายซื้อของ, การทำอาหาร - การล้างหน้า การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การขับถ่ายจะเสียในระยะท้ายๆ ของโรค
7. ประวัติการใช้ยา (drugs) และ สาร (substances) อื่นๆ	ยาหรือสารบางชนิดทำให้มีอาการ dementia ได้ ซึ่งเป็น potentially reversible type เช่น tranquilizers, hypnotics, sedatives, anticholinergic, antihistamine รวมทั้ง toxic substance เช่น alcohol เป็นต้น
8. ประวัติในครอบครัว	ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการสมองเสื่อมที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (early onset Alzheimer's disease)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ตารางที่ 2 การซักประวัติและตรวจร่างกายที่ช่วยการวินิจฉัยแยกโรค

History / physical signs (++)	โรคที่พบบ่อย
Gait apraxia Incontinence Seizure Myoclonus Primitive reflexes (grasping, sucking) Progressive headache Localizing symptom Neck stiffness Papilledema	normal pressure hydrocephalus, small vessel disease normal pressure hydrocephalus, small vessel disease brain tumor, CNS infections creutzfeldt–Jakob disease, hepatic encephalopathy organic brain lesions (Organic brain disease) brain tumor, subdural hematoma, CNS infection brain tumor, subdural hematoma, abscess, stroke meningitis, subarachnoid hemorrhage brain tumor, subdural hematoma, CNS infections
Cognitive screening test (++) (เลือกใช้อย่างน้อยหนึ่งอย่าง)	ประโยชน์ที่นำไปใช้
• TMSE (หน้า 101) • MMSE - Thai 2002 (หน้า 103)	ช่วยในการวินิจฉัย บ่งบอกความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม บอกรัตราการเสื่อมถอยของโรค และติดตามผลการรักษาภาวะสมองเสื่อม
Cognitive screening test อื่นๆ (+) • 7 minutes test (หน้า 106) • MOCA test (หน้า 110) • RUDAS (หน้า 113) • IQCODE (หน้า 116)	
การตรวจทางจิตวิทยาเฉพาะด้าน (specific cognitive domain) +/-	
• Verbal fluency (letters/categories) (หน้า 109) • Clock drawing test (หน้า 108)	ช่วยในการวินิจฉัย และติดตามความผิดปกติของปริชาณปัญญาเฉพาะด้าน

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ตารางที่ 2 การซักประวัติและตรวจร่างกายที่ช่วยการวินิจฉัยแยกโรค (ต่อ)

กิจวัตรประจำวัน (ADL) (++)		
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental activities of daily livings) เช่น การซักผ้า การปรุงอาหาร การล้างจาน การใช้โทรศัพท์ การจ่ายตลาด สื่อสาร การบริหารเงิน การบริหารยา เป็นต้น		ช่วยในการวินิจฉัย บ่งบอกความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และบอกอัตราการเสื่อมถอยของโรค และติดตามผลการรักษาภาวะสมองเสื่อม อาการเหล่านี้จะหายไปในระยะแรกของโรค
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic activities of daily livings) เช่น การลุกจากเตียง การขับถ่าย การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การล้างหน้า การแต่งตัว การแปรงฟัน การขึ้นลงบันได การรับประทานอาหาร เป็นต้น		อาการเหล่านี้จะหายไปในระยะสุดท้ายของโรค ถ้าหายไปแสดงว่าอาการของภาวะสมองเสื่อมเป็นมาก

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอาการทางคลินิกระหว่าง delirium, dementia และ depression

Feature	Delirium	Dementia	Depression
Awareness	ลดลง	ดี	ดี
Alertness	เปลี่ยนแปลงมากขึ้นหรือน้อยลงในแต่ละวัน บางครั้งง่วงซึม บางครั้งตื่นดี	โดยทั่วไปปกติ	ปกติ
Attention	เสีย	โดยทั่วไปปกติ	เสียเพียงเล็กน้อย
Orientation	โดยทั่วไปจะเสีย	อาจจะเสีย	เสียบางส่วน
Memory	เสียทั้ง immediate และ recent	ระยะแรกเสียเฉพาะ recent	เสียความจำบางส่วน (selective or patchy impairment)
Thinking	disorganised, distorted, fragmented, slow หรือ accelerated	คิด abstract ได้ยาก ตัดสินใจเลวลง คิดหาคำพูดลำบาก	ปกติดี แต่จะมีความคิดท้อแท้ สิ้นหวัง หมดหนทาง
Perception	Illusion, delusion และ hallucination	ระยะแรกมักจะปกติดี ยกเว้น dementia with Lewy bodies	ปกติ แต่ถ้าเป็นรุนแรง มักจะมี delusion, hallucination ได้
Onset	acute หรือ subacute ขึ้นอยู่กับสาเหตุ	chronic มักค่อยเป็นค่อยไป	สัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตที่เปลี่ยนไป มักเกิดขึ้นเร็ว
Course	เป็นไม่นาน อาการจะเป็นมากขึ้นหรือน้อยลงในช่วงเวลาของวัน (diurnal fluctuation) มักเป็นมากในช่วงมืดค่ำ	เป็นนาน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นหรือน้อยลงในช่วงเวลาของวัน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ	อาการจะเป็นมากขึ้นและน้อยลงในช่วงเวลาของวัน โดยมากมักจะเป็นมากเวลาเช้า
Progression	เร็วช้าไม่แน่นอน	บางครั้งเร็ว	บางครั้งช้า
Duration	เป็นชั่วโมงและมักไม่เกิน 1 เดือน	เป็นเดือนถึงเป็นปี	เป็นอย่างน้อย 2 สัปดาห์

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่เกิดสถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ตารางที่ 4 Potentially reversible dementia

กลุ่มโรค	โรคที่พบได้บ่อย
Neurosurgical conditions	normal pressure hydrocephalus subdural hematoma intracranial tumor
CNS infection and inflammation	neurosyphilis HIV-associated neurocognitive disorder encephalitis meningitis (tubercular, fungal, malignant)
Autoimmune encephalitis	Anti-NMDA receptor encephalitis Anti-VGKC antibody-associated limbic encephalitis SLE associated encephalopathy Hashimoto's encephalopathy
Metabolic conditions	hypo/hyperthyroidism chronic kidney disease chronic liver failure hypoglycemia hypo/hyperparathyroidism Wilson's disease
Nutritional disorders	vitamin B12 deficiency Wernicke-Korsakoff's encephalopathy
Drugs and Intoxications	- anticholinergic drugs, sedative-hypnotic agents - Excessive use of alcohol - Toxic substances: heroin, toluene, carbon monoxide, carbon disulfide, lead, mercury, manganese

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ตารางที่ 5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แนะนำให้ทำเพื่อหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่รักษาได้และวางแผนการรักษา (น้ำหนักคำแนะนำ: ++)

น้ำหนักคำแนะนำ/ ระดับของสถานบริการ สุขภาพ	ชนิดของการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์
++	CBC พร้อมดู peripheral blood smear	เพื่อหา hypersegmented neutrophils และ megaloblasts ซึ่งพบในภาวะขาดวิตามินบี 12 (vitamin B12 deficiency) และความผิดปกติอื่นของเลือดๆ เช่น anemia เป็นต้น
++	Fasting plasma glucose	เพื่อตรวจหาภาวะน้ำตาลผิดปกติ
++	Electrolyte	เพื่อตรวจหาระดับเกลือแร่ผิดปกติในเลือด
++	BUN / creatinine	เพื่อตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของไต
++	Liver function test	เพื่อตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของตับ, ภาวะพิษสุราเรื้อรัง, alcoholic liver disease
++	freeT4, TSH	เพื่อตรวจหาภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism)
++	Serum VDRL หรือ RPR	เพื่อตรวจหาโรคซิฟิลิส
++ , S	CT scan หรือ MRI brain ควรทำด้วย dementia protocol (ดูเพิ่มเติมที่ภาคผนวกที่ 9)	เพื่อตรวจหาสาเหตุ reversible dementia และอาจช่วยในการวินิจฉัยกลุ่มโรค neurodegenerative disease บางชนิดและ vascular dementia

หากมีข้อบ่งชี้มากกว่าที่ระบุไว้ในตารางที่ 5 แนะนำตรวจค้นเพิ่มเติมตามตารางที่ 6, 7

1.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ประโยชน์ที่ได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มี 3 ประเด็นหลัก คือ

1. เพื่อตรวจหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่กลับสู่สภาวะปกติได้ (potentially reversible dementia)
2. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม
3. เพื่อทราบภาวะพื้นฐานของผู้ป่วย ก่อนการรักษาภาวะสมองเสื่อม

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ตารางที่ 6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อมีข้อบ่งชี้จำเพาะ (น้ำหนักคำแนะนำ: **+**)

น้ำหนัก คำแนะนำ/ระดับของ สถานบริการสุขภาพ	ชนิดของการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์
+ , S	Calcium เมื่อมีข้อสงสัย เช่น มีประวัติมะเร็ง หรือมีภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นเร็ว	เพื่อตรวจหาความผิดปกติของระดับแคลเซียม ในเลือด เพราะภาวะ hypercalcemia ทำให้ เกิดภาวะสมองเสื่อมได้
+ , S	Anti HIV	เพื่อช่วยในการวินิจฉัย HIV-associated neurocognitive disorder และช่วยในการ วางแผนการรักษา
+ , S	LP and CSF examination เมื่อสงสัย leptomeningeal metastasis, CNS infection, normal pressure hydrocephalus, CNS vasculitis, autoimmune encephalitis เป็นต้น	เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมจากบางโรค และช่วยวางแผนการรักษา
+ , T	Serum vitamin B ₁₂ , folate เมื่อมีข้อสงสัย เช่น ทุพโภชนาการ ทานมังสวิรัตเป็นเวลานาน (> 3 ปี) หรือมีการตัดกระเพาะอาหาร (gastrectomy)	เพื่อตรวจหาภาวะพร่องวิตามิน B ₁₂ ซึ่งทำให้ เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ความชุกของปัญหา การขาด B ₁₂ ในประชากรไทยเพียง 0.6% ซึ่ง น้อยกว่าในต่างประเทศ เนื่องจากมีการส่งตรวจ น้อย ^{4,5}
+ , T	EEG สงสัย Creutzfeldt – Jakob disease (rapidly progressive dementia with myoclonic jerks)	เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค Creutzfeldt – Jakob disease (CJD) หรือ Prion disease

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ตารางที่ 7 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อมีข้อบ่งชี้จำเพาะ (นำห้คำแนะนำ +/-)

น้ำหนัก คำแนะนำ/ระดับของ สถานบริการสุขภาพ	ชนิดของการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์
+/- , T	Plasma or CSF biomarkers CSF β -Amyloid ₁₋₄₂ และ hyperphosphorylated tau* พิจารณาส่งตรวจโดยแพทย์ผู้ เชี่ยวชาญเท่านั้น	เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค AD เมื่อพบ CSF hyperphosphorylated tau เพิ่มขึ้น CSF β - Amyloid ₁₋₄₂ ลดลง และ plasma $A\beta_{42}$ ลดลง หรือใช้ในการวินิจฉัยแยกโรค frontal variants ของ AD จาก frontotemporal dementia (มีความไวร้อยละ 85.7 และความจำเพาะ ร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่าง AD กับ โรคสมองเสื่อมที่ไม่ใช่ AD ⁷)
+/- , T	CT brain หรือ MRI brain special technique* เช่น perfusion technique, susceptibility technique, Diffusion Tensor Imaging (DTI), functional MRI, Magnetic resonance spectroscopy (MRS) (ดูเพิ่มเติมที่ภาคผนวก 9) พิจารณาส่งตรวจโดยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น	เพื่อหาสาเหตุอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดอาการคล้ายกับ neurodegenerative disease เช่น DAI**, CAA**, heavy metal intoxication เป็นต้น เพื่อใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคสมองเสื่อม และ ติดตามการรักษา
+/- , T	Genetic markers* ผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี และ/หรือมีประวัติสมองเสื่อม ในครอบครัว ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีกลุ่มอาการ ทางคลินิกที่เกิดจากโรคทางพันธุกรรม	เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค Familial AD: presenilin 1 & 2 Huntington's disease: CAG repeats SCA**, DRPLA** Early onset AD: ApoE genotype Familial FTD: tau gene mutations Mitochondrial disorders: mitochondrial DNA mutations CADASIL **: notch 3 mutations

* สามารถส่งตรวจได้เฉพาะในสถาบันบางแห่งเท่านั้น

** DAI = Diffuse axonal injury, **CAA = Cerebral amyloid angiopathy, SCA = Spinocerebellar ataxia, DRPLA = Dentatorubral pallidoluysian atrophy, CADASIL = Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical infarcts and Leucoencephalopathy

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณ์ฐานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



1.3 การตรวจทางประสาทจิตวิทยา (Cognitive screening / Neuropsychological tests)

นอกจากการซักประวัติและตรวจร่างกายแล้ว การประเมินการทำงานของสมองในด้านปริชาณปัญญา (cognition) ก็มีความสำคัญ และช่วยในการคัดกรอง หรือวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมได้ นอกจากนี้ ยังสามารถใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่สำคัญในการยืนยันสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเมื่อเกิดคดีความได้

เนื่องจากปริชาณปัญญา (cognition) มีหลายด้าน (ภาคผนวกที่10) การประเมินปริชาณปัญญา (cognition) ควรครอบคลุมการทำงานของสมองในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านความใส่ใจ (attention) ความสามารถในการบริหารจัดการ (executive function) การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) การใช้ภาษา (language) ความสามารถเกี่ยวกับมิติสัมพันธ์ (visuospatial function) และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรคภาวะสมองเสื่อมแต่ละชนิด ยกตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยที่เป็น Alzheimer's dementia จะสูญเสียปริชาณปัญญา (cognition) ในด้านการเรียนรู้และความจำค่อนข้างเด่น เมื่อเทียบกับปริชาณปัญญา (cognition) ในด้านอื่นๆ เป็นต้น นอกจากนี้ การทราบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องของปริชาณปัญญา (cognition) ด้านใด ยังช่วยในการวางแผนการรักษาทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาต่อไป

การทดสอบทางประสาทจิตวิทยานั้นมีหลายชนิด มีประโยชน์ในการประเมินปริชาณปัญญา (cognition) ในภาพรวม เช่น TMSE, MMSE, MMSE-Thai 2002, Seven minutes test, MOCA, IQCODE หรือ RUDAS เป็นต้น หรือเป็นการตรวจเฉพาะด้าน (specific cognitive domain) เช่น การตรวจ verbal fluency test, clock drawing test เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประเมินโดยละเอียด ซึ่งต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจ เช่น comprehensive neuropsychological tests เป็นต้น ในแต่ละการทดสอบจะมีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยภาวะ MCI หรือภาวะสมองเสื่อมที่ต่างกัน ในการประเมินให้คะแนนในแต่ละการทดสอบ ควรคำนึงถึงอายุ ระดับการศึกษา พื้นฐานอาชีพการงานเดิม ภาวะทางกายหรือทางใจที่ส่งผลให้ไม่สามารถทำการทดสอบได้เต็มที่ เช่น มีอาการแขนขาอ่อนแรง พวดไม่ชัด หรือมองไม่เห็น เป็นต้น

สรุปคำแนะนำ

น้ำหนัก คำแนะนำ/ระดับของ สถานบริการสุขภาพ	ชนิดของการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์
++ , ST	ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมทุกราย ควรได้รับการตรวจประเมินด้านปริชาณปัญญา (cognition) อย่างน้อยหนึ่งอย่าง โดยใช้ TMSE, MMSE, MMSE-Thai 2002 ในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมทุกราย	เพื่อประโยชน์ในด้านการวินิจฉัยและติดตามรักษา

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณ์ฐานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

1.4 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม และการวินิจฉัยแยกโรคในภาวะสมองเสื่อมชนิดต่างๆ (Dementia diagnosis and differential diagnosis in each types of dementia)

1.4.1 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

จากการซักประวัติโดยละเอียด การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังที่ได้กล่าวไปแล้ว จะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคหรือภาวะอื่นๆ ที่ไม่ใช่ neurodegenerative disease ได้ ซึ่งหากพบโรคหรือภาวะอื่นใดที่สามารถรักษาแก้ไขได้ ให้รักษาโรคหรือภาวะนั้นๆ ให้ดีขึ้น แล้วจึงประเมินใหม่อีกครั้ง

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม จะไม่สามารถกระทำได้ หากผู้ป่วยรายนั้นอยู่ในภาวะ delirium หรือมีโรคทางจิตเวชบางชนิด เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลรุนแรง ดังนั้นหากไม่แน่ใจในการวินิจฉัยภาวะดังกล่าว แนะนำส่งพบผู้เชี่ยวชาญประเมินก่อนให้การวินิจฉัยทุกครั้ง (ภาคผนวกที่ 1)

แต่หลังจากการตรวจวินิจฉัยดังกล่าวทั้งหมดแล้ว ไม่พบสาเหตุใดที่อธิบายความถดถอยของสมองได้ ให้คิดถึงภาวะ neurodegenerative disease โดยจะถือว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมก็ต่อเมื่อ ความผิดปกติที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบอาชีพ การประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือมีปัญหาในการเข้าสังคม

1.4.2 การวินิจฉัยแยกโรคในภาวะสมองเสื่อมแต่ละชนิด

การวินิจฉัยแยกโรคในภาวะสมองเสื่อมแต่ละชนิด มีความสำคัญในการวางแผนการรักษา การให้คำแนะนำ และสามารถบอกพยากรณ์โรคได้ อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมบางชนิดนั้น ทำได้ยากและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งควรมีแผนการส่งต่อที่เป็นรูปธรรมและเป็นขั้นเป็นตอนที่ชัดเจน

ในปี 2555 ได้มีการจัดทำแนวทางการประเมินสำหรับการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาโรคในภาวะสมองเสื่อม โดยสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ร่วมกับสถาบัน ชมรม สมาคมวิชาชีพต่างๆ ซึ่งในแนวทางฉบับนั้นได้จัดทำแผนผังในการแยกโรคสมองเสื่อมชนิดต่างๆ ดังแผนภูมิที่ 2² เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม และยังสามารถเลือกใช้แบบประเมินในรายละเอียดเพื่อการวินิจฉัยแยกโรคต่างๆ ในภาวะสมองเสื่อมต่อไป (ดูภาคผนวกที่ 2-8)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2011;7(3):270-9.
2. สมาคมโรคสมองเสื่อมประเทศไทย. แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาโรคในภาวะสมองเสื่อม พ.ศ. 2555.
3. William Thies PD, and Laura Bleiler. 2013 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2013;9:208-45.
4. Prayurahong B CS, Supawan P, et al. Vitamin B12, Folic Acid and Hematological status in elderly thais. *J Med Assoc Thai* 1993;76:71-8.
5. Assantachai P YP, Chongsuphaijaisiddhi T. Relationship of vitamin B₁, B₁₂, Folate and the cognitive ability of the Thai rural elderly. *J Med Assoc Thai* 1997;80:700.
6. Thaweepoksomboon J, Senanarong V, Pongvarin N, Chakorn T, Siwasariyanon N, Washirutmangkur L, et al. Assessment of cerebrospinal fluid (CSF) beta-amyloid (1-42), phosphorylated tau (ptau-181) and total Tau protein in patients with Alzheimer's disease (AD) and other dementia at Siriraj Hospital, Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2011 Feb; 94 Suppl 1:S77-83.
7. Senanarong V, Siwasaripmon L, Washirutmangkur N, et al. Alzheimer's Disease Dementia as the Diagnosis Best Supported by Cerebrospinal Fluid Biomarkers. Difference in Cut-Off Levels from Thai Experience. *International Journal of Alzheimer's Disease*. 2012;2012:212063.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

Unit 2 Management of cognitive impairment

2.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management)

หลักการทั่วไป

การรักษาและบำบัดโดยไม่ใช้ยา เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยาเพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการรักษาโรคสมองเสื่อม

การรักษาโดยไม่ใช้ยามีอยู่หลายรูปแบบ จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม และขีดความสามารถในการเรียนรู้ซึ่งเป็นพลวัต (dynamic process) และเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการดำเนินของโรค

ก่อนที่จะทำการรักษาโดยไม่ใช้ยา ควรเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม ประเมินและแก้ไขปัญหเกี่ยวกับประสาทการรับรู้ (เช่น ต้อกระจก การได้ยิน) บำบัดโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา ตลอดจนปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

ควรสื่อสารกับญาติและผู้ดูแลให้เข้าใจและยอมรับเรื่องขีดจำกัด ความสามารถในการรับรู้ และการเรียนรู้ของผู้ป่วยสมองเสื่อม การฝึกสอนผู้ป่วยโรคนี้ต้องใช้ความเข้าใจ ความอดทนและความพยายามมากเป็นพิเศษ การดูแลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นส่วนที่สำคัญและจำเป็นของกระบวนการรักษาแบบนี้

รูปแบบการรักษา

การรักษาจะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วย ไม่ควรใช้วิธีการรักษาที่ 1-3 ในขณะที่ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์รุนแรง

น้ำหนักคำแนะนำ	การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
+	1. การรักษาที่เน้น cognition (cognition-oriented) 1.1 Cognitive training : reality orientation อาจทำได้หลายรูปแบบโดย - ใช้สถานการณ์ เหตุการณ์ประจำวัน เช่น หนังสือพิมพ์ รายการทีวี ปฏิทิน หรือบุคคล - ผู้รักษาอาจใช้วิธีการเป็นกลุ่มหรือตัวต่อตัว ญาติหรือบุคคลรอบข้าง อาจใช้การพูดคุยเหตุการณ์ประจำวัน หรือให้ข้อมูลในเรื่องเดียวกันในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง	เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล รวมทั้งพฤติกรรมแสดงออกของตนเอง รวมทั้งทำให้ความจำดีขึ้น

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



น้ำหนัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
	ญาติหรือผู้ดูแลช่วยกระตุ้นผู้ป่วย ด้วยการพูดคุย ชักถามที่เหมาะสมขณะที่มีกิจกรรม เช่น การฝึกทำกิจกรรม การอ่านหนังสือ การเล่นเกม	
+	1.2 Memory training ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่มีความจำยังใช้ได้ โดยต้องประเมินความสามารถทางด้านระบบประสาทสัมผัสเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อน เช่น - การฝึกจำหน้าคน - เล่นเกมหลบตาทายสิ่งของ - ฟังเพลงที่คุ้นเคย - ร้องเพลง - สวดมนต์ ปัจจุบันมีการนำเอาคอมพิวเตอร์มาช่วยฝึกความจำ ข้อควรระวัง การฝึกมากเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ แยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น พึงพาผู้ดูแลมากขึ้น อาจทำให้ซึมเศร้าได้	เพื่อรักษาระดับความสามารถของความจำ เช่น การทำกิจกรรมฝึกความจำ ให้อยู่ในระดับเดิมให้มากที่สุด มักใช้ได้ผลในผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมไม่มาก มีการได้ยินปกติ และสายตาดี
+	1.3 Skill training โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะ ด้วยวิธีการใหม่ๆ ที่ง่าย ๆ เช่น - การวาดภาพ - การปั้นดินน้ำมัน - การเดินรำ - การแต่งตัว	- เพื่อรักษาระดับความรู้ความสามารถให้อยู่ในระดับเดิมให้มากที่สุด - เพื่อเรียนรู้ทักษะใหม่ที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้
+	2. การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented) 2.1 Reminiscence therapy เป็นการกระตุ้นความจำและอารมณ์ โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตในอดีตของผู้ป่วย รูปแบบอาจทำเป็นกลุ่ม ควรจะมีญาติร่วมด้วย โดยใช้อุปกรณ์ เช่น รูปภาพ ดนตรี บุคคลที่เกี่ยวข้องกับอดีตของผู้ป่วย	นำไปสู่การฟื้นความจำ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้น เป็นการช่วยปรับพฤติกรรมอารมณ์และความจำให้ดีขึ้น
+	2.2 วิธีการอื่นๆ - การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) - การใช้เทคนิคหลายๆ อย่าง เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย (validation therapy) - การผสมผสานการรับรู้เพื่อให้เกิดการแสดงอารมณ์ต่อผู้อื่น (sensory integration) หมายเหตุ รูปแบบการรักษา 3 ชนิดนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนน้อย	

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

หน้าหลัก คำแนะนำ	การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
+	3. การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (stimulation-oriented) การรักษากิจกรรมสันทนาการ (recreation therapy) เช่น • การเล่นเกม/เกมคอมพิวเตอร์/เกมไฟ/เกมกระดาน เช่น หมากกรุก • การทำงานฝีมือ ช่วยทำให้ปรีชาปัญญา cognition บทบาทหน้าที่และอารมณ์ผู้ป่วยดีขึ้น • ศิลปะบำบัด (art therapy) เช่น ดินร่ำ วาดรูป • ดนตรีบำบัด (music therapy) • multimodal หรือ multi-modal activation therapy ซึ่งประกอบด้วย motor stimulation, activity daily living และ cognitive stimulation (MAKS) • การเขียนบันทึกประจำวัน	
+	4. การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (behavior-oriented) การทำให้ดูเป็นตัวอย่าง การให้แรงจูงใจ การให้รางวัล การชื่นชม เช่น • ชื่นชมผู้ป่วยหรือให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ถ่ายปัสสาวะ หรือถ่ายอุจจาระในห้องน้ำได้เอง • เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าว	• เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรม ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม และเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือตัวกระตุ้น เพื่อลดปัญหาเหล่านั้น และผลกระทบ • เพื่อทำให้พฤติกรรมหรือทักษะที่หายไป กลับคืนมา และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกน ปัสสาวะรด เป็นต้น
+	5. การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (caregiver-oriented) เมื่อผู้ดูแลมีสุขภาพกาย จิตและอารมณ์ที่ดี ทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น วิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น • การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) • การทำกลุ่มศึกษา (group psychoeducation) • ให้กำลังใจ (emotional support) • ให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนเป็นครั้งคราว โดยส่งผู้ป่วยไปอยู่สถานบริบาลระยะสั้น (respite care)	เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดี ทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้นได้เช่นเดียวกัน

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



2.2 การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological management)

ตารางที่ 8 Pharmacological treatment of dementia

Alzheimer's disease						
การใช้ยา / ข้อพึงระวัง / ประโยชน์ที่ได้						
น้ำหนักคำแนะนำ	โรงพยาบาลที่รักษาได้	ยา	ขนาดเมื่อเริ่มยาและวิธีการปรับยา	ขนาดยาสูงสุด	ระยะเวลาปรับเพิ่มยา	ข้อควรระวัง
+	ตติยภูมิ (T) (ที่มีประสาทแพทย์, จิตแพทย์หรือแพทย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่สามารถดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามมาตรฐานที่กำหนดได้)	Donepezil	5 mg od อาจเพิ่มเป็น 10 mg od	10 mg od	4-6 สัปดาห์	คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ท้องเดิน ควรให้รับประทานตอนเช้า เพื่อลดการนอนไม่หลับ
+	ตติยภูมิ (T) (ที่มีประสาทแพทย์, จิตแพทย์หรือแพทย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่สามารถดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามมาตรฐานที่กำหนดได้)	Rivastigmine	1.5 mg bid อาจจะเพิ่มครั้งละ 1.5 mg bid จนถึงขนาดสูงสุด ขนาดยาต่ำสุดที่ได้ประโยชน์คือ 4.5 mg bid	6.0 mg bid	4 สัปดาห์	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ น้ำหนักตัวลด ซึ่งการปรับขนาดยาอย่างช้าๆ จะช่วยลดอาการข้างเคียงเหล่านี้ได้
			แผ่นแปะผิวหนังเริ่มจากขนาด 4.6 mg (5 cm ²) od	9.5 mg (10 cm ²) od	4 สัปดาห์	ร้อยละ 10-20 อาจพบปฏิกิริยาที่ผิวหนัง
+	ตติยภูมิ (T) (ที่มีประสาทแพทย์, จิตแพทย์หรือแพทย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่สามารถดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามมาตรฐานที่กำหนดได้)	Galantamine	8 mg PR od	16 mg PR od	4 สัปดาห์	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ น้ำหนักตัวลด
+	ตติยภูมิ (T) (ที่มีประสาทแพทย์, จิตแพทย์หรือแพทย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่สามารถดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามมาตรฐานที่กำหนดได้)	Memantine	5 mg od และเพิ่ม 5 mg ทุกสัปดาห์ จนถึงขนาดสูงสุด อาจใช้ร่วมกับ Acetylcholine esterase inhibitor	10 mg bid หรือ 20 mg od	1 สัปดาห์	ใช้เฉพาะผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะปานกลางถึงรุนแรง ถ้า GFR < 30 mL/min. ให้ปรับลดขนาดยา

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ตารางที่ 9 ผลของยาต่อ cognitive outcome ทางคลินิก

	Donepezil	Rivastigmine	Galantamine	Memantine	Ginkgo biloba	Nicergoline	Citicholine/ Cerebrolysin /Piracetam
Alzheimer's disease (AD) ⁴⁴	ดี	ดี	ดี	ดี (moderate to severe)	ไม่ได้ผล	ข้อมูล ไม่ชัดเจน	ข้อมูล ไม่ชัดเจน
Vascular dementia (VaD) ⁴⁵	ดี	พอใช้	ดี	ดี	ไม่มีข้อมูล	ข้อมูล ไม่ชัดเจน	ข้อมูล ไม่ชัดเจน
Alzheimer's disease with cerebrovascular disease ⁴⁶	ไม่มีข้อมูล	ข้อมูล ไม่ชัดเจน	ดี	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ข้อมูล ไม่ชัดเจน	ข้อมูล ไม่ชัดเจน
Parkinson's disease(PDD)/ Dementia with Lewy bodies ⁴⁷	ไม่ได้ผล	ดี	ไม่ได้ผล	พอใช้	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ข้อมูล ไม่ชัดเจน

ตารางที่ 10 ข้อควรระวังในการใช้ยา cholinesterase inhibitors (ChEIs) ร่วมกับยากลุ่มอื่น

กลุ่มยา	ตัวยา	ปฏิกิริยาหรือข้อเสียที่เกิดขึ้น
ยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic	sedating antihistamines เช่น chlorpheniramine, brompheniramine, dimenhydrinate, antispasmodics, tricyclic antidepressants, benztropine, trihexyphenidyl, orphenadrine	ขัดขวางการจับของ Ach กับ muscarinic receptor ทำให้ลดประโยชน์จากการใช้ยา ChEIs และอาจทำให้เกิดอาการสับสนหรือเพ้อ (delirium)
Cholinergic drug	urecholine	เกิด cholinergic overdose ทำให้หัวใจเต้นช้า และปวดท้อง
Antiarrhythmic drug	β -blockers, verapamil, diltiazem, digoxin	ทำให้เกิด bradycardia
Hepatic enzyme inducer ต่อ CYP2D6 และ CYP3A4*	carbamazepine, phenytoin, rifampin, dexamethasone	ฤทธิ์ยา donepezil และ galantamine ลดลง
Hepatic enzyme inhibitor • CYP2D6 • CYP3A4	• fluoxetine, paroxetine, duloxetine, quinidine • fluoxetine, fluvoxamine, erythromycin, clarithromycin, ketoconazole, itraconazole, verapamil, diltiazem, ritonavir, atazanavir	ฤทธิ์ยา donepezil และ galantamine เพิ่มขึ้น

*donepezil และ galantamine จะถูกกำจัดทางตับโดย CYP2D6 และ CYP3A4

cholinesterase inhibitors (ChEIs) ได้แก่ donepezil, rivastigmine, galantamine

หลักการใช้ยา ChEIs

1. จากหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่ายากลุ่ม ChEIs มีประสิทธิศักร์ (efficacy) ในการรักษาผู้ป่วยอัลไซเมอร์ขั้นอ่อนถึงรุนแรง แต่เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ยังไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ แพทย์ควรคำนึงถึงความเหมาะสมในผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



2. ภายหลังจากที่ได้รับยาในขนาดที่แนะนำไปและยาออกฤทธิ์เต็มที่แล้ว (ประมาณ 2-3 เดือนหลังได้รับยา) หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือตอบสนองได้ไม่ดีเท่าที่ควร สามารถเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นในกลุ่มนี้ได้ทันที ภายหลังจากหยุดยาตัวเดิม โดยไม่จำเป็นต้องมี washout period การที่ผู้ป่วยได้ตัวหนึ่งในกลุ่มนี้แล้วไม่ได้ผล สามารถเปลี่ยนไปใช้อีกตัวหนึ่งได้ เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันในด้านกลไกการออกฤทธิ์

3. ยังไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีโรคร่วมทางระบบประสาท เช่น multiple sclerosis, HIV, chronic epilepsy และระมัดระวังในการใช้ยากับผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ sick sinus syndrome และ sinus bradycardia

หลักการจ่ายยาในกลุ่มอื่น

- วิตามินอี 2,000 IU มีข้อมูลว่าช่วยชะลอการรับไว้ในสถานดูแลผู้สูงอายุ และการดำเนินของโรคเข้าสู่ขั้นรุนแรง รวมทั้งชะลอการเสียชีวิตเมื่อเทียบกับยาหลอก แต่มีโอกาสเพิ่มอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ถ้าได้รับขนาดมากกว่า 400 IU./day

- cognitive enhancers และ neuroprotective agents เช่น nicergoline, piracetam, cerebrolysin เป็นต้น ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพชัดเจนในการใช้รักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม

ตารางที่ 11 Pharmacological management of modifiable risk factors of dementia

น้ำหนักคำแนะนำ	โรคหรือภาวะ	หลักฐาน	การรักษา
++	โรคหลอดเลือดสมอง	PC : การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิด VaD	ตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ²⁴
++	โรคความดันเลือดสูง	PC : การมีภาวะความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิด VaD ^{2,4,17,25,29-31} NC : ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการรักษา มีความเสี่ยงของการเกิด VaD น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา ^{1,2,7,8}	ตามมาตรฐานการรักษาความดันโลหิตสูง ^{9,22,23}
++	โรคเบาหวาน	PC : โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิด VaD ^{2,4,6,10,15,16,25,30,36} NC : ไม่มีหลักฐานการควบคุมภาวะเบาหวาน มีผลต่อ cognitive function	ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ²⁰ และรักษาปัจจัยเสี่ยงอื่นที่พบร่วมกับภาวะเบาหวาน
++	ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	PC : ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด VaD ^{15,30-32,34,42} NC : ยังไม่มีหลักฐานว่าการใช้ยาลดไขมัน สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ¹⁸⁻¹⁹	ตามแนวทางการรักษาภาวะระดับไขมันในเลือดสูง ²¹
++	ภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด	หัวใจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ^{2-4,15,33}	ตามการดูแลผู้ป่วยภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจทั่วไป
++	ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation)	PC : การมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ atrial fibrillation มีความสัมพันธ์กับการเกิด VaD ^{11,12} NC : พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ความจำดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการรักษา แต่ยังมีการศึกษาจำนวนน้อย	ตามมาตรฐานการรักษาภาวะ non valvular atrial fibrillation ⁴³

PC = positive correlation, NC = negative correlation

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. Tzourio C, Dufouil C, Ducimetiere P, Alperovitch A. Cognitive decline in individuals with high blood pressure: A longitudinal study in the elderly. EVA Study Group. *Epidemiology of Vascular Aging. : Neurology.* 1999:1948-52.
2. Ross GW, Petrovitch H, White LR, et al. Characterization of risk factors for vascular dementia: The Honolulu-Asia Aging Study. *Neurology.* 1999:337-43.
3. Lindsay J, Hebert R, Rockwood K. The Canadian Study of Health and Aging: Risk Factors for Vascular Dementia. *Stroke.* 1997:526-30.
4. Hebert R, Lindsay J, Verreault R, Rockwood K, Hill G, Dubois MF. Vascular Dementia : Incidence and Risk Factors in the Canadian Study of Health and Aging. *Stroke.* 2000:1487-93.
5. Skoog I, Lernfelt B, Landahl S, et al. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. *Lancet.* 1996;347(9009):1141-5.
6. Knopman D, Boland LL, Mosley T, et al. Cardiovascular risk factors and cognitive decline in middle-aged adults. *Neurology.* 2001:42-8.
7. Forette F, Seux ML, Staessen JA, et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled systolic hypertension in europe (Syst-Eur) trial. *Lancet.* 1998; 352:1347-51.
8. Forette F, Seux ML, Staessen JA, et al. Systolic Hypertension In Europe Investigators. The Prevention of Dementia With Antihypertensive Treatment: New Evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Study. *Arch Intern Med.* 2002;162:2046-52.
9. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report from the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.* 2014;311:507-520.
10. Ott A, Stolk RP, Van Harskamp F, Pols HA, Hofman A, Breteler MM. Diabetes mellitus and the risk of dementia: The Rotterdam Study. *Neurology.* 1999;53:1937-42.
11. Ott A, Breteler MM, De Bruyne MC, Van Harskamp F, Grobbee DE, Hofman A. Atrial fibrillation and dementia in a population-based study. The Rotterdam Study. *Stroke.* 1997;28:316-21.
12. Kilander L, Andren B, Nyman H, Lind L, Boberg M, Lithell H. Atrial fibrillation is an independent determinant of low cognitive function: A cross-sectional study in elderly men. *Stroke.* 1998;29:1816-20.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



13. Hylek EM, Skates SJ, Sheehan MA, Singer DE. An analysis of the lowest effective intensity of prophylactic anticoagulation for patients with nonrheumatic atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 1996;335:540-6.
14. Lip GYH, Lowe GDO. Antithrombotic treatment for atrial fibrillation. *BMJ.* 1996;312:45-49.
15. Meyer JS, Mcclintic KL, Rogers RL, Sims P, Mortel KF. Aetiological considerations and risk factors for multi-infarct dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1988;51:1489-97.
16. Ott A, Stolk RP, Hofman A, Van Harskamp F, Grobbee DE, Breteler MM. Association of diabetes mellitus and dementia: The Rotterdam Study. *Diabetologia.* 1996;39:1392-7.
17. Tatemichi, T.K. MD; Desmond, et al. Dementia after stroke; baseline frequency, risks, and clinical features in a hospitalized cohort. *Neurology.* 1992;42:1185-1193.
18. Scott HD, Laake K. Statins for the prevention of Alzheimer's disease (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
19. Jick H, Zornberg GL, Jick SS, Seshadri S, Drachman DA. Statins and the risk of dementia. *Lancet.* 2000;356:1627-31.
20. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2554.
21. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 19 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน-ธันวาคม 2545: 15-31.
22. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
23. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee. 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines For The Management Of Hypertension. *Journal of Hypertension.* 1999, 17:151-183.
24. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สำหรับแพทย์.ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2555 ISBN : 978-974-422-671-6.
25. Henon H, Durieu I, Guerouaou D, Lebert F, Pasquier F, Leys D. Poststroke dementia. incidence and relationship to prestroke cognitive decline. *Neurology.* 2009;57:1216-22.
26. Lip GY, Hart RG, Conway DS. Antithrombotic therapy for atrial fibrillation. *BMJ.* 2002; 325:1022-5.
27. Pongvarin N., Payoonwivat N.,Devahastin V., Viriyavejakul A. Dementia in Thai stroke survivors: analysis of 212 patients. *J Med Assoc Thai.* 1995;7:337-343.
28. Simons M, Keller P, Dichgans J, Schulz JB. Cholesterol and Alzheimer's disease: is there a link? *Neurology.* 2001;57:1089-93.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณ์ฐานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

29. Kokmen E, Whisnant JP, O'Fallon WM, Chu CP, Beard CM. Dementia after ischemic stroke: a population-based study in Rochester, Minnesota (1960-1984). *Neurology*. 1996;46:154-9.
30. Tatemichi TK, Desmond DW, Paik M, et al. Clinical determinants of dementia related to stroke. *Ann Neurol*. 1993;33:568-75.
31. Gorelick PB. Status of risk factors for dementia associated with stroke. *Stroke*. 1997;28:459-63.
32. Moroney JT, Tang MX, Berlund L, et al. Low density lipoprotein cholesterol and the risk of dementia with stroke. *JAMA*. 1999;282:254-260.
33. Hofman A, Ott A, Breteler MMB, et al. Atherosclerosis, apolipoprotein E, and prevalence of dementia and Alzheimer's disease in the Rotterdam study, *Lancet*. 1997;349:151-154.
34. Tatemichi TK, Paik M, Bagiella E, et al. Risk of dementia after stroke in a hospitalized cohort: results of a longitudinal study. *Neurology*. 1994;44:1885-91.
35. Qiu C, Winblad B, Viitanen M, Fratiglioni L. Pulse pressure and risk of Alzheimer disease in persons aged 75 years and older: a community-based, longitudinal study. *Stroke*. 2003;34:594-9.
36. Kilander L, Nyman H, Boberg M, Hansson L, Lithell H. Hypertension is related to cognitive impairment: a 20-year follow-up of 999 men. *Hypertension*. 1998;31:780-6.
37. Glynn RJ, Beckett LA, Hebert LE, Morris MC, Scherr PA, Evans DA. Current and remote blood pressure and cognitive decline. *JAMA*. 1999;281:438-445.
38. Kivipelto M, Helkala E-L, Hallikainen M, et al. Elevated systolic blood pressure and high cholesterol levels at midlife are risk factors for late-life dementia. *Neurobiol Aging*. 2000;21(suppl1) : S174.
39. Posner HB, Tang MX, Luchsinger J, Lantigua R, Stern Y, Mayeux R. The relationship of hypertension in the elderly to AD, vascular dementia, and cognitive function. *Neurology*. 2002;58:1175-1181.
40. Kivipelto M, Helkala EL, Laakso MP, et al. Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study. *BMJ*. 2001;322:1447-1451 (16 June).
41. Luchsinger JA, Tang M-X, Stern Y, Shea S, Mayeux R. Diabetes mellitus and the risk of Alzheimer's disease and dementia with stroke in a multiethnic cohort. *Am J Epidemiol*. 2001;154:635-641.
42. Senanarong V, Jamjumrus P, Harnphadungkit K, Vannaseng S, Udompunthurak S, Prayoonwiwat N, Pomgvarin N. Risk factors for dementia and impaired cognitive status in Thai elderly. *J Med Assoc Thai*. 2001;84:468-474.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



43. Camm A.J., Kirchhof P., Lip G.Y.H., et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation; The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2010;31:2369-2429.
44. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. The Cochrane database of systematic reviews. 2006 (1):CD005593.
45. Kavirajan H, Schneider LS. Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Neurology*. 2007;6:782-92.
46. Erkinjuntti T, Kurz A, Gauthier S, Bullock R, Lilienfeld S, Damaraju CV. Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: a randomised trial. *The Lancet*. 2002;359:1283-90.
47. Wild R, Pettit T, Burns A. Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies. The Cochrane database of systematic reviews. 2003:CD003672.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

บทที่ 3 การดูแลทั่วไป (General management)

ผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละราย นอกจากจะมีความรุนแรงของโรคในระยะเวลาที่แตกต่างกันแล้ว ในแต่ละระยะของโรค ยังมีความต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนที่ไม่เหมือนกัน ทั้งในแง่ชนิดของกิจกรรมและระดับของความช่วยเหลือในแต่ละกิจกรรม ดังนั้น การวางแผนเกี่ยวกับการดูแลทั่วไป จึงต้องขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วย ความร่วมมือของผู้ดูแล และความรุนแรงของโรค ซึ่งจะได้จากการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม แล้วนำไปสู่การวางแผนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย (Individualized หรือ Tailored made) ต่อไป

3.1 กิจกรรมประจำวัน (activities of daily living: ADL)

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จะลดลงไปเรื่อยๆ ตามความรุนแรงของโรค และความสามารถในการใช้มือ แขน ขา นั่ง ยืน เดิน และการทรงตัวขณะกำลังยืน เดิน สิ่งที่สำคัญคือผู้ดูแลควรให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ โดยถือหลักให้ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมประจำวันเองให้มากที่สุดเท่าที่ความสามารถผู้ป่วยสามารถทำได้ก่อน เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยมีอาการขึ้นๆ ลงๆ ได้ บางวันทำได้ วันถัดไปอาจทำไม่ได้ หรือแม้แต่ในวันเดียวกันก็มีความแตกต่างกันได้ หลักปฏิบัติทั่วไปในการจัดการด้านกิจกรรมประจำวัน มีดังนี้

- ผู้ดูแลต้องวางแผนว่าช่วยผู้ป่วยกิจกรรมใดบ้างที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน
- ควรเตรียมว่าต้องทำกิจกรรมใดบ้างในแต่ละวัน
- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าต้องทำอะไรด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน และให้เวลาผู้ป่วยทำความเข้าใจและจัดการกับกิจกรรมนั้นๆ
- ควรให้ความเคารพนับถือผู้ป่วยเหมือนเป็นผู้ใหญ่คนหนึ่ง อย่าดูแลผู้ป่วยเหมือนเป็นเด็กเล็ก ผู้ดูแลต้องใจเย็น พยายามใช้สายตาเป็นสื่อลบลบโยนผู้ป่วย
- ควรอธิบายเหตุผลของการทำกิจกรรมนั้นๆ ถ้าผู้ป่วยยังสามารถเข้าใจได้
- คำถามควรเป็นแบบให้เป็นตัวเลือก ประมาณ 2-3 ตัวเลือก และหลีกเลี่ยงการถามคำถามปลายเปิด
- ใช้ภาษากายช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น และเริ่มทำกิจกรรม
- ควรให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆเสร็จ โดยการขอบคุณหรือชมเชย หลีกเลี่ยงการวิจารณ์ทางลบ
- ผู้ดูแลควรใจเย็น ให้เวลาผู้ป่วยในการทำกิจกรรม และคอยช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อจำเป็นเท่านั้น
- ผู้ดูแลควรสร้างบรรยากาศที่สนุกสนาน ระหว่างการทำกิจกรรม อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด หรือเหนื่อยเกินไป

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่เกิดสถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



รายละเอียดการจัดการด้านกิจวัตรประจำวัน มีดังนี้

การแต่งตัว

- ให้เลือกเครื่องแต่งกายเองจนกว่าจะทำได้
- จัดเตรียมเสื้อผ้าที่สะดวกในการใส่ ถอด และทำความสะอาด โดยเตรียมเสื้อผ้าให้ใส่เป็นลำดับเหมือนเดิมทุกครั้ง
- ให้แนวทางในการจัดเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับกาลเทศะ แต่ต้องมีความยืดหยุ่นด้วย

การรับประทานอาหาร

- ประเมินความสามารถในการเคี้ยว และการกลืนของผู้ป่วย
- ให้ผู้ป่วยมีโอกาเลือกทานอาหารที่ตนเองชอบตามหลักโภชนาการ
- ประเมินปริมาณอาหารและสัดส่วนสารอาหารให้เหมาะสม
- แบ่งอาหารให้สะดวกที่จะเอาเข้าปาก
- ช้อน ส้อม มีด ควรเป็นด้ามใหญ่ เพราะจับถือสะดวก
- ปรับอุณหภูมิอาหารให้เหมาะสม
- ปรับเวลาอาหารให้เหมาะสมกับการพักผ่อน นอนหลับและการออกกำลังกาย
- พยายามคงบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมเดิมๆ ของการรับประทานอาหาร เช่น เวลา ตำแหน่งโต๊ะ เก้าอี้ อุปกรณ์ที่ใช้ประจำ
- ฝึคผู้ป่วยขณะรับประทานอาหารด้วย เพื่อช่วยเหลือเมื่อจำเป็น และให้แน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ และเฝ้าระวังการสำลักน้ำและอาหาร
- กรณีผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร ควรให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการเลือกรายการอาหาร หรือมีส่วนร่วมในการทำอาหารที่ผู้ป่วยชอบ เช่น การทำแซนวิช การห่อเกี๊ยว การทำกวยเตี๋ยวหลอด เป็นต้น

การอาบน้ำ

- จัดเตรียมอุปกรณ์เรียงตามลำดับ ใช้อุปกรณ์ที่คุ้นเคย และสะดวก ไม่สลับซับซ้อน
- มีการยืดหยุ่นเวลาอาบน้ำให้สอดคล้องกับอารมณ์, พฤติกรรม และชีวิตประจำวัน
- ระวังน้ำร้อนลวก
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ลงมือทำเองให้มากที่สุด แต่ต้องเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะกำลังอาบน้ำ และต้องคอยตรวจสอบดูเรื่องความสะดวกด้วย
- ผู้ป่วยบางรายรู้สึกอายถ้ามีคนอาบน้ำให้ แนะนำให้ผู้ดูแลหาผ้าห่มไว้สำหรับปิดบังร่างกายบางส่วนไว้
- ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมอาบน้ำ แนะนำให้รอจังหวะและค่อยๆ เปียกเบนความสนใจ ผู้ดูแลสามารถชักชวนให้ผู้ป่วยอาบน้ำโดยใช้เทคนิคหลากหลาย เช่น ชวนเล่นน้ำสรงกรานต์ ชวนทำความสะอาดห้องน้ำ โดยหลีกเลี่ยงในการออกคำสั่งหรือการใช้เสียงดัง

การขับถ่ายและใช้ห้องน้ำ

- จัดเวลาให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันและมื้ออาหาร
- ปรับแต่งให้ห้องขับถ่ายมีความสะดวก สามารถมองเห็นได้ง่ายและเข้าถึงสะดวก อยู่ไม่ไกลจากที่พักประจำ

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

- ปรับอาหารและน้ำดื่มให้เข้ากับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ และไม่ดื่มน้ำมากเกินไปก่อนเข้านอน
- ถ้ากลืนปัสสาวะไม่ได้ อาจกำหนดเวลาไปห้องน้ำเป็นระยะ แม้จะยังไม่รู้สึกปวดปัสสาวะ
- หากอาการกลืนปัสสาวะ อูจจะระไม่ได้เพิ่งเกิดขึ้น ให้พยายามมองหาสาเหตุและแก้ไขก่อนที่จะบอกว่าเป็นอาการจากภาวะสมองเสื่อม เช่น ปวดข้อเข่า จึงไปเข้าห้องน้ำไม่ทัน หรือมีการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น
- ใส่เสื้อผ้าที่ถอดออกง่ายเมื่อไปเข้าห้องน้ำ เช่น กางเกงยางยืด เสื้อผ้าคอนข้างหลวม หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ พิจารณาใช้แผ่นรองซับหรือผ้ากันเปื้อนที่กันน้ำได้ไว้บนเก้าอี้ที่ผู้ป่วยนั่งและเตียงนอน

การยืน การเดิน และการเคลื่อนไหวร่างกาย

- ทดสอบความสามารถในการยืน การเดิน โดยเฉพาะเรื่องการทรงตัว เช่น Timed Up and Go test (ภาคผนวกที่ 12)
- ละเว้นการจำกัดการเคลื่อนไหว และการเดินของผู้ป่วย
- เลือกเวลาและสถานที่สำหรับผู้ป่วยให้เหมาะสมและปลอดภัย เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ
- เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้เดิน ได้เคลื่อนไหวด้วยตนเอง โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การเคลื่อนไหว จะมีผลดีต่อผู้ป่วยในแทบทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ การนอน การขับถ่าย และความจำ
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถยืน เดินได้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง
- เมื่อจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ควรเลือกใช้อุปกรณ์ที่ใช้ง่าย ไม่ซับซ้อน และเหมาะสมสำหรับผู้ผู้ป่วยแต่ละราย
- ใช้ภาษาพูดและภาษากายที่ง่าย และเป็นขั้นตอนในการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยยืนและเดิน

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

1. จัดอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ การขาดอาหารประเภทโปรตีน ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจำเป็นต้องให้โปรตีนชดเชยในรูปของอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่ายไขมันต่ำ นมไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน ไข่ขาว และปริมาณอาหารส่วนอื่นเพิ่มเติม เพื่อให้ได้จำนวนแคลอรีที่เพียงพอควบคู่ไปด้วย
2. ควบคุมน้ำหนักตัวตามมาตรฐานดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI)
3. ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับโรคและสภาพของผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น ออกกำลังกายโดยการเดินเร็วในช่วงเช้าหรือช่วงเย็น เพื่อให้ได้รับแสงแดดในปริมาณที่เหมาะสม หรือกิจกรรมเข้าจังหวะ
4. ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์เพื่อประเมินสุขภาพในช่องปากเป็นระยะ
5. การดูแลและการใช้ยาสำหรับรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เดิม ควรระวังถึงปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) กับยาที่ใช้รักษาภาวะสมองเสื่อมด้วย (ตารางที่ 10)
6. การป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ
7. หลีกเลี่ยงโรคติดต่อ ลูกหลานที่เป็นไข้หวัด ไม่ควรมาเยี่ยมใกล้ชิดขณะมีอาการ
8. ดูแลสุขภาพจิต หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับใช้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



9. การได้รับวัคซีนที่เหมาะสม โดยพิจารณาเหมือนผู้สูงอายุทั่วไป
10. ส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบเพื่อน ญาติ หรือกิจกรรมอื่นที่ผู้ป่วยชอบและพอใจ

ตารางที่ 12 การปฏิบัติ / การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้ป่วย

น้ำหนักคำแนะนำ	การปฏิบัติ / การประเมิน	วัตถุประสงค์และเครื่องมือที่ใช้
+++	1. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activities of daily living: bADL) • เครื่องมือที่นิยมคือ สำหรับ bADL คือ Barthel's index (ดูภาคผนวก 13)	
+++	2. ความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นสูง (instrumental activities of daily living: iADL) เป็นความสามารถที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในระดับที่มากขึ้น • ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะต้นถึงระยะกลาง ที่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในบางด้านได้บ้าง • เครื่องมือที่นิยมคือ สำหรับ iADL คือ Chula ADL index, Lawton IADL (ดูภาคผนวก 13)	
+++	3. ควรมีการประเมินประเด็นเหล่านี้ที่ baseline และ ประเมินซ้ำตามความเหมาะสมเพื่อประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน และวางแผนการฟื้นฟูในระยะยาวตามระดับความสามารถของสมอง	

3.2 สิ่งแวดล้อม (environment) และแนวทางการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมสิ่งกระตุ้นรอบๆตัวผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ช่วยส่งเสริมให้เป็นไปตามเป้าหมายในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย ช่วยสนับสนุนความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลให้ดีขึ้น รวมถึงการอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยด้วย ซึ่งความรู้สึกปลอดภัยจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นและช่วยลดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การจัดพื้นที่ให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรได้อย่างเหมาะสม ก็ช่วยลดอาการวิตกกังวลและลดภาวะซึมเศร้า รวมถึงป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยมีหลักการในภาพรวมดังต่อไปนี้

- ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการเลวลง เช่น เสียงรบกวน
- ติดสัญลักษณ์ หรือ ตัวหนังสือบอกตำแหน่งห้องน้ำ เลือกใช้สีฟ้าตัวเลขขนาดใหญ่
- แสงสว่างเพียงพอ ติดตั้งหลอดไฟที่สว่างขึ้นเองโดยอัตโนมัติในบริเวณมุมมืดที่เดินผ่านบ่อยๆ
- เตียงนอน เก้าอี้ โต๊ะมีความสูงพอเหมาะ ไม่เตี้ยเกินไป
- พยายามให้ผู้ป่วยพักอาศัยที่ชั้นล่างของบ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องขึ้นลงแต่ละชั้นของบ้านทางเดินและบันได ควรมีราวจับตลอด และขั้นบันไดสม่ำเสมอ
- พื้นห้องสม่ำเสมอและไม่ลื่น จุดเชื่อมต่อระหว่างห้องควรอยู่ระดับเดียวกัน หลีกเลี่ยงธรณีประตู ไม่ควรมีสสิ่งของเกะกะ เช่น พรมเช็ดเท้า สายไฟฟ้า
- ควรระวังอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหกล้มจากการทำกิจกรรมต่างๆ ภายในบ้านและนอกบ้าน เช่น การทำครัว การดูแลเด็กเล็ก การดูแลสัตว์เลี้ยง การสะดุดสิ่งกีดขวาง
- ห้องนอนมีขนาดพอเหมาะ ไม่ใหญ่เกินไป ให้พักคนเดียวหรือพักร่วมกับผู้ดูแล

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีสถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

- ห้องน้ำกว้างพอสำหรับการมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ควรแยกส่วนแห้ง ส่วนเปียก พื้นควรใช้วัสดุที่ป้องกันการลื่น อุปกรณ์อาบน้ำควรอยู่ในระดับสายตาเพื่อให้สะดวกในการใช้ มีราวสำหรับจับยึด เก้าอี้ ไม่มีขั้นหรือธรณีประตู ห้องน้ำควรเป็นทางลาด มีประตูใหญ่พอที่รถเข็นเข้าได้ ประตูห้องน้ำสามารถเปิดจากด้านนอกได้ เข้าถึงได้ง่าย สามารถทราบว่ามีคนอยู่ข้างในได้แม้ตอนกลางคืน แต่ยังคงต้องมีความเป็นส่วนตัว ห้องน้ำควรอยู่ใกล้ห้องนอน
- พื้นไม่ลื่น ทางเดิน บันได โถง สะดวก
- ควรใช้วัสดุกันห้อง โดยหลีกเลี่ยงกระจก หรือกระจกเงา
- ใช้เฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง มีเท้าที่จำเป็น สูงจากพื้น มองเห็นง่าย ไม่ลื่น เลี่ยงสิ่งของมีล้อ
- ป้องกันไฟไหม้ น้ำร้อนลวกจากอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ปลั๊กไฟ อุปกรณ์ไฟฟ้า เตารีด เครื่องทำน้ำร้อน
- ยาและสารเคมี ควรจัดเก็บไว้ในที่มิดชิด
- เก็บสิ่งของขึ้นเล็กๆ ที่อาจเอาเข้าปากและจมน้ำ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายได้
- ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย สีห้องและสีผ้าม่านควรเป็นสีโทนเดียว สบายตา ไม่มีลวดลาย ในระยะที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ไม่ควรย้ายเฟอร์นิเจอร์หลักหรือย้ายที่อยู่อาศัย เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยสับสนมากขึ้น และความสามารถของสมองด้านอื่นๆ ลดลงด้วย แนะนำให้ใช้เฟอร์นิเจอร์และของใช้ที่บ่งบอกตัวผู้ป่วยหรือความหลังหากเป็นไปได้ เช่น รูปที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ภาพบุคคลที่เป็นที่รัก คนในครอบครัว ภาพกิจกรรมที่มีความสุข

3.3 ผู้ดูแล (Caregivers หรือ Carers)

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือจากภาวะสูงอายุ จนเกิดภาวะพร่องความสามารถทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้โดยปราศจากการช่วยเหลือจากผู้ดูแล

ผู้ดูแลสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท กล่าวคือ

1) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานพยาบาล หรือองค์กรต่างๆ ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ รวมทั้งผู้ช่วยจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant) โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ ตามข้อตกลง

2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน มักเป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล และมีแรงจูงใจของการดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ ความสัมพันธ์ทางศาสนา หรือจากครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ถือว่ามีความยากทั้งจากตัวโรคเองและจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ โดยพบว่าสุขภาพกายและความสามารถสมองของผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับความพร้อม ความรู้ และการปรับตัวของครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะต้องให้ครอบคลุมปัญหาทั้ง 3 ด้าน

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ของผู้ป่วย คือ

1. ด้านสติปัญญา
2. พฤติกรรม บุคลิกภาพ
3. อาการทางจิตประสาท

ซึ่งถ้าได้ผู้ดูแลที่ไม่ยืดหยุ่นและปรับตัวเข้ากับผู้ป่วยไม่ได้ มักจะก่อให้เกิดปัญหามากกว่าผลดี การดูแลในส่วนนี้ ควรดำเนินการ 2 ส่วนใหญ่คือ ทางด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล

สำหรับด้านผู้ดูแล ควรจัดเตรียมความพร้อมและให้คำแนะนำในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

- ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการพยากรณ์โรค
- แนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละระยะของภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากข้อจำกัดของความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย และความรู้ความสามารถของผู้ดูแล เช่น ความสามารถในการสื่อสารและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือ เป็นต้น
- การจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อม เช่น ปัญหาพฤติกรรม ปัญหาทางด้านอารมณ์ เป็นต้น
- วิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ เช่น การดูแลสายยางเพื่อให้อาหาร การดูแลสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น
- การเตรียมแผนสำรองในกรณีที่ผู้ดูแลมีภารกิจจำเป็นส่วนตัวหรือเจ็บป่วย
- ควรมีการจัดกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (Caregiver support group) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและเป็นการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย

2. การดูแลตนเองของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นกลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการสูญเสียสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้มากกว่าบุคคลอื่น จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตในสภาพที่ดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ดีที่สุดด้วย ผู้ดูแลควรต้องมีการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อนำไปสู่การปรับตัวและมีความสุขกับการกิจที่ต้องทำได้อย่างดี

คำแนะนำเบื้องต้นสำหรับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

2.1 ยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่ตนเองเป็นผู้รับผิดชอบ คล้ายกับการประกอบอาชีพรูปแบบหนึ่ง ทำให้แนวโน้มที่ผู้ดูแลจะโกรธหรือเครียดกับตัวเอง และการปิดกั้นการหาความช่วยเหลือจากคนอื่นลดน้อยลง

2.2 จัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม ผู้ดูแลต้องจัดแบ่งเวลาเพื่อดูแลตัวเองด้วย เช่น เมื่อผู้ดูแลหลักต้องการเวลาพักผ่อน ทุกคนในครอบครัวควรต้องมีส่วนร่วม ไม่ทิ้งภาระทั้งหมดให้กับผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว เป็นต้น

2.3 ดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ได้แก่ การคัดกรองโรคเรื้อรัง การป้องกันการบาดเจ็บจากการช่วยเหลือผู้ป่วย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการพักผ่อนที่เพียงพอ

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับคัดกรองแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีสถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

2.4 สำรวจความรู้สึกและสภาพจิตใจของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น โกรธ เศร้า หมดหวัง รู้สึกผิด ละอายใจ เป็นต้น ถ้าพบควรหาวิธีแก้ไขที่เหมาะสม เช่น พุดระบายความรู้สึก เป็นต้น

2.5 กล้าที่จะบอกและแสดงความต้องการของตนเอง รวมถึงร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างอย่างเหมาะสม

2.6 ถ้ามีปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ ควรปล่อยวางไว้ก่อนและแก้ไขในภายหลัง

3.4 การฟื้นฟูผู้ป่วยสมองเสื่อมด้านกายภาพ (physical rehabilitation)

การฟื้นฟูที่ดีและมีประสิทธิภาพต้องทำอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน รวมทั้งการฟื้นฟูให้กับผู้ป่วยในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ดูแลผู้ป่วยควรตระหนักถึงความสำคัญ เพื่อจะนำมาปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการประเมินทุกด้าน รวมทั้งความชอบ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ อาศัยการร่วมมือทำงานกันเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) โดยจุดประสงค์หลักของการทำกิจกรรม เพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยสมองเสื่อมด้านกายภาพ ควรคำนึงถึงการรักษาความสามารถของผู้ป่วยที่ยังทำได้ ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยว่างจนเกินไป สร้างความรู้สึกร่วมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของงาน ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมในทางสร้างสรรค์ หากิจกรรมทดแทนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นปัญหา และส่งเสริมการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยคำพูดและท่าทาง

แนวทางการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยสมองเสื่อมด้านกายภาพ มีดังนี้

1. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาสุขภาพและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การฟื้นฟูควรประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้ป่วยก่อน เพื่อให้ทราบปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือตนเอง แล้วจึงวางแผนการฟื้นฟูและกำหนดเป้าหมายให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อไป การประเมินที่นิยมใช้ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic activities of daily living) และขั้นสูง (instrumental activities of daily living : iADL)

2. การให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการให้การฟื้นฟูกับผู้ป่วย

เป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูทางกายภาพ ผลการศึกษาการให้คำแนะนำกับญาติผู้ป่วยขณะที่เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัดออกทำการ โดยให้คำแนะนำในด้านการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทั้งในด้านกายภาพและสังคมของผู้ป่วย พบว่านอกจากจะทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมแล้ว ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมน้อยกว่า ผู้ดูแลก็มีสุขภาพจิตดีกว่า และมีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย เมื่อติดตามผลที่เวลา 3 เดือนหลังการศึกษา

3. การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ควรจัดกิจกรรมในแต่ละวันให้เป็นกิจวัตรที่เรียบง่าย ไม่ซับซ้อน เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย มั่นใจ และปลอดภัยในการทำกิจกรรมนั้นๆ ยกเว้นหากกิจกรรมนั้นไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย พยายามให้ผู้ป่วยทำอะไรเองให้มากที่สุดเท่าที่ความสามารถขณะนั้นทำได้ และอาจใช้อุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตร เช่น คอกเดิน (walking frame) เครื่องช่วยฟัง แว่นตา การปรับรองเท้าให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และแนะนำผู้ดูแลให้กระตุ้นระบบ

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ประสาทสัมผัสการรับรู้ของผู้ป่วยโดยการบีบ จับ นวด กระตุ้นการรับรู้รส โดยหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบ เปลี่ยนอาหารให้หลากหลาย เป็นต้น

ตัวอย่างกิจกรรมที่ให้ทำ

- การให้ผู้ป่วยจัดยา ผู้ป่วยอาจจัดยาไม่ถูกและในรายที่อาการไม่รุนแรง การที่ผู้ดูแลจัดยาให้อาจทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ ดังนั้นผู้ดูแลและผู้สูงอายุอาจช่วยกันจัดยา ตลอดจนจนถึงการตรวจดยาที่เหลือและกากบาทวันที่ผ่านไปในปฏิทิน นอกจากนี้ควรมีอุปกรณ์ใส่ยาสำหรับ 1 วัน หรือ 1 สัปดาห์
- ควรให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่เคยทำได้มาก่อนเท่าที่ได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีการสูญเสียทักษะในการทำกิจกรรมในอดีต เช่น การปรุงอาหาร การใช้โทรศัพท์ การจัดโต๊ะอาหาร การทำงานจักสาน ผู้ดูแลก็ควรยังสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยทำต่อไปเท่าที่ได้ จนคุ้นชินกับกิจกรรมนั้นๆ ผู้ดูแลควรต้องอดทนและให้เวลาผู้ป่วยในการทำกิจกรรม และช่วยเหลือบางส่วนเท่าที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ แต่หากว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย ไม่สามารถทำได้แล้ว ก็ไม่ควรปล่อยให้ทำ เพราะอาจก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมหรืออันตรายจากการทำกิจกรรมนั้นๆ ได้

4. การกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหว

การส่งเสริมให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และเหมาะสม จะมีประโยชน์นอกเหนือจากสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น ยังอาจชะลอการลดลงของสติปัญญาในผู้ป่วย และทำให้อารมณ์ผู้ป่วยดีขึ้น ขบวนการฟื้นฟูที่นิยมใช้ ได้แก่

- การทำกายภาพบำบัด (physical therapy) เช่น
 - การขยับข้อต่างๆ ของผู้ป่วย โดยให้ผู้ผู้ป่วยหลับตา แล้วถามผู้ป่วยว่าข้อต่อไหนกำลังเคลื่อนไหว จากนั้นก็เคลื่อนไหวข้อในลักษณะตรงกันข้าม แล้วถามซ้ำ
 - การจัดท่าทางเพื่อป้องกันข้อติด
 - การฝึกลุกจากเตียงลงมานั่งที่เก้าอี้ อาจมีผู้ดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสม
 - การฝึกใช้อุปกรณ์ในการเดิน
 - วิธีอื่นๆ เช่น ธาราบำบัด (hydrotherapy) การดึงกล้ามเนื้อ (traction) การประคบร้อนหรือเย็น การใช้คลื่นเสียง (sound diathermy) และการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (transcutaneous electrical nerve stimulation)
- อาชีวบำบัด (occupational therapy) เน้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองให้มากที่สุด โดยฝึกใช้แขนและมือ การฝึกประสาทสัมผัส โดยเน้นความสามารถที่ต้องใช้ทำในชีวิตประจำวัน เช่น การบิดลูกบิดประตู การชงเครื่องดื่ม ฝึกผู้ป่วยโดยให้ผู้ดูแลนำของที่ผู้ป่วยคุ้นเคยใส่ในถุง เช่น แปรงสีฟัน ช้อน กุญแจ ทีละอย่าง ให้ผู้ป่วยล้วงเข้าไปในถุง แล้วให้บอกว่าสิ่งที่สัมผัสนั้นคืออะไร นอกจากนี้ยังรวมถึงการสอนให้ญาติปรับสิ่งแวดล้อมในบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองที่บ้านได้

พบว่า การฝึกอาชีวบำบัดอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ลดภาระของผู้ดูแล และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

- นันทนาการบำบัด (recreational therapy) โดยใช้หลักการของ MAKES
 - กรณีอยู่บ้าน ควรจัดให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมภายในครอบครัวด้วย เช่น การอยู่ร่วมกับลูกหลาน การดูแลสัตว์เลี้ยง โดยขึ้นอยู่กับความชอบและพึงพอใจส่วนบุคคล การดูโทรทัศน์ คอยดูแลให้ผู้ป่วยติดตามเรื่องที่ดู หรือดูว่าเข้าใจไหม กระตุ้นให้ทำงานอดิเรก เช่น ฟังเพลง ร้องเพลงคาราโอเกะ เล่นไพ่ ทายปัญหา เล่นเกม เช่น เล่นบิงโก ให้ออกไปนอกบ้านกับครอบครัวหรือเพื่อนๆบ้าง ถ้าออกไปแล้วผู้ป่วยไม่ต้องการให้กลับบ้าน ควรพากลับโดยใช้เส้นทางวนอ้อมกลับบ้านแทน เพื่อไม่ให้รู้สึกอึดอัดใจ
 - กรณีอยู่ในโรงพยาบาล หรือสถานสงเคราะห์เป็นเวลานาน ควรจัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมกลุ่ม เพื่อความบันเทิงบ้าง เช่น กิจกรรมเข้าจังหวะ การทำงานศิลปะ เป็นต้น เพื่อเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมอง

ตารางที่ 13 การฟื้นฟูด้านกายภาพ

น้ำหนักคำแนะนำ	การปฏิบัติ / การประเมิน	วัตถุประสงค์/เครื่องมือที่ใช้
++	การประเมินความชอบและความพึงพอใจเฉพาะบุคคล	เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของงาน และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมในทางสร้างสรรค์
++	การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	เพื่อให้ทราบปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือตนเอง นำไปสู่การวางแผนการฟื้นฟู และตั้งเป้าหมายการดูแลให้เหมาะสม
++	การให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการให้การฟื้นฟูกับผู้ป่วย	เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ในการฟื้นฟู
++	การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	เพื่อคงความสามารถที่ผู้ป่วยทำได้เองให้คงอยู่นานที่สุด และฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่บกพร่อง หรือในกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องการ
++	การกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหว	เพื่อฟื้นฟูให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถทางกายภาพด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดในการช่วยเหลือตนเอง
++	การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม	เพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ในการช่วยเหลือตนเอง

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

สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา ทักษะทางภาษาของผู้ป่วยลดลง จนกระทั่งไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้เลย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังสามารถเข้าใจวจนภาษาและตอบสนองกับการแสดงอารมณ์ หรือสีหน้าท่าทางของผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงจนกลายเป็นผู้ป่วยในระยะติดเตียง และสุดท้ายผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่น แผลกดทับหรือโรคปอดบวม แต่ไม่ได้เสียชีวิตจากตัวโรคโดยตรง

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับใช้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



การดูแลรักษาในระยะสุดท้ายนี้ จะเป็นแบบประคับประคอง เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมากจนเลยจุดที่จะสามารถพลิกกลับและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยสื่อสารหรือตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้อย่างมีความหมาย ทั้งนี้การดูแลแบบประคับประคอง ต้องได้รับการยอมรับและเห็นพ้องต้องกันจากทุกฝ่าย ทั้งจาก ผู้ป่วย ญาติ แพทย์ และทีมผู้ให้การดูแลรักษา กิจกรรมการดูแลรักษาไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยการกระทำของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง และควรคำนึงถึงปฏิบัติการหรือกิจกรรมการดูแลรักษาที่อ้างไว้ซึ่งศักดิ์และศรีแห่งความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

ข้อแนะนำสำหรับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ กล่าวคือ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพ เช่น การเคาะปอด ดูดเสมหะ การให้ออกซิเจน การเตรียมอาหารสำหรับให้ทางสายให้อาหารผ่านทางจมูกหรือหน้าท้อง การป้องกันการสำลักอาหาร การทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันข้อติดแข็ง ตลอดจนการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น รวมถึงการประเมินอาการต่างๆ ที่สามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น อาการปวด อาการหายใจลำบาก เป็นต้น โดยใช้แบบประเมินที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค และความสามารถของสมองที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยมีระดับความผิดปกติของภาวะสมองเสื่อม อ้างอิงตาม global deterioration scale (GDS) ในระดับที่ 7 ซึ่งสูญเสียความสามารถในการสื่อสารเมื่อต้องการประเมินเรื่องความปวด ควรใช้การประเมินจากพฤติกรรม ได้แก่ สีหน้าบู๊ (grimace), หน้าว้าว (frown), การสะดุ้ง (wincing), การนอนนิ่งๆ ไม่ยอมขยับเขยื้อน (immobility), น้ำตาไหล (tearing) การกัดฟัน และการกำมืออย่างรุนแรง หรือการประเมินจากสัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจร หรืออัตราการหายใจ หรือความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น หรือความรู้สึกตัวที่ผิดปกติไปมากกว่าที่จะใช้การประเมินแบบ NRS (numeric rating scale) หรือ VRS (verbal rating scale) เป็นต้น

นอกจากนี้ควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลในการยอมรับการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้น การประเมินภาวะซึมเศร้าและแนวทางการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ภายหลังการสูญเสียผู้ป่วยโดยมีข้อแนะนำในการปฏิบัติตามตารางต่อไปนี้

น้ำหนักคำแนะนำ	การปฏิบัติ	วัตถุประสงค์
+	ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจถึงแนวทางการรักษา และเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วย end-of-life care	เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจถึงแนวทางการรักษา และเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วย
+	ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง	เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุข ความสบาย ระวังความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานอื่นๆ ให้เหลือน้อยที่สุด
+	ควรมีการประเมินอาการที่สามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาการปวด อาการหายใจลำบาก เป็นต้น โดยใช้แบบประเมินที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรคและความสามารถของสมองที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย	เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสบายทางกาย ระวังความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานอื่นๆ ให้เหลือน้อยที่สุด
+	ควรสื่อสารและให้ความรู้ คำแนะนำ ตอบคำถามแก่ญาติเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ	เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ ตอบคำถามและคลายความวิตกกังวลแก่ญาติ

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

น้ำหนักคำแนะนำ	การปฏิบัติ	วัตถุประสงค์
+	เมื่อผู้ป่วยมีภาวะสับสน ควรให้ยาระงับอาการสับสนและพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย	เพื่อระงับอาการสับสนและพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย
+	เมื่อผู้ป่วยมีการปฏิเสธอาหาร ควรค้นหาสาเหตุของปัญหาที่แก้ไขได้ ในกรณีที่ไม่มีพบสาเหตุและหรือมีอาการกลืนลำบากร่วม ควรอธิบายแนวทางการรักษา แก่ครอบครัวผู้ป่วยและญาติ	เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยและญาติตัดสินใจ พิจารณาทางเลือกการให้อาหารและน้ำทางสายยาง
+	ควรเปิดโอกาสให้ญาติ ทำกิจกรรมทางศาสนาที่นับถือ ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ถ้ากิจกรรมนั้นไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย	เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความสบายใจ และมีกำลังใจ
+	ให้การดูแลด้านจิตใจแก่สมาชิกในครอบครัวและญาติเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	เพื่อป้องกันความไม่เข้าใจกันระหว่างแพทย์และญาติเป็นเหตุให้เกิดการฟ้องร้อง
+	ควรมีการประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวต่อการสูญเสียของผู้ดูแล	เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจอันดี และช่วยให้ผู้ดูแลมีความสบายใจ และมีกำลังใจ สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

3.6 ปัญหากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการเสื่อมถอยด้านความทรงจำ สติปัญญา พฤติกรรมและปัญหาทางจิตเวช เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ในทางด้านกฎหมาย เช่น การทำร้ายร่างกาย การลวนลามทางเพศ การลักขโมย การดูหมิ่น หรืออาจเกิดความเสียหายในการบริหารทรัพย์สินหรือหนี้สินส่วนตัวของครอบครัว หน้าที่การงาน หรือธุรกิจ เป็นต้น โดยมีประเด็นต่างๆ ที่แนะนำให้ปฏิบัติ เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาด้านกฎหมาย ดังต่อไปนี้

3.6.1 การบันทึกเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

เมื่อแพทย์ผู้รักษาให้การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยแล้ว แพทย์ควรแจ้งให้ผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบ และผู้ดูแลทราบถึงคำวินิจฉัย และการดำเนินของโรคและต้องบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวชระเบียนอย่างชัดเจน ทั้งการวินิจฉัยและระดับความรุนแรงของโรค ควรมีการบันทึกเวชระเบียนในการติดตามการรักษา และมีรายละเอียดบอกถึงระดับการเจ็บป่วย อาการทางจิต และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันด้วย ทั้งนี้ แพทย์ผู้รักษาควรให้ความสำคัญกับความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผลและถูกต้อง รวมถึงให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อดำเนินการตามกฎหมายอย่างถูกต้องและรัดกุม เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาเนื่องจากความขัดแย้งระหว่างญาติของผู้ป่วยภายหลัง รวมถึงปัญหาที่จะเกิดต่อแพทย์ผู้รักษาว่าละเลยผู้ป่วยหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สรุปสิ่งที่ควรบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีดังนี้

1. การวินิจฉัย
2. ระยะความรุนแรงของโรค (stage)
3. ความทุพพลภาพและความบกพร่องของ ADLs
4. ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิต (BPSD)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



5. การรักษา (treatment)
6. การติดตามการรักษา (follow up)

3.6.2 การเขียนใบรับรองแพทย์สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

การเขียนใบรับรองแพทย์สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล เพื่อนำไปยื่นต่อศาล เพื่อประกอบหลักฐานการลาออก หรือเพื่อประกอบคดีตามความประสงค์ แพทย์ควรระบุถึงคำวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม และเป็นระยะใด มีความทุพพลภาพหรือความบกพร่องของปรีชาญาณอยู่บ้าง **ทั้งนี้ แพทย์ไม่ควรลงความเห็นในใบรับรองแพทย์ว่าผู้ป่วยเป็น “บุคคลไร้ความสามารถ”** เพราะศาลเท่านั้นที่มีอำนาจพิพากษาในประเด็นนี้

ปัญหาทางกฎหมายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ป่วยสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล มักจะเกิดปัญหาทางกฎหมายได้ใน 4 ลักษณะ คือ

1. **ปัญหาคดีอาญา** เป็นปัญหาเกี่ยวกับการละเมิดที่กฎหมายลงโทษตั้งแต่หุโทษ จำคุก และประหารชีวิต ปัญหาที่พบบ่อยเกิดจากปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (BPSD) เช่น การทำร้ายร่างกาย การละเมิดทางเพศ การลักขโมย การหมิ่นประมาท เป็นต้น ในประเด็นนี้ ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องมักจะอยู่ในหมวดของกฎหมายอาญา และกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ดังนั้น การที่ศาลจะพิจารณาไปในทิศทางใดขึ้นกับการวินิจฉัยโรค การประเมินสภาพของโรคอย่างแน่นอน และความรุนแรงของโรคในขณะกระทำผิด ตามหลักฐานทางกฎหมายหรือที่ได้รับบุไว้ในเวชระเบียน

2. **ปัญหาทางคดีแพ่ง** มักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ

- 2.1 กระทำละเมิดต่อผู้อื่น เช่น การเรียกร้องค่าเสียหายทางแพ่งจากการกระทำทางคดีอาญา

- 2.2 การที่ผู้ป่วยจะทำนิติกรรมในทางที่จะทำให้เกิดความเสียหายขึ้นได้ เช่น ปัญหาหนี้สินจากการทำสัญญา การยกให้โดยเสนหา เป็นต้น

ในกรณีนี้ แพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการตั้งผู้พิทักษ์ เพื่อจัดการทรัพย์สินของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้พิทักษ์ คือผู้ได้รับการแต่งตั้งจากศาลให้เป็นผู้มีอำนาจดูแลผู้ป่วยในการดำรงชีวิต และดูแลทรัพย์สินของผู้ป่วย เป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบกรณีที่ผู้ป่วยได้กระทำการที่ผิดกฎหมายขึ้นระหว่างที่เจ็บป่วย หรือได้รับอันตรายที่เกิดจากการดูแลที่บกพร่อง โดยศาลจะมีคำสั่งแต่งตั้งผู้พิทักษ์เมื่อผู้ป่วยได้รับการพิพากษาเป็นบุคคลไร้ความสามารถ และควรดำเนินการขอให้ศาลแต่งตั้งผู้พิทักษ์ให้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรครุนแรงขึ้นจนไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

3. การทำพินัยกรรมและพินัยกรรมชีวิตสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

- 3.1 การทำพินัยกรรมเกี่ยวกับทรัพย์สินมรดก ผู้ป่วยที่จะทำนิติกรรม ต้องมีสติสัมปชัญญะดีในขณะที่ทำพินัยกรรม โดยผู้ป่วยสามารถรับรู้และตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้อย่างถูกต้อง และไม่มีภาวะสับสน อาจเคยมีประวัติความผิดปกติทางจิต แต่มีหลักฐานที่แสดงว่าควบคุมรักษาได้ และอยู่ระหว่างการดูแลรักษาต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจะต้องแสดงให้ทราบประวัติของทรัพย์สิน คุณค่าของทรัพย์สิน เหตุผลการยกทรัพย์สินให้

แนวทางเวชปฏิบัติ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัติ นี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

และผลสืบเนื่องภายหลังจากการยกทรัพย์สินให้ และผู้ป่วยจะต้องแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับผู้รับมรดก และแสดงเหตุผลที่สมเหตุสมผลในการมอบให้ ทั้งนี้ การทำพินัยกรรมควรทำตามวิธีการที่กฎหมายกำหนด โดยแพทย์ผู้ดูแลในฐานะพยานต้องไม่มีผลประโยชน์ที่ได้จากการนี้ ยกเว้นค่าตอบแทนการประกอบวิชาชีพเท่านั้น

3.2 การทำพินัยกรรมชีวิต (living wills) เนื่องจากกฎหมายของประเทศไทยได้กำหนดว่า ผู้ป่วยในขณะที่ทำนิติกรรมนี้จะต้องมีความรู้สึกตัวดี สามารถแสดงความเข้าใจถึงภาวะโรคที่เจ็บป่วยอยู่ และความเป็นไปของโรคระยะสุดท้าย ดังนั้น ในกรณีของผู้ป่วยสมองเสื่อมจำเป็นจะต้องมีการจัดตั้งผู้พิทักษ์ตามคำสั่งศาล เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย โดยจะต้องแจ้งความประสงค์และชนิดของการรักษาที่ไม่ต้องการ เช่น การทำการกู้ชีพโดยการปั๊มหัวใจ การผ่าตัดหลอดลมเพื่อใส่ท่อหายใจ (tracheostomy) การผ่าตัดหน้าท้องเพื่อใส่ท่ออาหาร หรือการใส่สายทางจมูกเพื่อให้อาหาร การผ่าตัดหรือการรักษาใดๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น เป็นต้น

4. สิทธิพื้นฐานของผู้ป่วยสมองเสื่อมตามความพิการและปัญหาสุขภาพจิต

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถจัดอยู่ในประเภทของความพิการตามกฎหมายกระทรวง พ.ศ. 2552 ได้ และในกรณีที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมเกิดปัญหา BPSD รุนแรง แพทย์ผู้รักษาสสามารถรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เพื่อควบคุมอาการตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

การเตรียมตัวเป็นพยานศาลสำหรับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีโอกาสที่จะต้องเป็นพยานศาลตามหมายเรียก เพื่อเป็นพยานใน 2 กรณี คือ ในฐานะแพทย์ผู้รักษา หรือในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ ซึ่งแพทย์ควรมีการเตรียมข้อมูลและความพร้อมของตนเอง โดยการทบทวนข้อมูลเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยก่อนไปตามหมาย และควรขอข้อมูลจากทนายความผู้ส่งหมายว่าเป็นคดีแบบแพ่ง อาญา หรือเป็นการขอแต่งตั้งผู้พิทักษ์บุคคลเสมือนไร้ความสามารถ

ตารางที่ 14 การปฏิบัติสำหรับแพทย์ในด้านกฎหมาย

น้ำหนักคำแนะนำ	การปฏิบัติ	วัตถุประสงค์
++	1. แจ้งผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบ และผู้ดูแลถึงคำวินิจฉัย และการพัฒนาการของโรค โดยบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวชระเบียน แจ้งผู้ป่วยและญาติในข้อควรระวังในการขับรถของผู้ป่วย	เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบ และผู้ดูแลทราบถึงการวินิจฉัย สภาวะ และพัฒนาการของโรค เป็นหลักฐานป้องกันแพทย์จากการถูกกล่าวหาว่าละเลย ไม่แจ้งเตือนถึงอันตราย
++	2. แจ้งผู้ป่วย ญาติผู้รับผิดชอบ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทางกฎหมายเกี่ยวกับปัญหาทางกฎหมายที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อสมองเสื่อมมากขึ้น เช่น ปัญหาทางคดีแพ่ง* และปัญหาคดีอาญา**	เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นทางกฎหมายในอนาคต
++	3. การให้ความเห็นใบรับรองแพทย์**** ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม และเป็นระยะใด ทุพลาพระดัดใด (ดูแบบฟอร์มผู้พิการในภาคผนวก 14)	เพื่อประกอบหลักฐานการลาออก หรือเพื่อประกอบคดีตามความประสงค์

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ตารางที่ 14 การปฏิบัติสำหรับแพทย์ในด้านกฎหมาย (ต่อ)

น้ำหนักคำแนะนำ	การปฏิบัติ	วัตถุประสงค์
++	4. พยานศาลตามหมายเรียกเพื่อเป็นพยาน - ฐานะแพทย์ผู้รักษา - ฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์	ทบทวนข้อมูลเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยก่อนไปตามหมาย ควรขอข้อมูลจากทนายความผู้ส่งหมายว่าเป็นคดี แบบใด แพ่ง อาญา หรือการขอตั้งผู้พิทักษ์บุคคล ไร้ความสามารถ
+	5. บันทึกเวชระเบียนในการติดตามรักษา มีรายละเอียด บอกถึงระดับการเจ็บป่วย อาการทางจิต และความ สามารถในการใช้ชีวิตประจำวันด้วยการตรวจ MMSE, TMSE และ bADL/iADL เป็นระยะถ้าทำได้ (ทุก 6-12 เดือน)	เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายหรือเป็นพยาน เอกสารที่สำคัญในการยืนยันสภาพการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยเมื่อเกิดคดี
+	6. แนะนำให้ผู้ป่วย ญาติผู้รับผิดชอบ และผู้มีส่วนได้เสีย ทางกฎหมาย โดยแพทย์ต้องไม่มีส่วนได้เสีย	เพื่อดำเนินการทางกฎหมายเรื่อง - การตั้งผู้พิทักษ์*** - การจัดการทรัพย์สินของผู้ป่วย - การตัดสินใจการรักษาพยาบาล

* **ปัญหาด้านกฎหมายทางแพ่ง** ได้แก่ ปัญหาหนี้สินจากการทำสัญญา การยกให้โดยเสน่หา โดยพยานเอกสารหรือเวชระเบียนเป็นหลักฐานที่สำคัญ ในการที่ศาลจะพิจารณาดัดสินการทำนิติกรรมสัญญาของผู้ป่วยเป็นโมฆียะ หรือโมฆะ ตามประมวลกฎหมายแพ่งมาตรา 29 และ 30

** **ปัญหาดีอาญา** เป็นปัญหาเกี่ยวกับการละเมิดที่กฎหมายลงโทษตั้งแต่ลหุโทษ จำคุก และประหารชีวิต ปัญหาที่พบบ่อยเกิดจากปัญหาทางจิต (BPSD) ได้แก่ การทำร้ายร่างกาย การลวนลามทางเพศ การลักขโมย การดูหมิ่น คดีเหล่านี้ศาลจะสั่งไม่ลงโทษ ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกลจริต ตามหลักฐานทางการแพทย์ (ภาคผนวกที่ 11)

*** **ผู้พิทักษ์** คือผู้ได้รับการแต่งตั้งจากศาลให้เป็นผู้มีอำนาจดูแลผู้ป่วยในการดำรงชีวิต และดูแลทรัพย์สินของผู้ป่วย เป็นผู้ต้องรับผิดชอบกรณีที่ผู้ป่วยได้กระทำการที่ผิดกฎหมายขึ้นระหว่างที่เจ็บป่วย หรือได้รับอันตรายที่เกิดจากการดูแลที่บกพร่อง

- การแต่งตั้งกระทำได้โดยศาลมีคำสั่งแต่งตั้งตามที่ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ไว้ขณะยังมีสติสัมปชัญญะดีพอ หรือบิดามารดา ภรรยา บุตร ญาติใกล้ชิดร้องขอ หรือตามทนายการร้องขอ
- ศาลจะมีคำสั่งแต่งตั้งผู้พิทักษ์เมื่อผู้ป่วยได้รับการพิพากษาเป็นบุคคลไร้ความสามารถ
- ควรดำเนินการขอให้ศาลแต่งตั้งผู้พิทักษ์ให้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรครุนแรงขึ้นจนไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

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

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

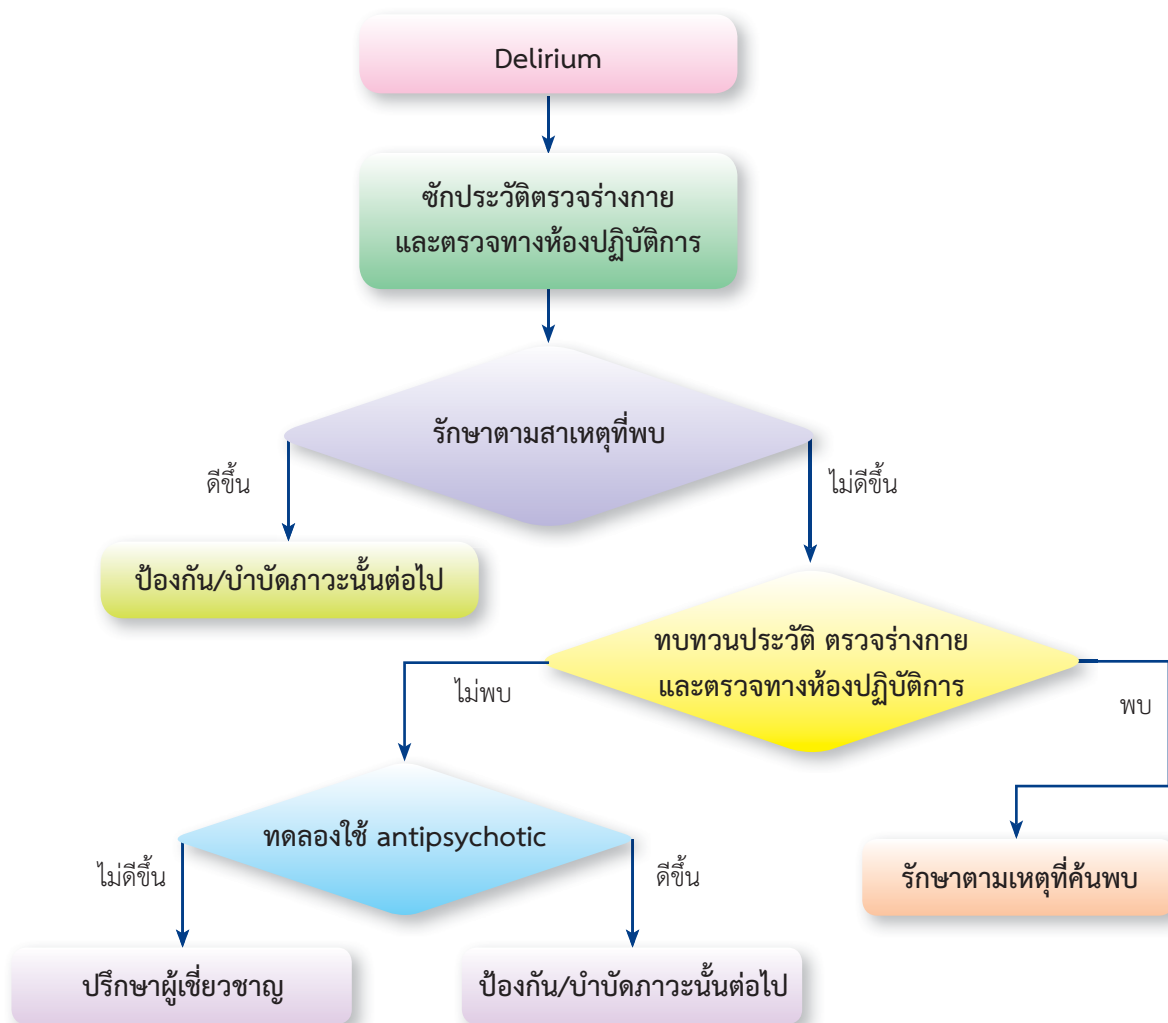
เอกสารอ้างอิง

1. วันดี โภคะกุล, จิตนภา วาณวโรตม์. การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรสาธารณสุข: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
2. Camp CJ. Origins of Montessori Programming for Dementia. *Non-pharmacological therapies in dementia* 2010;1:163-74.
3. Fang Yu. Guiding research and practice: a conceptual model for aerobic exercise training in Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2011;26:184-94.
4. Fleming R, Crookes PA, Sum S. A review of the empirical literature on the design of physical environments for people with dementia. *Research Online* 2008.
5. Fleming R, Purandare N. Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics.* 2010;22:1084-96.
6. Luttenburger K. Effects of multimodal nondrug therapy on dementia symptoms. *American Geriatric Soc.* 2012.
7. Nantachai G, Nivatapan R, Kraisorapong K. The efficacy of memory training using Montessori philosophy-based activities in mild dementia elderly. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2009;54: 197-208.
8. Yu F, Kolanowski A. Facilitating aerobic exercise training in older adults with Alzheimer's disease. *Geriatr Nurs.* 2009;30:250-9.
9. Yu F, Swartwood RM. Feasibility and perception of the impact from aerobic exercise in older adults with Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2012;27:397-405.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



แผนภูมิที่ 3 Management of delirium



ภาวะ Delirium

- Disturbance in level of awareness
- Reduced ability to direct, focus, sustain, and shift attention
- Changing in cognition or perceptual disturbance
- Fluctuation of disturbance during the course of the day

สาเหตุที่พบได้บ่อย

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

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

บทที่ 4 ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)¹ เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของการรับรู้ ความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมที่พบได้บ่อยๆ ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดต่างๆ อาการเหล่านี้พบได้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมถึงร้อยละ 90² หรือผู้ป่วยเกือบทุกรายจะเคยมีอาการ BPSD อย่างน้อยหนึ่งอาการ อาจจะเป็นอาการนำในผู้ป่วยสมองเสื่อมบางชนิด³ เช่น ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย Alzheimer's disease หรือ vascular dementia การเห็นภาพหลอนในผู้ป่วย DLB การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพในผู้ป่วย FTD เป็นต้น จะพบความชุกของอาการ BPSD แต่ละอาการได้แตกต่างกันไปตามระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม^{4,5} เมื่อระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอาจจะพบชนิดและความรุนแรงของอาการ BPSD เพิ่มขึ้น อาการส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นเป็นระยะๆ แล้วหายไป แต่บางครั้งอาจจะเกิดขึ้นแล้วคงอยู่เป็นระยะเวลานาน โดยอาจจะตรวจไม่พบทุกครั้งที่ทำการประเมิน⁶⁻⁹ เช่น อาการไร้อารมณ์ (apathy) และกระสับกระส่าย (agitation) เป็นต้น การพบ BPSD อาจบ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เช่น มีการเสื่อมถอยของ cognition เร็วกว่า⁶⁻⁷ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก BPSD⁸ อาจทำให้ผู้ป่วยมีระดับ cognition และ ADL เสื่อมถอยมากกว่าความสามารถที่แท้จริงของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายถูกรับไว้ในสถานดูแลระยะยาวหรือโรงพยาบาล เพื่อบำบัดอาการ BPSD ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น มีโอกาสได้รับยาทางจิตเวชและเกิดอาการข้างเคียงจากยาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ BPSD อาจทำให้เกิดความเครียด ความทุกข์ใจทั้งในผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ก่อความรู้สึกเป็นภาระกับผู้ดูแล⁸⁻¹⁰ ผู้ป่วยบางรายอาจถูกทอดทิ้งหรือถูกทารุณกรรมจากผู้ดูแล เนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจในอาการของผู้ป่วย การรักษา BPSD จึงทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติดีขึ้น

ตารางที่ 15 ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตที่พบบ่อยได้แก่

ปัญหาพฤติกรรม	ปัญหาทางอารมณ์หรืออาการทางจิต
- กระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง (agitation, restlessness) - ก้าวร้าวด้วยวาจาหรือใช้กำลัง (verbally, physically aggressive) - ไม่อยู่นิ่ง (hyperactivity) - การขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) - เร่รอน (wandering) - พฤติกรรมการตื่น การนอนผิดปกติ (sleep/wake disturbance) - ความผิดปกติของความอยากอาหารและการกิน (appetite and eating disorder) - พฤติกรรมทางสังคมไม่เหมาะสม (socially improper behaviors) - ปฏิกริยาตอบโต้อย่างรุนแรง (catastrophic reaction) - พฤติกรรมซ้ำๆ (repetitive behavior)	ปัญหาทางอารมณ์ - อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย (irritability) - วิตกกังวล (anxiety) - ซึมเศร้า (depression) - อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (emotional lability) - ไร้อารมณ์ (apathy) อาการทางจิต - อาการหลงผิด (delusion) - คิดผิดปกติ (misidentification) : จำญาติผิดคิดว่า เป็นคนอื่นเข้ามาในบ้าน บ้านที่อยู่ไม่ใช่บ้านของตน - ประสาทหลอน (hallucination) : หูแว่ว เห็นภาพหลอน

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



หลักการการรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์ของการรักษา คือ พยายามทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองอย่างอิสระได้นานที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ เพื่อให้สามารถปรับตัวได้เหมาะสม และดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹⁻¹²

หลักการในการดูแลรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย¹¹⁻¹³

1. การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา (ตารางที่ 16) ซึ่งมีเทคนิคในการจัดการอยู่หลายวิธี เช่น

- การปรับพฤติกรรม
- การปรับสิ่งแวดล้อม
- การดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล
- การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง
- การฝึกทักษะทางสังคม

2. การรักษาด้วยยา (ตารางที่ 17-22) เป็นการใชยาตามอาการทางจิต ได้แก่ ยาในกลุ่มของยาลดความวิตกกังวล ยารักษาโรคซึมเศร้า ยารักษาโรคจิต ยาควบคุมอารมณ์ ยาช่วยให้หลับ ยาบางชนิดอาจมีผลต่อสมาธิและความจำของผู้ป่วย การเลือกใช้ควรเข้าใจประสิทธิภาพ ผลข้างเคียง และปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะได้รับยาสำหรับรักษาโรคอื่นอยู่แล้ว แต่เนื่องจากปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตเป็นสิ่งที่รบกวนการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแล การใช้ยาจึงเป็นการรักษาเสริมในกรณีการจัดการด้วยวิธีไม่ใช้ยาไม่ได้ผล หรือเป็นการใช้ตามความจำเป็น เป็นช่วงเวลาสั้นๆ โดยมีแนวทางดังนี้คือ

- วินิจฉัยอาการผิดปกติและประเมินความรุนแรง
- วินิจฉัยสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหานั้นๆ
- วางแผนการรักษา เลือกใช้ยาที่เหมาะสม ควรใช้ยาประเภทเดียวกันที่ละชนิด
- หลังจากใช้ยาควรมีการประเมินผลการรักษาเป็นระยะๆ ทั้งด้านประสิทธิภาพและผลข้างเคียง
- ปรับและเปลี่ยนตามความเหมาะสมเพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุด
- ควรเริ่มใช้ยาในขนาดต่ำๆ ประมาณ 1/3 หรือ 1/2 ของขนาดปกติในผู้ใหญ่ แล้วค่อยๆ เพิ่มขนาด โดยทั่วไปผู้ป่วยสมองเสื่อมจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยขนาดยาที่ต่ำกว่าขนาดยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคทางจิตเวช
- สามารถใช้ร่วมกับวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา
- ควรได้รับการยินยอมหรืออธิบายให้ผู้ป่วยหรือญาติให้รับรู้และเข้าใจ ผลดีและผลเสียของการใช้ยา หลักการรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรพิจารณาเลือกใช้วิธีการโดยไม่ใช้ยาและการปรับสิ่งแวดล้อมก่อนเมื่ออาการไม่รุนแรงนัก หากไม่ได้ผลเป็นที่น่าสนใจจึงพิจารณาใช้ยา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น ประเด็นที่สำคัญคือ การให้ความรู้ ความเข้าใจ อธิบายให้ญาติ หรือผู้ดูแลให้เข้าใจ รวมทั้งให้คำแนะนำ ให้การสนับสนุน และกำลังใจในการดูแลจัดการให้ถูกต้อง¹⁴⁻¹⁵

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับคัดกรองต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุสุดที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

วิธีการดูแลรักษาปัญหาพฤติกรรมแบบ ABCs¹⁶⁻¹⁷

ความหมายง่ายๆ ของการรักษาปัญหาพฤติกรรมแบบนี้ คือ

- A. การหาสาเหตุ (antecedent) หาว่าอะไรหรือเหตุการณ์ใด เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติ
- B. พฤติกรรมที่ผิดปกติ (Behavior)
- C. ผลของพฤติกรรมที่ผิดปกติ (consequences) ก่อให้เกิดความรุนแรงต่อตัวผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลอย่างไร

รายละเอียดในการใช้ คือ

- ประเมินหาปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา เช่น บางครั้งอาจมาจากการปวด หัว หรือผ้าอ้อมเปียกแฉะ ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย มีอาการหงุดหงิดกระสับกระส่าย เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องสังเกต และสามารถแก้ไขได้ง่าย
- ประเมินอาการภาวะเพ้อคลั่ง (delirium) และภาวะซึมเศร้า
- ค้นหาเหตุการณ์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยกังวลหรือกลัว พยายามจัดการหรือลดผลกระทบนั้น
- สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยต่อความรู้สึกที่เครียดและต่อการที่ไม่สามารถควบคุมอาการโกรธหรือไม่พอใจ บอกว่าเข้าใจและช่วยกันหาทางแก้ไข
- นั่ง พยายามทำกิจกรรมตามปกติสม่ำเสมอ
- ให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแล เทคนิคการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย¹⁸ เช่น การพูดสั้นๆ ประโยคง่ายๆ แต่ได้ใจความ ไม่ควรใช้ประโยคที่ซับซ้อนมีหลายๆ ข้อความ หลากๆ ความหมายในเวลาเดียวกัน ไม่ต่อว่าหรือดูผู้ป่วย พูดซ้ำๆ ซัดๆ อาจต้องพูดบ่อยๆ หรือซ้ำๆ ในบางครั้ง อย่าเปิดที่จะพูดหรือบอกหรืออธิบายบางอย่าง มองหน้าและสบตาผู้ป่วยเวลาพูด เรียกชื่อผู้ป่วย พยายามแสดงออกด้วยภาษากายหรือภาษาท่าทางที่บ่งถึงความเข้าใจ ความเป็นมิตร เช่น การยิ้ม พยักหน้ารับ และพยายามสังเกตภาษาท่าทางการแสดงออกของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจความหมาย อย่าโต้แย้ง หรือโต้เถียงผู้ป่วยในความคิดหรือการแสดงอาการที่ผิดปกติ

วิธีการและเทคนิคบางอย่างของวิธีการไม่ใช่ยา^{11-12, 19-20}

- ให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ญาติหรือผู้ดูแล ให้อธิบายว่าจะทำอะไร จะมีอะไรเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจ เช่น การกระสับกระส่าย ไม่พอใจ แสดงพฤติกรรมอย่างไรบ้างบอกถึงความเจ็บปวด อยากเข้าห้องน้ำ เป็นต้น
- เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยด้วยกิจกรรมอื่นๆ หรือการเปลี่ยนสถานที่
- ใช้การสัมผัสเบาๆ ดนตรี การอ่านหนังสือ การเดินเล่น เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล
- ใช้การจัดการที่เหมาะสมกับแต่ละอาการ เช่น ถ้ามีอาการซึมเศร้า พยายามหากิจกรรมที่ผู้ป่วยมีความสามารถทำได้ กระตุ้น ให้กำลังใจในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำ ขึ้นอยู่กับระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม ถ้ามีความวิตกกังวล พยายามให้ความมั่นใจ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ใช้ดนตรีบำบัด (music therapy) หรือการบำบัดด้วยแสง (light therapy)
- เหตุการณ์บางอย่างอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและมีปฏิกิริยาตอบโต้อย่างรุนแรง (catastrophic reaction) เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การพบปะผู้คน ซึ่งอาจช่วยโดยการให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ ให้ผู้ป่วยเผชิญอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่เกิดสถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



- ใช้ภาษากายหรือภาษาท่าทางให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยว่ามีคนอยู่ด้วย
- หากิจกรรมให้ผู้ผู้ป่วยทำ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมภายในบ้าน ภายนอกบ้าน เช่น การเดิน การออกกำลังกาย การออกไปนอกบ้าน ตามความเหมาะสม
- ดูแลความสะอาดสุขภาพกาย เช่น การตัดผม สระผม การตัดเล็บ การเสริมสวย
- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่าง เช่น การเตรียมอาหาร การทำกับข้าว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีส่วนร่วม และรู้สึกมีคุณค่า
- พยายามปรับสิ่งแวดล้อมให้ถูกต้องเหมาะสม
- ไม่ควรผูกมัดผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

Management of behavioral and psychological symptoms

ตารางที่ 16 การรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ภาวะ	อาการ	การรักษา
ภาวะซึมเศร้า (depression)	อาการหลัก อารมณ์ : ซึมเศร้า ร้องไห้บ่อยๆ ความสนใจ : ลดหรือหมดไป อาการร่วม การนอน : นอนไม่หลับ ตื่นกลางดึก ความนึกคิด : รู้สึกผิด คิดอยากตาย/ พยายามฆ่าตัวตาย หมกมุ่นเรื่อง อาการทางกาย เรี่ยวแรง : ลดลง หายไป โดยไม่มี เหตุผล สมาธิ : ลดลง หายไป ความอยากอาหาร : เบื่อ ลดลง การเคลื่อนไหว : เชื่องช้า หรือ กระสับกระส่าย	1. Non pharmacological management: ผู้ป่วยระยะเริ่มต้น : - ให้การปรึกษาและองค์ความรู้ (++) , 4-1) - ออกกำลังกายแบบบุคคลหรือกลุ่ม (++) , 4-1) - ให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก (++) , 4-1) - ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและยังสามารถทำได้²¹ (++) , 1-1) - ให้กำลังใจสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (++) , 4-1) - ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (++) , 1-1)²¹ - จัดบำบัดประคับประคองโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม (+) , 4-1) - จัดบำบัดแนวสีก เช่น cognitive behavioral therapy (+) , 4-1), T ผู้ป่วยระยะปานกลางถึงรุนแรง : - ให้การปรึกษาและองค์ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแล (++) , 4-1) - ออกกำลังกาย แบบบุคคลหรือกลุ่ม (++) , 4-1) - แนะนำญาติให้กระตุ้นผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชอบและยังสามารถทำได้ (++) , 1-1)²¹ - จัดตารางกิจกรรมในแต่ละวันให้เหมือนเดิม (++) , 4-1) - หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่มากหรือน้อยเกินไป เช่น เสียงดัง กลุ่มคนมากๆ ทั้งให้อยู่คนเดียว (++) , 1-1) - พูดคุยกับผู้ป่วยตัวต่อตัว ด้วยคำพูดที่สั้นและกระชับ (++) , 4-1) - ใช้มือสัมผัสกระตุ้นหรือถ่ายทอดความรู้สึกกับผู้ป่วยบ่อยๆ (++) , 4-1)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ตารางที่ 16 การรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (ต่อ)

ภาวะ	อาการ	การรักษา
		- พาออกนอกบ้านไปทัศนศึกษา (++, 4-1) - ใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจเมื่อผู้ป่วยแสดงอารมณ์ซึมเศร้า (++, 4-1) 2. Pharmacological treatment ตามตารางที่ 17 3. ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางถ้าให้การรักษแล้วไม่ดีขึ้น 4. ในกรณีที่ไม่ตอบสนองต่อยาหรือมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองสูงอาจพิจารณาทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (+, 2-1), T
ภาวะหลงผิดและ ประสาทหลอน (delusions & hallucinations) ²²⁻²⁹	อาการหลงผิด - หวาดระแวง คิดว่า : มีคนมาทำร้าย - มาจับตามอง พฤติกรรมตัวเอง - คู่สมรสนอกใจ - คิดว่ามีคนมาขโมยของหรือทรัพย์สินของตน - คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้ง - คิดว่าตนเองมีทรัพย์สินหรือยากจน ประสาทหลอน การเกิดความรู้สึกโดยไม่มีตัวมากระตุ้นทางตา หู จมูก ผิวหนัง อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อมๆ กัน - ตา : เห็นภาพหลอน - หู : เสียงแว่วมีคนมากระซิบ - ผิวหนัง : มีคนมาสัมผัส หรือแมลงมาไต่ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวายนอนไม่หลับ การทำร้ายตนเองหรือผู้ดูแล อาจมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้ จากพฤติกรรมข้างต้น	1. Non pharmacological management : - รับฟัง ทำความเข้าใจ และรับรู้อารมณ์ของผู้ป่วย (++, 4-1) - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานการณ์อย่างช้าๆ (++, 4-1) - ปลอบประโลมให้ผู้ป่วยสงบลง (++, 4-1) - ไม่ทะเลาะ ชัดแย้ง หรือโต้เถียงสิ่งที่ผู้ป่วยหลงผิดแต่ไม่ส่งเสริมให้อึดความเชื่อที่หลงผิดนั้น ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจไปหาสิ่งอื่นแทน (++, 4-1) - ปรับสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิด delusion & hallucination เช่น กระแຈ, รูปภาพ, รูปปั้น, โทรทัศน์ (++, 4-1) - ลดสิ่งกระตุ้น เช่น หลีกเลี่ยงภาวะที่เสริมให้เกิดระแวงหรือหลบเลี่ยงบุคคลที่สร้างความกลัว - ปรับการรับรู้ให้ชัดเจนขึ้น เช่น แก้ปัญหาสายตา การได้ยินบกพร่อง รวมถึงให้สิ่งกระตุ้นมีความชัดเจน เช่น ให้เห็นหน้าอย่างชัดเจน เสียงที่พูดด้วยให้ดังพอ (++, 4-1) 2. Pharmacological treatment : ตามตารางที่ 18 3. ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางถ้าให้การรักษแล้วอาการไม่ดีขึ้น

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ตารางที่ 16 การรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (ต่อ)

ภาวะ	อาการ	การรักษา
กระวนกระวายหรือก้าวร้าว (agitation/aggression)	อาการกระวนกระวาย ได้แก่ - กระสับกระส่าย หงุดหงิด หรือไม่ร่วมมือในการให้การดูแล พฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ - ปิดประตู ทำเสียงตึงตัง ขว้างปาข้าวของ - ตะโกนหรือด่าเสียงดัง - พยายามทำร้ายร่างกายผู้ดูแล อาการข้างต้นอาจเกิดร่วมกับภาวะสับสน อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนได้	1. Non pharmacological management - พูดคุยกับผู้ป่วยตัวต่อตัว ด้วยน้ำเสียงที่อ่อนนุ่มและสายตาสงบและเป็นมิตรและละเว้นพฤติกรรมหรือการพูดที่กระตุ้นให้เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วย (++) 4-1)³⁰⁻³² - การปรับแสง เสียงของสิ่งแวดล้อมตามที่ผู้ป่วยชอบ (+, 4-1) P, S, T - การออกกำลังกายหรือจัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว เช่นการเดินเล่นในที่โล่ง ที่มีพื้นที่พอประมาณ (++) 4-1) - บำบัดด้วยกลิ่น (Aromatherapy) จากน้ำมันหอมระเหย (Essential Oil) จากพืชกลุ่มสะระแหน่ (Melissa) หรือลาเวนเดอร์ (Lavender) โดยทาที่บริเวณใบหน้าและ/หรือหลังมือ (+, 1-2)³³⁻³⁴ P, S, T - บำบัดด้วยการนวดบริเวณฝ่ามือหรือฝ่าเท้า 10-15 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง (+/-, 2-3)³⁵ P, S, T - ดนตรีบำบัด (Music therapy) โดยใช้ดนตรีที่มีจังหวะช้าถึงปานกลาง ดนตรีที่ผู้ป่วยชื่นชอบหรือบทสวดมนต์ครั้งละ 30 นาที - 1 ชั่วโมง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ (+, 2-2)³⁶ P, S, T - การใช้สัตว์เลี้ยงบำบัด (Pet therapy) โดยใช้สัตว์เลี้ยงที่ไม่ดุร้าย (+, 4-1) P, S, T - หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ยึดตรึงผู้ป่วย เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยกระวนกระวายมากขึ้นได้อีก (+, 4-1) P, S, T 2. Pharmacological treatment - ควรพิจารณาเป็นกรณีไป โดยเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของยาแต่ละกลุ่มตามกลุ่มเหล่านี้ 2.1 ยากลุ่ม antipsychotics - ออกฤทธิ์ไว มีฤทธิ์ sedative แต่ควรพิจารณาผลดีและผลเสียตามตารางยาต้านโรคจิต (ตารางที่ 19) - Aripiprazole (+, 1-1)³⁷ S, T - Haloperidol (+, 1-2)^{38,39} P, S, T - Olanzapine (+, 1-1)^{37,40} S, T - Quetiapine (+, 1-1)^{37,40} S, T - Risperidone (+, 1-1)^{37,40} S, T 2.2 ยากลุ่ม cognitive enhancers (+/-, 1-2)⁴¹⁻⁴⁵ T อาจใช้ได้ผล แต่อาจเห็นผลทางพฤติกรรมช้า

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ตารางที่ 16 การรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (ต่อ)

ภาวะ	อาการ	การรักษา
		2.3 ยากลุ่ม mood stabilizers อาจใช้ได้ผลในผู้ป่วยบางกรณี - Sodium valproate (+, 1-1)^{46,47} S, T - Carbamazepine (+/-, 1-1)⁴⁷ S, T 3. ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางถ้าให้การรักษแล้ว อาการไม่ดีขึ้น
ปัญหาการนอน (sleep problems)	วงจรการนอนผิดปกติ^{48,49} - หลับและตื่นไม่เป็นเวลา - วงจรการนอนหลับและการตื่นมากกว่า 24 ชั่วโมง เช่น หลับ 1 วัน สลับกับการตื่น 1 วัน เป็นต้น - นอนไม่หลับ - นอนหลับๆ ตื่นๆ ลูกเข้าห้องน้ำบ่อยๆ หรือทำกิจกรรมอื่นๆ - หลับยาก - หลับไม่สนิท การนอนผิดปกติยังส่งผลทำให้มีพฤติกรรมและ cognitive function เปลี่ยนแปลง เช่น อาการหงุดหงิด วุ่นวาย สับสน หรือ delirium นอกจากนี้ปัญหาการนอนอาจจะเป็นอาการแสดงของภาวะสับสน ซึมเศร้าหรือวิตกกังวล	1. Non pharmacological management:⁴⁸⁻⁵⁰ 1.1 ประเมินและแก้ไขสาเหตุที่รบกวนการนอน (++, 4-1) ได้แก่ การนอนกลางวัน obstructive sleep apnea (OSA) อาการทางด้านร่างกาย เช่น การปวด, ภาวะทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า และผลข้างเคียงจากยาและสารเสพติด โดยเฉพาะสุรา สารที่มีฤทธิ์กระตุ้น เช่น กาแฟ โสม ชา เครื่องดื่มบำรุงกำลัง 1.2 ส่งเสริมสุขลักษณะการนอนที่ดี (++, 1-1) - เข้านอนและตื่นตรงเวลา - ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อย 15-30 นาที ต่อวัน - จัดให้ผู้ป่วยได้รับแสงสว่างหรืออยู่ในห้องที่มีแสงสว่างเพียงพอในช่วงเวลากลางวัน - หลีกเลี่ยงอาหารมื้อหนัก การดื่มน้ำหรือออกกำลังกายในช่วงหัวค่ำ - ควรจัดสถานที่และห้องนอนให้เป็นระเบียบ เรียบร้อย และมีแสงสว่างให้พอเหมาะ - ควรจัดสภาพห้องนอนให้รู้สึกผ่อนคลาย อุณหภูมิไม่เย็นหรือร้อนเกินไป 2. Pharmacological treatment: ควรใช้ในระยะสั้น และระวังผลข้างเคียง ถ้าการนอนหลับเกิดร่วมกับพฤติกรรมผิดปกติอื่นควรเลือกใช้ยาในกลุ่มที่ควบคุมพฤติกรรมนั้นที่มีฤทธิ์สงบ เพื่อหลีกเลี่ยงการใส่ยาเกินจำเป็น เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และมีอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย ควรเลือกยาในกลุ่ม antipsychotics ที่มีฤทธิ์สงบสูง เช่น quetiapine⁵¹ (+, 3-1) ถ้าจำเป็นต้องใช้ยานอนหลับ ก็สามารถให้ยาในกลุ่ม antidepressants ที่ช่วยปัญหาการนอน ที่มีผลข้างเคียงน้อย หรือยา lorazepam ซึ่งเป็น benzodiazepine ควรใช้ระยะสั้น (ดูตาราง 20) 3. ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางถ้าให้การรักษแล้วอาการไม่ดีขึ้น

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ตารางที่ 16 การรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (ต่อ)

ภาวะ	อาการ	การรักษา
เฉยเมย ไร้อารมณ์ (Apathy)	เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งใด ขาดแรงจูงใจ ขาดความพยายามในการเข้าร่วมกิจกรรม ลดการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ⁵²	1. Non pharmacological management⁵³: - สนับสนุนให้ผู้ดูแลกระตุ้นผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ริเริ่มการทำพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายด้วยตนเอง - Multisensory stimulation (Snoezelen) (+, 1-1)⁵⁴ T วันละประมาณ 15 นาที เป็นห้องที่ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย และมีอุปกรณ์ที่ช่วยกระตุ้นประสาทสัมผัสที่หลากหลาย ทั้งการมองเห็น (แสง/สี) การได้ยิน (เสียงดนตรี) การรับกลิ่น และการสัมผัส มุ่งหวังให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายความวิตกกังวล เพลิดเพลินกับกิจกรรมที่ทำ และฝึกการรับรู้สิ่งต่อกระตุ้นที่แตกต่างกันไป 2. Pharmacological treatment: - ให้ยาในกลุ่ม SSRIs (+/-, 1-2), S-T - ให้ยาในกลุ่ม Cognitive enhancer (-, 2-2), T 3. ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางถ้าให้การรักษาลแล้วอาการไม่ดีขึ้น
ภาวะผิดปกติทางเพศ (sexual disinhibition) ^{55,56}	การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม และไม่ระวังอารมณ์ทางเพศของตนเอง	1. Non pharmacological management: - หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นทางเพศ - ใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ตักเตือนอย่างสุภาพว่าพฤติกรรมที่ทำเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการตำหนิต่อหน้าผู้อื่น - เบี่ยงเบนความสนใจ - ถ้ามีอาการสับสนในเรื่องบุคคล เช่น คิดว่าเป็นภรรยา บอกให้ผู้ป่วยรับรู้ให้ถูกต้อง - ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแก้ผ้าหรือไขว่คว้าเยาะเพศ ให้ปรับการแต่งตัวเป็นชุดที่ยากต่อการถอดหรือถอดด้านหลัง - ถ้าผู้ป่วยสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเองในที่สาธารณะ ให้ทำกิจกรรมที่เน้นการใช้มือ เช่น การพับผ้า - ให้ผู้ป่วยพูดหรือแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม - ออกกำลังกาย เดินรำ - ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เช่น ผู้ดูแลไม่ควรอยู่กับผู้ป่วยตามลำพัง และควรมีการแต่งกายรัดกุมไม่ยั่ววน 2. Pharmacological treatment: SSRIs (+/-, 4-1), T, antipsychotic (+/-, 4-1), T progesterone (-, 4-1), T, estrogen (-, 4-1), T 3. ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางถ้าให้การรักษาลแล้วอาการไม่ดีขึ้น

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ตารางที่ 16 การรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (ต่อ)

ภาวะ	อาการ	การรักษา
การพูดหรือพฤติกรรมที่ทำซ้ำๆ (Repetitive speech or action)	- การพูดซ้ำๆ อาจพูดเป็นคำ เป็นประโยคบอกเล่าหรือเป็นประโยคคำถาม - การทำพฤติกรรมซ้ำๆ - พฤติกรรมเหล่านี้สามารถถูกกระตุ้นได้จาก ภาวะวิตกกังวล ความกลัว ความเบื่อหน่าย ความไม่สบายตัว และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม	1. Non pharmacological treatment: (++, 4-1)⁵⁷ - ทำความเข้าใจ หาเหตุผลและความรู้สึกที่ผู้ป่วยพูดหรือทำพฤติกรรมซ้ำๆ - จัดผู้ป่วยให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป - หลีกเลี่ยงการเตือนผู้ป่วยว่าได้พูดหรือทำสิ่งนั้นไปแล้ว - เบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยไปยังกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบและคุ้นเคย 2. Phamachological treatment: SSRIs (+/-, 2-3)^{58,59} S, T Cognitive enhancer (+/-, 4-1) T 3. ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางถ้าให้การรักษแล้วอาการไม่ดีขึ้น
ปฏิกิริยาตอบโต้อย่างรุนแรง (Catastrophic reaction)	- การตอบสนองที่มากเกินไปกว่าปกติต่อสถานการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน - โดยเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไปปกติอย่างทันทีทันใด เช่น การร้องตะโกน กรีดร้อง ร้องไห้โดยที่ไม่สามารถหยุดได้ - บางครั้งผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย เช่น ทบตีเตะ ต่อย ดึงผมตัวเอง - สาเหตุเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่พบในปัจจุบันได้	การป้องกันได้ผลดีกว่าการรักษา การป้องกันการเกิดภาวะนี้ได้โดย (+, 4-1)⁶⁰ P, S, T - ผู้ดูแลควรมีท่าทางและคำพูดที่ดูสงบ ไม่คุกคาม - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจนก่อนจะให้ผู้ผู้ป่วยทำอะไร - หลีกเลี่ยงการให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ยากและมีความซับซ้อนมากเกินไป - หลีกเลี่ยงการให้ผู้ผู้ป่วยต้องตัดสินใจหรือรับมือกับปัญหาหลายๆอย่างในเวลาเดียวกัน - หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงกะทันหันในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 1. Non phamacological management: (+++, 2-1)⁶⁰ - ประเมินหาปัจจัยกระตุ้นและจัดการนำปัจจัยกระตุ้นออกไป - เบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยไปยังสิ่งอื่น - ให้ผู้ป่วยมีพื้นที่ส่วนตัวพอสมควร - หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย 2. Phamacological management: (+/-, 2-1)⁶¹ S, T ใช้ในกรณีที่ป็นภาวะวิกฤตเท่านั้นเพราะส่วนใหญ่อาการของโรคจะสงบได้เอง - ยากลุ่ม benzodiazepines - ยากลุ่ม antipsychotic 3. ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางถ้าให้การรักษแล้วอาการไม่ดีขึ้น

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ตารางที่ 16 การรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (ต่อ)

ภาวะ	อาการ	การรักษา
ภาวะวิตกกังวล (anxiety)	เป็นภาวะที่มักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า (depression) ได้บ่อย และอาการส่วนใหญ่ของภาวะนี้มักมีอาการซ้อนทับกับอาการของภาวะซึมเศร้าและภาวะกระวนกระวาย (agitation) ⁶² ลักษณะภาวะวิตกกังวลที่พบได้บ่อยคือ - โรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) โดย ผู้ป่วยจะรู้สึกกังวล หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย แต่อาการที่พบมากคือ อาการอ่อนเพลีย และ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ⁶³ - กลัวการอยู่คนเดียว (fear of being alone) - กระสับกระส่ายเดินไปเดินมา (pacing) - การถามย้ำๆ ซ้ำๆ ถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Godot syndrome) มักมีความสัมพันธ์กับปัญหาในด้านความจำ ⁶⁴ - การปฏิเสธการดูแลบางอย่าง เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน อาจบ่งบอกถึงความวิตกกังวลกะทันหัน หรือ บางครั้งอาการเจ็บปวดที่ไม่ได้รับการดูแล อาจเป็นตัวกระตุ้นอาการวิตกกังวลได้	1. Non pharmacological Management: - ให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยและมีสิ่งกระตุ้นน้อย (+, 1-1) ⁶⁵ - ให้ความมั่นใจและให้กำลังใจ โดยใช้คำพูดและท่าทางที่สงบและอ่อนโยน (++, 1-1) ⁶⁵ - พยายามทำความเข้าใจและหาสาเหตุของความวิตกกังวล (+, 4-1) P, S, T - พยายามประเมินโรคทางกายและความเจ็บปวด (+, 4-1) P, S, T - สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย (++, 1-1) ⁶⁵ - เบี่ยงเบนความสนใจไปสู่สิ่งที่ผู้ป่วยชื่นชอบ (+, 4-1) P, S, T - การใช้ดนตรีบำบัด (++, 1-1) ⁶⁶ - การใช้สัตว์เลี้ยงบำบัด (pet therapy) (+, 3-2) ⁶⁷ P, S, T - บำบัดด้วยการนวด (+, 4-1) 2. Phamacological management: - ให้ยาในกลุ่ม SSRIs (+, 2-1) ⁶⁸ S, T - ยาในกลุ่ม benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์สั้น แต่ควรใช้ในช่วงสั้นๆ ไม่เกิน 2-4 สัปดาห์ เนื่องจากผลข้างเคียงของยา (+, 2-1) ⁶⁷ S, T 3. ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ถ้าให้การรักษแล้วอาการไม่ดีขึ้น
	การเดินออกไปอย่างไร้จุดหมาย หรือเดินออกไปโดยมีจุดหมายที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมแก่เวลา การพยายามหนีออกจากบ้าน อาจเป็นผลจากภาวะสับสน ความกระวนกระวายใจ ทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือหลงทางได้	1. Non pharmacological management: ⁶⁹⁻⁷¹ - การติดป้ายชื่อ หรือการใช้อุปกรณ์ติดตามตัว เช่น GPS (+, 4-1) P, S, T - Subjective barriers เช่น ติดภาพที่ประตูหรือหน้าต่างเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ, ติดกระดิ่งที่ประตูเพื่อเป็นสัญญาณเตือนเวลาผู้ป่วยผ่านเข้าออก (+, 4-1) P, S, T

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ตารางที่ 16 การรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (ต่อ)

ภาวะ	อาการ	การรักษา
		- Multisensory stimulation (Snoezelen) (+, 1-1), T - การออกกำลังกาย หรือ การทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การออกนอกบ้านตามความเหมาะสม (++, 1-2) 2. Pharmacological treatment: ให้ยาในกลุ่ม antipsychotic drugs ในกรณีที่มีภาวะกระวนกระวายหรือก้าวร้าวร่วมด้วย 3. ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางถ้าให้การรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น

ตารางที่ 17 ยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants)

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาดที่เริ่ม (มก.)	ขนาดต่อวัน (มก.)	ผลข้างเคียงที่สำคัญ ของกลุ่ม	คำแนะนำ พิเศษ	ระดับ สถานพยาบาล ที่แนะนำ
กลุ่ม SSRIs						
++	Sertraline	50	50-200	คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาทางเพศ (หลังเช้า)	ไม่ควรให้ก่อนนอน อาจทำให้ผู้ป่วยตื่นตัวได้	1-1 ⁷³
						S, T
++	Escitalopram	10	10-20	คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาทางเพศ (หลังเช้า)		2-3 ⁷⁴
						S, T
+	Fluoxetine	10	20-40	คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาทางเพศ (หลังเช้า) ระงับปฏิกิริยาระหว่างกันของยา		1-1 ⁷³
						S, T
กลุ่ม Antidepressants อื่นๆ						
+	Mirtazapine	7.5	15-30	ง่วง ซึม น้ำหนักขึ้น	ใช้เป็นยานอนหลับได้	2-3 ⁷⁷⁻⁷⁹
						S, T
+/-	Venlafaxine	37.5	75-150	เบื่ออาหาร คลื่นไส้	อาจเกิดความดันโลหิตสูง	1-2 ^{75,76}
						S, T
+/-	Nortriptyline	10	10-50	Anticholinergic, effect sedation	ระงับในผู้ป่วยโรคหัวใจ ความดันโลหิตต่ำ	2-3 ⁷²
						P, S, T

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ตารางที่ 18 ยารักษาโรคจิต (antipsychotics)⁸⁰⁻⁹⁹

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาดที่เริ่ม (มก.)	ขนาดต่อวัน (มก.)	ผลข้างเคียงที่สำคัญ ของกลุ่ม	คำแนะนำ พิเศษ	ระดับ สถานพยาบาล ที่แนะนำ
กลุ่ม Conventional Antipsychotic *						
+	Haloperidol*	0.25-0.5	0.5-2.0	Extrapyramidal side effect (พบบ่อยและรุนแรง), fall, Sedation	ห้ามใช้ในผู้ป่วย DLB, PDD, FTD ให้ใช้ในขนาดต่ำที่สุดและระยะเวลาสั้นที่สุด	1-1 P, S, T
กลุ่ม Atypical Antipsychotic						
+	Olanzapine*	2.5	5	Extrapyramidal side effect (high dose), sedation	น้ำหนักเพิ่มขึ้น	1-1 S, T
+	Quetiapine*	12.5	25-100	Sedation, dizziness, Orthostatic hypotension		1-1 S, T
+	Risperidone*	0.25	0.5-2	Extrapyramidal side effects, sedation		1-1 S, T
+	Aripiprazole*	1.25	1.25-5	Extrapyramidal side effects, sedation		1-1 S, T
+/-	Clozapine*/**	6.25-12.5	25-100	Agranulocytosis, sedation, drooling, anticholinergic (เมื่อใช้ในขนาดสูง)	ใช้เฉพาะในผู้ป่วย PDD เท่านั้น ต้องเจาะเลือด CBC ทุก 1-2 สัปดาห์ เพื่อเฝ้าระวังภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ	1-1 T

* ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมและได้รับยาเหล่านี้ มีรายงานอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา 1.6-1.7 เท่า^{85,86}

ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ในขนาดต่ำที่สุดและระยะเวลาสั้นที่สุด โดยพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะได้รับ เทียบกับความเสี่ยงดังกล่าว

** ไม่ควรใช้ยา clozapine เป็นตัวแรกในการรักษาผู้ป่วย BPSD แต่ยานี้มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีอาการทาง parkinsonism ร่วมด้วย เพราะมีผลข้างเคียงด้าน extrapyramidal side effects น้อยกว่าตัวอื่น

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ตารางที่ 19 ยานอนหลับที่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาดที่เริ่ม (มก.)	ขนาดต่อวัน (มก.)	ผลข้างเคียงที่สำคัญ ของกลุ่ม	คำแนะนำ พิเศษ	ระดับ สถานพยาบาล ที่แนะนำ
กลุ่ม antidepressant						
+	Trazodone	25	50-100	Priapism, orthostatic hypotension		2-3 ^{100,101} S,T
+	Mirtazapine	7.5	7.5-15	ง่วง ซึม น้ำหนักขึ้น		4-1 ^{102,103} S, T
กลุ่ม sedative-hypnotics						
+/-	Lorazepam	0.5	0.5-1	Sedation ทกล้ม อาจสับสนก้าวร้าว	ไม่ควรใช้เกิน 2 สัปดาห์	4-1 ^{104,105} P, S, T

ตารางที่ 20 ยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilizer) ที่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาดที่ เริ่มต้น (มก./วัน)	ขนาดสูงสุด ต่อวัน (มก./วัน)	ขนาดยาเฉลี่ย ที่อาจได้ผล (มก./วัน)	ผลข้างเคียง ที่สำคัญของยา	คำแนะนำพิเศษ	ระดับ ความสำคัญ ของหลักฐาน
+	Sodium valproate / Valproate	200	1000	400	Incoordination, Tremor, dizziness, CYP450 enzyme inhibitor/ interaction	- CBC และ Liver enzyme เป็น baseline - Glucose intolerance, weight gain, lipid	1-1 ¹⁰⁶⁻¹⁰⁹ S, T
+/-	Carbamazepine	200	800	400	Diarrhea, sedation, CYP450 enzyme inducer / interaction	- CBC และ Liver enzyme เป็น baseline - HLA-B 1502 ช่วยในการ ทำนายการเกิด Stevens-Johnson Syndrome	1-1 ¹⁰⁶⁻¹⁰⁸ S,T

ตารางที่ 21 น้ำหนักคำแนะนำในการใช้ยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดต่างๆ⁸¹⁻¹⁰⁰

โรค \ ยา	Haloperidol P	Clozapine S,T	Quetiapine S,T	Olanzapine S,T		Risperidone S,T		Aripiprazole S,T	
AD/ VaD	+	-	+	+		+		+	
DLB	--	+/-	+	-- (> 5 มก./วัน)	- (≤ 5 มก./วัน)	-- (> 1 มก./วัน)	- (≤ 1 มก./วัน)	- (> 2.5 มก.วัน)	+/- (≤ 2.5 มก./วัน)
PDD	--	+/-	+	-- (> 5 มก./วัน)	- (≤ 5 มก./วัน)	-- (> 1 มก./วัน)	- (≤ 1 มก./วัน)	- (> 2.5 มก./วัน)	+/- (≤ 2.5 มก./วัน)
FTD	--	-	+	+/-		+/-		+/-	

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ตารางที่ 22 ยาที่น้ำหนักคำแนะนำอยู่ในระดับไม่น่าใช้ (--) และไม่ควรใช้ (---) ในการรักษาผู้ที่มีสมองเสื่อม

น้ำหนักคำแนะนำ	ยา	ผลข้างเคียงสำคัญของกลุ่ม	เหตุผลที่ไม่ควรใช้
Tricyclic Antidepressants			
---	- Amitriptyline - Imipramine - Clomipramine - Doxepine	- ความจำแย่ลง - ง่วงซึม - ตัดสินใจช้า - ท้องผูก - หัวใจเต้นผิดจังหวะ เต้นเร็ว - ปากแห้ง คอแห้ง - ขาอ่อนแรง หกล้มง่าย	- ผลจากฤทธิ์ anticholinergic - Prolonged QTc interval
Typical Antipsychotics			
---	- Thioridazine - Chlorpromazine - Perphenazine	- ความจำแย่ลง - ง่วงซึม - ตัดสินใจช้า - ท้องผูก - หัวใจเต้นผิดจังหวะ เต้นเร็ว - ปากแห้ง คอแห้ง - Extrapyramidal symptoms	- ผลจากฤทธิ์ anticholinergic - เสี่ยงต่อ Cardiovascular Events ในอัตราที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ใช้ยา และผู้สูงอายุที่ใช้ยา atypical antipsychotics¹¹⁰⁻¹¹³
Anticholinergics			
---	- Trihexyphenidyl* - benztropine	- ความจำแย่ลง - ง่วงซึม - ตัดสินใจช้า - ท้องผูก - หัวใจเต้นผิดจังหวะ เต้นเร็ว - ปากแห้ง คอแห้ง	- ผลจากฤทธิ์ anticholinergic
ยากลุ่มอื่นๆ			
-	- Diphenhydramine* - Dimenhydrinate*	- ความจำแย่ลง - ง่วงซึม - ตัดสินใจช้า - ท้องผูก - หัวใจเต้นผิดจังหวะ เต้นเร็ว - ปากแห้ง คอแห้ง	- ผลจากฤทธิ์ anticholinergic

*อาจสามารถใช้เป็นการชั่วคราวหรือใช้เพื่อรักษาภาวะอื่นๆ ที่เกิดร่วม เช่น extrapyramidal symptoms หรือ vertigo ที่ไม่สามารถใช้ยาอื่นๆ ได้

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับคัดแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. Association. IP. BPSD: Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia. <http://www.wipa-online.org> 2002.
2. Cummings JL MM, GRay K et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44:2308-14.
3. JL C. The Neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related dementias. London: Martin Dunitz Ltd.; 2003. 311 p.
4. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *The American journal of psychiatry*. 2000;157:708-14.
5. Farber NB, Rubin EH, Newcomer JW, Kinscherf DA, Miller JP, Morris JC, et al. Increased neocortical neurofibrillary tangle density in subjects with Alzheimer disease and psychosis. *Archives of general psychiatry*. 2000;57:1165-73.
6. Lopez OL, Schwam E, Cummings J, Gauthier S, Jones R, Wilkinson D, et al. Predicting cognitive decline in Alzheimer's disease: an integrated analysis. *Alzheimer's & dementia*. 2010;6:431-9.
7. Cummings J, Emre M, Aarsland D, Tekin S, Dronamraju N, Lane R. Effects of rivastigmine in Alzheimer's disease patients with and without hallucinations. *Journal of Alzheimer's disease*. 2010;20:301-11.
8. Finkel S. Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *International journal of geriatric psychiatry*. 2000;15 Suppl 1:S2-4.
9. Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008; 20:423-8.
10. Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and burden of care. *International psychogeriatrics/ IPA*. 2004;16:295-315.
11. Hogan DB, Bailey P, Black S, Carswell A, Chertkow H, Clarke B, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia. *CMAJ*. 2008;179:1019-26.
12. Kalapatapu RK, Neugroschl JA. Update on neuropsychiatric symptoms of dementia: evaluation and management. *Geriatrics*. 2009;64:20-6.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณ์ฐานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



13. Ballard C, Corbett A. Management of neuropsychiatric symptoms in people with dementia. *CNS Drugs*. 2010;24:729-39.
14. Gauthier S, Cumming J, Ballard C, Brodaty H, Grossberg G, Robert P, Lyketsos C. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2010;22:346-72.
15. Azermai M, Petrovic M, Elseviers MM, Bourgeois J, Van Bortel LM, Vander Stichele RH. Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. *Ageing Res. Rev.* 2012;11:78-86.
16. Corey- Bloom J. The ABC of Alzheimer's disease: cognitive changes and their management in Alzheimer's disease and related dementias. *Int Psychogeriatr*. 2002;14 Suppl 1:51-75.
17. Grossberg GT. The ABC of Alzheimer's disease: behavioral symptoms and their treatment. *Int Psychogeriatr*. 2002;14 Suppl 1:27-49.
18. Ballard C, Corbett A, Chitramohan R, Aarsland D. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer's disease: controversies and possible solutions. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22:532-40.
19. Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA*. 2012;308:2020-9.
20. Ballard C, Corbett A. Management of neuropsychiatric symptoms in people with dementia. *CNS Drugs*. 2010;24:729-39.
21. Reynolds CF 3rd, Perel JM, Kupger DJ. Open-trial response to antidepressant treatment in elderly patients with mixed depression and cognitive impairment. *Psychiatry Res*. 1987;21:111-22.
22. Douglas S, James I, Ballard C. Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004;10:171-179.
23. Cohen-Mansfield J, Mintzer JE. Time for Change: The Role of Nonpharmacological Interventions in Treating Behavior Problems in Nursing Home Residents With Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2005;19:37-40.
24. Palmer CV, Adams M, Bourgeois J, et al. Reduction in caregiver-identified problem behavior in patients with Alzheimer's disease post hearing aid fitting. *J Speech Lang Hear Res*. 1999;42:312-328.
25. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacological interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;9:361-381.
26. Burgio, L. & Fisher, S. (2000) Application of psychosocial interventions for treating behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 12, (suppl. 1), 351-358.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

27. Burns, I., Cox, H. & Plant, H. Leisure or therapeutics? Snoezelen and the care of older persons with dementia. *International Journal of Nursing Practice*. 2000;6:118–126.
28. Burns, A., Byrne, J., Ballard, C., et al. Sensory stimulation in dementia. An effective option for behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*. 2002;12 (suppl. 1):373–380.
29. Hitch S. Cognitive therapy as a tool for the caring elderly confused person. *Journal of Clinical Nursing*. 1994;3:49–55.
30. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M, Freedman L. Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*. 2012;73:1255-61.
31. Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA*. 2012;308:2020-9.
32. Van der Ploeg ES, Eppingstall B, Camp CJ, Runci SJ, Taffe J, O'Connor DW. A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using Montessori-based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with Dementia. *International psychogeriatrics*. 2013;25:565-75.
33. Ballard CG, O'Brien JT, Reichelt K, Perry EK. Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *The Journal of clinical psychiatry*. 2002;63:553-8.
34. Burns A, Perry E, Holmes C, Francis P, Morris J, Howes MJ, et al. A double-blind placebo-controlled randomized trial of Melissa officinalis oil and donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2011;31:158-64.
35. Viggo Hansen N, Jorgensen T, Ortenblad L. Massage and touch for dementia. *Cochrane database of systematic reviews*. 2006:CD004989.
36. Vink AC, Zuidersma M, Boersma F, de Jonge P, Zuidema SU, Slaets JP. The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*. 2012. Epub 2013/01/03. Eng.
37. Maher AR, Maglione M, Bagley S, Suttorp M, Hu JH, Ewing B, et al. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2011;306:1359-69.
38. Kales HC, Kim HM, Zivin K, Valenstein M, Seyfried LS, Chiang C, et al. Risk of mortality among individual antipsychotics in patients with dementia. *The American journal of psychiatry*. 2012;169:71-9.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



39. Suh GH, Greenspan AJ, Choi SK. Comparative efficacy of risperidone versus haloperidol on behavioural and psychological symptoms of dementia. *International journal of geriatric psychiatry*. 2006;21:654-60.
40. Mohamed S, Rosenheck R, Lyketsos CG, Kaczynski R, Sultzer DL, Schneider LS. Effect of second-generation antipsychotics on caregiver burden in Alzheimer's disease. *The Journal of clinical psychiatry*. 2012;73:121-8.
41. Howard RJ, Juszczak E, Ballard CG, Bentham P, Brown RG, Bullock R, et al. Donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2007;357:1382-92.
42. Kano O, Ito H, Takazawa T, Kawase Y, Murata K, Iwamoto K, et al. Clinically meaningful treatment responses after switching to galantamine and with addition of memantine in patients with Alzheimer's disease receiving donepezil. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2013; 9:259-65.
43. Rodda J, Morgan S, Walker Z. Are cholinesterase inhibitors effective in the management of the behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease? A systematic review of randomized, placebo-controlled trials of donepezil, rivastigmine and galantamine. *International psychogeriatrics*. 2009;21:813-24.
44. Fox C, Crugel M, Maidment I, Auestad BH, Coulton S, Treloar A, et al. Efficacy of memantine for agitation in Alzheimer's dementia: a randomised double-blind placebo controlled trial. *PloS one*. 2012;7:e35185.
45. Wilcock GK, Ballard CG, Cooper JA, Loft H. Memantine for agitation/aggression and psychosis in moderately severe to severe Alzheimer's disease: a pooled analysis of 3 studies. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008;69:341-8.
46. Sommer OH, Aga O, Cvancarova M, Olsen IC, Selbaek G, Engedal K. Effect of oxcarbazepine in the treatment of agitation and aggression in severe dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2009;27:155-63.
47. Konovalov S, Muralee S, Tampi RR. Anticonvulsants for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a literature review. *International psychogeriatrics*. 2008;20:293-308.
48. Zhou QP, Jung L, Richards KC. The management of sleep and circadian disturbance in patients with dementia. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2012:193-204.
49. Lee JH, Bliwise DL, Ansari FP, et al. Daytime sleepiness and functional impairment in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15:620-626.
50. Salami O, Lyketsos C, Roa V. Treatment of sleep disturbance in Alzheimer's dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:771-782.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

51. Onor ML, Saina M, Aguglia E. Efficacy and tolerability of quetiapine in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Am J Alzheimer's dis other demen.* 2007;21:448-452.
52. Tiffany W. Chow MMAB, PhD; Jeffrey L. Cummings, MD. Apathy Symptom Profile and Behavioral Associations in Frontotemporal Dementia vs Dementia of Alzheimer Type. *Arch Neurol.* 2009;66:888-93.
53. Renate Verkaik JCMvWaALF. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 2005;20:301-14.
54. Chung JCC LC. Snoezelen for dementia (Review). The Cochrane Library 2007(2).
55. Hugh Series, Pilar Degano. Hypersexuality in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2005;11:424-431.
56. K Alagiakrishnan, D Lim, A Brahim, A Wong, A Senthilselvan, W T Chimich, L Kagan. Sexually inappropriate behavior in demented elderly people. *Postgrad Med J.* 2005;81:463-466.
57. Family Caregiver Alliance. (2004) Caregiver's Guide to Understanding Dementia Behaviors. Available from : <http://www.caregiver.org> [> Fact sheets& publications > Caregiving issues& strategies]
58. Kaye ED, Petrovic-Poljak A, Verhoeff NP, Freedman M. Frontotemporal dementia and pharmacologic interventions. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2010;22:19-29.
59. Antifeau E, Ward C. Best Practice Guideline for Accommodating and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Residential Care. 2012.
60. Loddon Mallee Region Dementia Management Strategy Overview. Catastrophic Reactions: Preventing and Managing Catastrophic Reactions. Accessed September 23, 2012. http://www.dementiamanagementstrategy.com/Pages/ABC_of_behaviour_management/Management_strategies/Catastrophic_reactions.aspx
61. Lee HB, DeLoatch CJ, Cho S, Rosenberg P, Mears SC, Sieber FE. Detection and management of pre-existing cognitive impairment and associated behavioral symptoms in the Intensive Care Unit. *Crit Care Clin.* 2008;24:723-36.
62. Seignourel PJ, Kunik ME, Snow L, Wilson N, Stanley M. Anxiety in dementia: a critical review. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:1071-82.
63. Calleo JS, Kunik ME, Reid D, Kraus-Schuman C, Paukert A, Regev T. Characteristics of generalized anxiety disorder in patients with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2011;26:492-7.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณ์ฐานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



64. Manjari Tripathi, Deepti Vibha. An approach to and the rationale for the pharmacological management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Ann Indian Acad Neurol.* 2010;13:94–98.
65. Hersch EC, Falzgraf S..Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clin Interv Aging.* 2007;2:611–21.
66. Grand HG J, Caspar S, MacDonald WS S. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *J Multidiscip Healthc.* 2011;4:125–147.
67. Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB.Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol.* 2012;3:73.
68. Family Caregiver Alliance. (2004) Caregiver's Guide to Understanding Dementia Behaviors. Available from : <http://www.caregiver.org> [> Fact sheets& publications > Caregiving issues& strategies]
69. O'Neil M FM, Christensen V, Telerant A, Addleman A, and Kansagara D. Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia: A Systematic Review of the Evidence. VA-ESP Project #05-225. 2011.
70. L Robinson DH, L Corner. A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. *Health Technology Assessment.* 2006; 10(26).
71. Lauriks S RA, Van der Roest HG. Review of ICT-based services for identified unmet needs in people with dementia. *Ageing research reviews.* 2007;6:223-46.
72. Reynolds CF 3rd, Perel JM, Kupger DJ. Open-trial response to antidepressant treatment in elderly patients with mixed depression and cognitive impairment. *Psychiatry Res.* 1987; 21:111-22.
73. Modrego PJ. Depression in Alzheimer's disease. Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *J Alzheimers Dis.* 2010;21:1077-87.
74. Rao V, Spiro JR, Rosenberg H, et al. An open-label study of Escitalopram (Lexapro) for the treatment of 'Depression of Alzheimer's disease'(dAD). *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006;21:273-274.
75. de Vasconcelos Cunha UG, Lopes Rocha F, Avila de Melo R, et al. A placebo-controlled double-blind randomized study of venlafaxine in the treatment of depression in dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2007;24:36-41.
76. Oslin DW, Ten Have TR, Streim JE, et al. Probing the safety of medications in the frail elderly: evidence from a randomized clinical trial of sertraline and venlafaxine in depressed nursing home residents. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:875-82.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

77. Banerjee S, Hellier J, Romeo R, et al. Study of the use of antidepressant for depression in dementia: the HTA-SADD trial—a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sertraline and mirtazapine. *Health Technol Assess.* 2013;17:1-166.
78. Roose SP, Nelson JC, Salzman C, et al. Open-label study of mirtazapine orally disintegrating tablets in depressed patients in the nursing home. *Curr Med Res Opin.* 2003;19:737-46.
79. Raji MA, Brady SR. Mirtazapine for treatment of depression and comorbidities in Alzheimer disease. *Ann Pharmacother.* 2001;35:1024-7.
80. Ballard C, Howard R. Neuroleptic drugs in dementia: benefits and harm. *Nat Rev Neurosci.* 2006;7:492-500.
81. Sultzer DL, Davis SM, Tariot PN, et al. Clinical symptom responses to atypical antipsychotic medications in Alzheimer's disease: phase 1 outcomes from the CATIE-AD effectiveness trial. *Am J Psychiatry.* 2008;165:844-854.
82. Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006;14:191-210.
83. Mintzer JE, Tune LE, Breder CD, et al. Aripiprazole for the treatment of psychoses in institutionalized patients with Alzheimer dementia: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled assessment of three fixed doses. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007;15:918-931.
84. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, et al. CATIE-AD Study Group. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2006;355:1525-38.
85. Tune LE, Steele C, Cooper T. Neuroleptic drugs in the management of behavioral symptoms of Alzheimer's disease. *Psychiatry Clin N Am.* 1991;14:353-73.
86. Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, et al. DART-AD investigators. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomized placebo-controlled trial. *Lancet Neurol.* 2009;8:151-7.
87. Angelucci F, Bernadini S, Gravina P, et al. Delusion symptoms and response to antipsychotic treatment are associated with the 5-HT_{2A} receptor polymorphism (102T/C) in Alzheimer's disease: a 3-year follow-up longitudinal study. *J Alzheimer Dis.* 2009;17:203-211.
88. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA.* 2005;294:1934-1943.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



89. Kales HC, Valenstein M, Kim HM, et al. Mortality risk in patients with dementia treated with antipsychotic versus other psychiatric medications. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1568-1576.
90. De Deyn PP, et al. A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology*. 1999;53:946-955.
91. Devanand, DP, et al. A randomized, placebo-controlled dose-comparison trial of haloperidol for psychosis and disruptive behaviors in Alzheimer's disease. *Am J. Psychiatry*. 1998;155: 1512-1520.
92. Deberdt, WG, et al. Comparison of olanzapine and risperidone in the treatment of psychosis and associated behavioral disturbances. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2005;13:722-730.
93. Street, JS, et al. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:968-976.
94. De Deyn PP, et al. Olanzapine versus placebo in the treatment of psychosis with or without associated behavioral disturbances in patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19:115-126.
95. Wang, PS, et al. Risk of death in elderly users of conventional vs atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med*. 2005;353:2335-2341.
96. Brodaty H, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:134-143.
97. De Deyn P, Jeste DV, Swanink R, et al. Aripiprazole for the treatment of psychosis in patients with Alzheimer's disease: a randomized, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 2005;25:463-467.
98. Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst*. 2006. Rev. 1, CD003476.
99. Ballard C, Grace J, McKeith I, et al. Neuroleptic sensitivity in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Lancet*. 1998;351:1032-1033.
100. Lopez-Pousa S, Garre-Olma J, Vilalta-Franch J, Turon-Estrada A, Pericot-Nierga I. Trazodone for Alzheimer's disease: a naturalistic follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008;47: 207-215.
101. Camargos EF, Pandolfi MB, Freitas MPD, et al. Trazodone for the treatment of sleep disorders in dementia: an open-label, observational and review study. *Arch Neuropsychiatr*. 2011;69: 44-49.
102. Luckhaus C, Jacob C, Reif A. Mirtazapine completely relieves severe insomnia in a patient with lewy body dementia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2003;7: 139-141.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

103. Strauss J. Insomnia in older adults with dementia. *Geriatrics & aging*. 2009;12:77-82.
104. Allain H, Schuck S, Bentue- Ferrer D, Bourin M, Vercelletto M, Reymann JM, et al. Anxiolytics in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*. 2000;12:281-289.
105. Massironi G, Galluzzi S, Frisoni GB. Drug treatment of REM sleep behavior disorder in dementia with Lewy bodies. *International Psychogeriatrics*. 2005;15:377-383.
106. Yeh YC, Ouyang WC. Mood stabilizers for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: an update review. *The Kaohsiung journal of medical sciences*. 2012;28:185-93.
107. Konovalov S, Muralee S, Tampi RR. Anticonvulsants for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a literature review. *International psychogeriatrics*. 2008;20:293-308.
108. Xiao H, Su Y, Cao X, Sun S, Liang Z. A meta-analysis of mood stabilizers for Alzheimer's disease. *Journal of Huazhong University of Science and Technology Medical sciences*. 2010;30:652-8.
109. Lonergan E, Luxenberg J. Valproate preparations for agitation in dementia. *Cochrane database of systematic reviews*. 2009:CD003945.
110. Gill SS, Bronskill SE, Normand SL, Anderson GM, Sykora K, Lam K, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Annals of internal medicine*. 2007;146: 775-86.
111. Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ*. 2007;176:627-32.
112. Setoguchi S, Wang PS, Alan Brookhart M, Canning CF, Kaci L, Schneeweiss S. Potential causes of higher mortality in elderly users of conventional and atypical antipsychotic medications. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56:1644-50.
113. Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, Fischer MA, Mogun H, Solomon DH, et al. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med*. 2005;353:2335-41.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ภาคผนวกที่ 1

แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (dementia)			
A. ส่วนที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (dementia)			
น้ำหนัก คำแนะนำ	การประเมิน	ผลการประเมิน วันที่.....	
		ใช่	ไม่ใช่
++	1. History (ต้องมีทั้ง 3 ข้อ) - ผู้ป่วยมีปัญหาด้อยบกพร่องในด้าน cognition ได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน visuospatial function การใช้ภาษา สมาธิ หรือความใส่ใจ - มีความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว - มีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคม - ไม่มีภาวะเพ้อ (delirium) โรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชเรื้อรัง หรือวิตกกังวลรุนแรงขณะวินิจฉัยที่จะอธิบายภาวะสมองเสื่อม	☐	☐
++	2. Physical examination: ผลการตรวจร่างกาย ไม่พบสาเหตุจากโรคทางกายที่อธิบายสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม	☐	☐
++	3. Investigation: ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านล่าง ไม่พบภาวะอื่นที่ไม่ใช่ neurodegenerative diseases หรือ systemic diseases ที่สามารถทำให้มีอาการคล้ายภาวะสมองเสื่อม - Brain imaging: CT/MRI หรือ brain imaging อื่นๆ ตามความเหมาะสม - CBC • TSH • BUN, serum Cr • LFT - FBS • Electrolyte • VDRL	☐	☐
★ สรุปการวินิจฉัย: ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม (dementia) [ต้องตอบ “ใช่” ทุกข้อ]		☐	☐

* ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในแบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาโรคในภาวะสมองเสื่อม 2555

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ภาคผนวกที่ 2

แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย Alzheimer's disease (AD)					
A. ส่วนที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัย Alzheimer's disease (AD)					
น้ำหนัก คำแนะนำ	การประเมิน	ผลการประเมิน วันที่.....		ผลการประเมิน วันที่.....	
		ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
++	1. ลักษณะทางคลินิก (ต้องมีทุกข้อ) • อาการ episodic memory loss เช่น ถ้ามั่วๆ จนนำราคาของ ลืมว่ารับประทานอาหาร ลืมของ ลืมนัด ลืมเหตุการณ์สำคัญที่เพิ่งเกิด • มีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ เช่น - aphasia (มีปัญหาเรื่องการใช้ภาษา การสื่อสาร เช่น เรียกสิ่งของไม่ถูกต้องตามที่สั่งไม่ได้) - apraxia (กล้ามเนื้อไม่สามารถทำงานได้ตามสั่ง ทั้งที่ไม่มีอาการอ่อนแรง) - agnosia (ไม่รู้จักชื่อ และชนิดของสิ่งของที่เคยรู้จักมาก่อน) - executive dysfunction (เช่น บกพร่องในการตัดสินใจ วางแผน การจัดลำดับขั้นตอน ความคิดเชิงนามธรรม) - social cognition (ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว ถดถอย เช่น ไม่เข้าใจความรู้สึกผู้อื่น การยับยั้งชั่งใจลดลง) • มีอาการมานานกว่า 6 เดือน • การดำเนินโรคเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive course) • มีผลรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าสังคม	☐	☐	☐	☐
++	2. Physical examination: ผลการตรวจร่างกายไม่พบสาเหตุจากโรคทางกาย และภาวะอื่นของโรคระบบประสาทส่วนกลางที่อธิบายสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน เลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ เป็นต้น	☐	☐	☐	☐
++	3. Imaging (CT/MRI หรือ brain imaging อื่นๆ ตามความเหมาะสม) • ไม่มีพยาธิสภาพอื่นที่สามารถอธิบายอาการสมองเสื่อมได้ อาจพบลักษณะที่เข้าได้กับ AD เช่น cerebral atrophy และ/หรือ medial temporal lobe atrophy หรือ normal for age	☐	☐	☐	☐
★ สรุปการวินิจฉัย: เข้าได้กับ Alzheimer's disease (AD) [ต้องตอบ “ใช่” ทุกข้อ]		☐	☐	☐	☐

* ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในแบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาโรคในภาวะสมองเสื่อม 2555

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ภาคผนวกที่ 3

แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย Alzheimer's disease with cerebrovascular disease (AD with CVD)					
A. ส่วนที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัย Alzheimer's disease with cerebrovascular disease (AD with CVD)					
น้ำหนัก คำแนะนำ	การประเมิน	ผลการประเมิน วันที่.....		ผลการประเมิน วันที่.....	
		ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
++	1. ลักษณะทางคลินิก (ต้องมีทุกข้อ) • อาการ episodic memory loss เช่น ถ้ามั่วๆ จนน่ารำคาญ ลืมว่ารับประทานอาหารเช้า ลืมของ ลืมนัด ลืมเหตุการณ์สำคัญที่เพิ่งเกิด • มีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ เช่น - aphasia (มีปัญหาเรื่องการใช้ภาษา การสื่อสาร เช่น เรียกสิ่งของไม่ถูกต้องตามที่สั่งไม่ได้) - apraxia (กล้ามเนื้อไม่สามารถทำงานได้ตามสั่ง ทั้งที่ไม่มีอาการอ่อนแรง) - agnosia (ไม่รู้จำชื่อ และชนิดของสิ่งของโดยที่เคยรู้มาก่อน) - executive dysfunction (เช่น บกพร่องในการตัดสินใจ วางแผน การจัดลำดับขั้นตอน ความคิดเชิงนามธรรม) - social cognition (ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว ถดถอย เช่น ไม่เข้าใจความรู้สึกผู้อื่น การยับยั้งชั่งใจลดลง) • มีอาการมากกว่า 6 เดือน • การดำเนินโรคเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive course) • มีผลรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าสังคม	☐	☐	☐	☐
++	2. Physical examination: - o พบความผิดปกติ อาจพบ lateralization หรือ gait abnormalities ที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง - o ไม่พบสาเหตุจากโรคทางกายและภาวะอื่นของโรคระบบประสาทส่วนกลางที่อธิบายสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคพาร์กินสัน เลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ เป็นต้น	☐	☐	☐	☐
++	3. Imaging (CT/MRI หรือ brain imaging อื่นๆ ตามความเหมาะสม) พบรอยโรคอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ - o Subcortical white matter lesions- mild to moderate degree (<25% ของ total white matter) - o 2 or 3 lacunes above midbrain ยกเว้น bilateral dorsal thalamus lacunes - o Cortical infarct not in strategic infarct area ซึ่งได้แก่ dominant angular gyrus, bilateral basal forebrain, bilateral posterior cerebral artery (PCA) or bilateral anterior cerebral artery (ACA) territories หากมี: ระบุรอยโรคที่พบ	☐	☐	☐	☐
★ สรุปการวินิจฉัย: เข้าได้กับ Alzheimer's disease with cerebrovascular disease (AD with CVD) [ต้องตอบ "ใช่" ทุกข้อ]		☐	☐	☐	☐

* ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในแบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาโรคในภาวะสมองเสื่อม 2555

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ภาคผนวกที่ 4

แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย vascular dementia (VaD)					
A. ส่วนที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัย vascular dementia (VaD)					
น้ำหนัก คำแนะนำ	การประเมิน	ผลการประเมิน วันที่.....		ผลการประเมิน วันที่.....	
		ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
++	1. ลักษณะทางคลินิก: ต้องมีทุกข้อ - อาการ cognitive deficit ตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ได้แก่ ปัญหาความจำ การวางแผน การตัดสินใจบกพร่อง ปัญหา visuospatial function เช่น หลงทาง การใช้ภาษาบกพร่อง สมาธิไม่ดีหรือขาดความใส่ใจ (inattention) ปัญหาในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว - มีผลรบกวนการดำเนินกิจกรรมประจำวันหรือการเข้าสังคม - มีอาการเลวลงอย่างรวดเร็ว หรืออาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและเลวลงแบบขั้นบันได (rapid decline หรือ abrupt onset and stepwise progression)	☐	☐	☐	☐
	ลักษณะทางคลินิก: ต้องมีอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ - อาการที่บ่งชี้ว่าจะเป็น VaD เช่น acute focal neurological deficit, gait disturbance โดยมีอาการของภาวะสมองเสื่อมสัมพันธ์กับการเกิด focal neurological deficit ภายใน 3 เดือน - อาการที่สงสัย subcortical VaD ได้แก่ gait disturbance, urinary incontinence และ pseudobulbar palsy เป็นต้น	☐	☐	☐	☐
++	2. Physical examination: - พบ lateralization, upper motor neuron signs หรือ gait abnormalities ที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง - ไม่พบสาเหตุจากโรคทางกายและภาวะอื่นของโรคระบบประสาทส่วนกลางที่อธิบายสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคพาร์กินสัน เลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ เป็นต้น	☐	☐	☐	☐
++	3. Imaging (CT/MRI หรือ brain imaging อื่นๆ ตามความเหมาะสม) : พบรอยโรคอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ >1 large-vessel infarcts - Multiple basal ganglia and white matter lacunes - Single strategically placed infarct (dominant hemisphere angular gyrus, thalamus, basal forebrain, PCA or ACA territories) - Extensive or >25% periventricular white matter lesions หากมี: ระบุรอยโรคที่พบ	☐	☐	☐	☐
★ สรุปการวินิจฉัย: เข้าได้กับ vascular dementia (VaD) [ต้องตอบ “ใช่” ทุกข้อ]		☐	☐	☐	☐

* ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในแบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาโรคในภาวะสมองเสื่อม 2555

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ภาคผนวกที่ 5

แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย Parkinson's disease with dementia (PDD)

A. ส่วนที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัย Parkinson's disease with dementia (PDD)

น้ำหนัก คำแนะนำ	การประเมิน	ผลการประเมิน วันที่.....		ผลการประเมิน วันที่.....	
		ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
++	1. ลักษณะทางคลินิก: ต้องมีทุกข้อ - มีอาการของโรคพาร์กินสัน หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) มาก่อน > 1 ปี - มีอาการเสื่อมถอยของ cognition และพฤติกรรมอย่างช้าๆ เข้าข่ายภาวะสมองเสื่อม ภายหลังเริ่มมีอาการของโรคพาร์กินสัน เช่น สมาธิไม่ดี ไม่สามารถมีใจจดจ่อ คิดช้า ไม่สามารถเริ่มต้นหรือวางแผนได้ มีความบกพร่องด้าน visuo-spatial functions เช่น หลงทาง หรือมีปัญหาความจำที่แก้ไขได้หากมีการบอกใบ้หรือให้ตัวเลือก - มีผลรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน หรือการเข้าสังคม	☐	☐	☐	☐
++	2. Physical examination: ผลการตรวจร่างกายไม่พบสาเหตุจากโรคทางกาย และภาวะอื่นของโรคระบบประสาทส่วนกลางที่อธิบายสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ เป็นต้น	☐	☐	☐	☐
++	3. Imaging (CT/MRI หรือ brain imaging อื่นๆ ตามความเหมาะสม) ไม่มีพยาธิสภาพอื่นที่สามารถอธิบายอาการสมองเสื่อมได้ อาจพบลักษณะที่เข้าได้กับ AD เช่น cerebral atrophy และ/หรือ medial temporal lobe atrophy หรือ normal for age	☐	☐	☐	☐
★ สรุปการวินิจฉัย: เข้าได้กับ Parkinson's disease with dementia (PDD) [ต้องตอบ “ใช่” ทุกข้อ]		☐	☐	☐	☐

* ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในแบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาโรคในภาวะสมองเสื่อม 2555

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ภาคผนวกที่ 6

แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย dementia with Lewy bodies (DLB)					
A. ส่วนที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัย dementia with Lewy bodies (DLB)					
น้ำหนัก คำแนะนำ	การประเมิน	ผลการประเมิน วันที่.....		ผลการประเมิน วันที่.....	
		ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
++	1. ลักษณะทางคลินิก 1.1: Central features (ต้องมีทุกข้อ) - ประวัติหรือผลการทดสอบพบว่ามี progressive cognitive decline ได้แก่ ปัญหาความใส่ใจ (attention) ปัญหา visuospatial function เช่น หลงทาง ปัญหา constructional function เช่น การวาดภาพเชิงซ้อน ในระยะแรก และ/หรือความจำถดถอย (memory impairment) ในระยะหลัง - มีผลรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าสังคม	☐	☐	☐	☐
	1.2 ลักษณะทางคลินิกเพิ่มเติม ต้องมี core features ≥ 2 ข้อ หากมี core feature 1 ข้อ ต้องมี supportive features อีกอย่างน้อย 1 ข้อ <u>Core features</u> - มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลง (fluctuation) ของ cognition หรือระดับการรู้สติ (consciousness) โดยเฉพาะความใส่ใจ (attention) และความตื่นตัว (alertness) - เห็นภาพหลอน (visual hallucination) เกิดขึ้นซ้ำๆ ที่มีลักษณะชัดเจนและมีรายละเอียด - Parkinsonism ที่ไม่ใช่ secondary parkinsonism และเกิดห่างจากภาวะสมองเสื่อมไม่เกิน 1 ปี <u>Supportive features</u> - ประวัติหกล้มบ่อยๆ - อาการเป็นลม - หมดสติชั่วคราว - ไวต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต เช่น การเกิด extrapyramidal symptoms (EPS) - อาการหลงผิดที่มีรายละเอียด เป็นเรื่องเป็นราว (systematized delusion) - อาการประสาทหลอนอื่นๆนอกเหนือจากการเห็นภาพหลอน - มีความผิดปกติของพฤติกรรมของการนอนในช่วง rapid eye movement (REM Sleep) ได้แก่ อาการฝันร้ายร่วมกับอาการนอนดิ้น หรือนอนละเมออย่างรุนแรง - มีภาวะซึมเศร้า	☐	☐	☐	☐
++	2. Physical examination*: ผลการตรวจร่างกายไม่พบสาเหตุจากโรคทางกายและภาวะอื่นของโรคระบบประสาทส่วนกลางที่อธิบายสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ เป็นต้น	☐	☐	☐	☐
++	3. Imaging (CT/MRI หรือ brain imaging อื่นๆ) ไม่พบพยาธิสภาพอื่นที่สามารถอธิบายอาการสมองเสื่อมได้ เช่น cerebrovascular disease อาจพบลักษณะที่เข้าได้กับ DLB เช่น ไม่มี hippocampal/ medial temporal lobe atrophy ที่ชัดเจนในระยะแรก	☐	☐	☐	☐
★ สรุปการวินิจฉัย: เข้าได้กับ dementia with Lewy bodies (DLB) [ต้องตอบ “ใช่” ทุกข้อ]		☐	☐	☐	☐

*ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในแบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาโรคในภาวะสมองเสื่อม 2555

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ภาคผนวกที่ 7

แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย frontotemporal dementia (FTD)					
A. ส่วนที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัย frontotemporal dementia (FTD)					
น้ำหนัก คำแนะนำ	การประเมิน	ผลการประเมิน วันที่.....		ผลการประเมิน วันที่.....	
		ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
++	1. ลักษณะทางคลินิก (ต้องมีทุกข้อ) - มีอาการบางอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ - มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพซึ่งไม่เหมาะสม หรือก่อปัญหาให้ผู้อื่น โดยมีอาการผิดปกติดังกล่าวหลายอาการ ตั้งแต่ช่วงแรกๆ (ภายใน 3 ปี) ของภาวะสมองเสื่อม ตัวอย่างอาการผิดปกติ เช่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ (behavioral disinhibition) มีความเฉชาหรือเฉื่อยชา (apathy or inertia) ทำอะไรโดยไม่ใส่ใจความรู้สึกของคนอื่น (loss of sympathy or empathy) ทำพฤติกรรมรูปแบบซ้ำๆ หรือการกินอาหารมากผิดปกติ เป็นต้น - ความสามารถของการใช้ภาษาถดถอยลง เช่น การพูด อ่าน หรือเขียน การบอกชื่อสิ่งต่างๆ การบอกความหมายของคำศัพท์ที่มีความบกพร่องแต่ไม่เด่นชัดในเรื่องความจำ visuospatial function หรือ perception ในระยะแรกของโรค - มีผลรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือการเข้าสังคม - มีอาการมากขึ้นอย่างช้าๆ (insidious onset and progressive)	☐	☐	☐	☐
++	2. Physical examination*: ผลการตรวจร่างกายไม่พบสาเหตุจากโรคทางกาย และภาวะอื่นของโรคระบบประสาทส่วนกลางที่อธิบายสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน เลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ เป็นต้น	☐	☐	☐	☐
★ สรุปการวินิจฉัย: เข้าได้กับ frontotemporal dementia (FTD) [ต้องตอบ “ใช่” ทุกข้อ]		☐	☐	☐	☐

* ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในแบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาโรคในภาวะสมองเสื่อม 2555

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ภาคผนวกที่ 8

แบบประเมินสำหรับการวินิจฉัย normal pressure hydrocephalus (NPH)					
A. ส่วนที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัย normal pressure hydrocephalus (NPH)					
น้ำหนัก คำแนะนำ	การประเมิน	ผลการประเมิน วันที่.....		ผลการประเมิน วันที่.....	
		ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
++	1. ลักษณะทางคลินิก (ต้องมีทุกข้อ) - มีลักษณะทางคลินิก ดังต่อไปนี้ - multiple cognitive deficits โดยเฉพาะ ความใส่ใจ (attention) การวางแผน ตัดสินใจบกพร่อง (executive dysfunction) - ความผิดปกติของการเดิน การทรงตัว (magnetic/ apraxic/ parkinsonian gait หมุนตัวลำบาก) และ/หรือ อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (urinary incontinence) - มีผลรบกวนการดำเนินกิจกรรมประจำวันหรือการเข้าสังคม - อาการเกิดขึ้นอย่างช้าๆ (insidious onset) - มีอายุการในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป*	☐	☐	☐	☐
++	2. Physical examination (ต้องมีทุกข้อ) - ไม่พบอาการแสดงของ increased intracranial pressure - พบ magnetic gait (broad-based gait และ outward rotated feet, diminished step height, small stride, preserved arms swing, erect trunk) - ไม่พบสาเหตุจากโรคทางกายและภาวะอื่นของโรคระบบประสาทส่วนกลาง ที่อธิบายสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน เลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ เป็นต้น	☐	☐	☐	☐
++	3. Imaging (CT/MRI หรือ brain imaging อื่นๆ): ต้องมีทุกข้อ ดังต่อไปนี้ - มี ventricular dilatation โดยพิจารณาจาก Evans' index* ≥ 0.3 และมี dilatation ของ sylvian fissure และ cistern ไม่เป็นสัดส่วนกับ parasagittal sulci โดย parasagittal sulci มีขนาดปกติ - ไม่มี obstructive hydrocephalus หมายเหตุ*: Evans' index = $\frac{\text{Frontal horn ventricular width(A)}}{\text{Transverse inner diameter of skull(B)}}$ 	☐	☐	☐	☐
++	4. Investigation: (ต้องมีทุกข้อ) - Lumbar puncture: - มี open pressure < 200 mmH2O - Normal CSF analysis	☐	☐	☐	☐
★ สรุปการวินิจฉัย: เข้าได้กับ normal pressure hydrocephalus (NPH) [ต้องตอบ“ใช่”ทุกข้อ]		☐	☐	☐	☐

*ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในแบบประเมินสำหรับการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาโรคในภาวะสมองเสื่อม 2555

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ภาคผนวกที่ 9

Neuroimaging กับการตรวจหาภาวะโรคสมองเสื่อม

รองศาสตราจารย์ พญ.จิรพร เหล่าธรรมทัศน์
ศูนย์รังสีวินิจฉัยก้าวหน้า (Advanced Diagnostic Imaging Center-AIMC)
และภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ในการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสมองเสื่อมอย่างน้อยในขั้นต้น ควรได้รับการตรวจโดยใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเครื่องเอ็มอาร์ไอ เพื่อหาสาเหตุที่สามารถรักษาได้ของโรคที่เกิดในสมอง ในกรณีที่มีความจำกัดของเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ อาจใช้ข้อพิจารณาเลือกตรวจที่จำเพาะขึ้นดังข้อบ่งชี้ต่อไปนี้

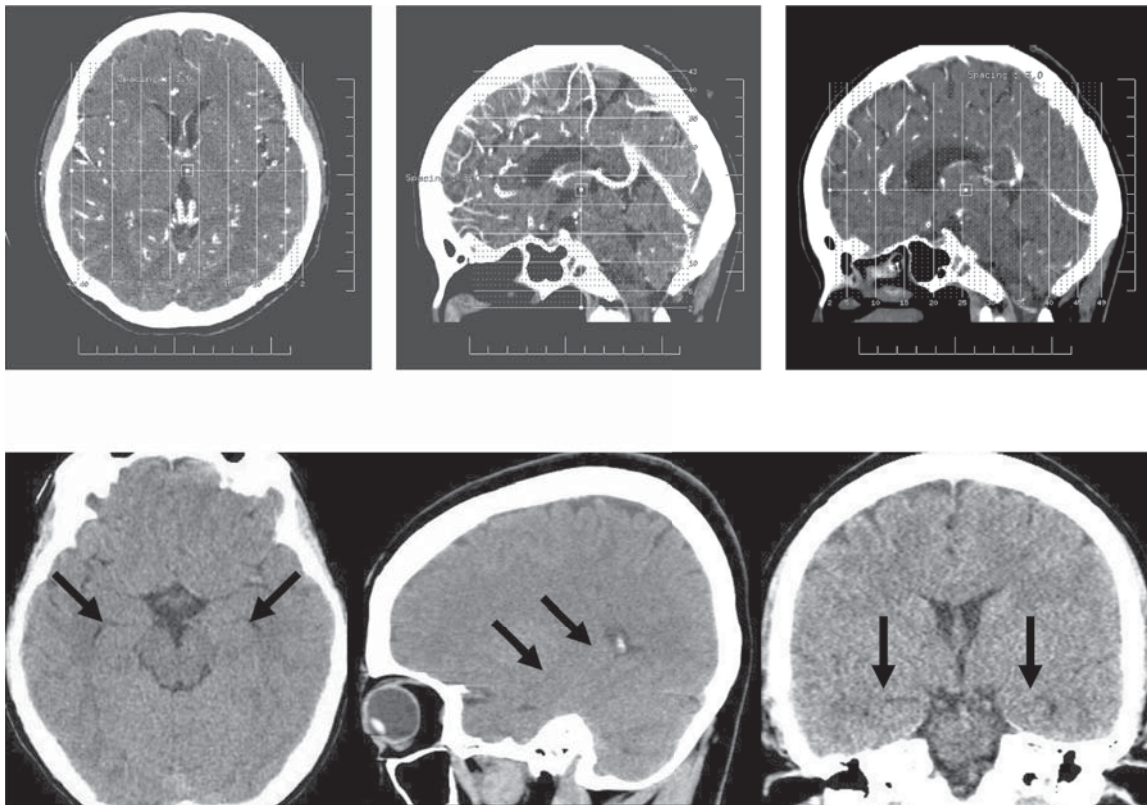
1. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี
2. Rapid unexplained decline in cognitive and function (i.e. over one or two months)
3. Short duration of dementia (less than 2 years with reliable history)
4. Recent and significant head trauma
5. Unexplained neurological symptoms (i.e. new onset of severe headache or seizures)
6. History of cancer (especially in sites and types that metastasize to the brain)
7. Use of anticoagulants or history of bleeding disorders
8. History of urinary incontinence and gait apraxia early in the course of dementia (as may be found in normal pressure hydrocephalus)
9. Any new localizing sign (i.e. hemiparesis or Babinski's sign)
10. Unusual or atypical cognitive symptoms or presentation (progressive aphasia)
11. Gait apraxia

การตรวจ CT และ MRI สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรออกแบบวิธีการตรวจที่จำเพาะดังนี้

Study Protocol:

CT scan: ให้ทำการตรวจแบบ volume CT scan with thin slice เพื่อสามารถ นำมาทำ retrospective reconstruction ในระนาบต่างๆ รวมถึง oblique coronal plane บริเวณ temporal lobes and hippocampal gyrus การฉีดสารทึบรังสี ใช้ในกรณีที่สงสัยว่ามีเนื้องอกสมอง โรคติดเชื้อ หรือความผิดปกติของหลอดเลือด หรือในกรณีที่สงสัยว่ามี blood brain barrier or CSF brain barrier breakdown

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

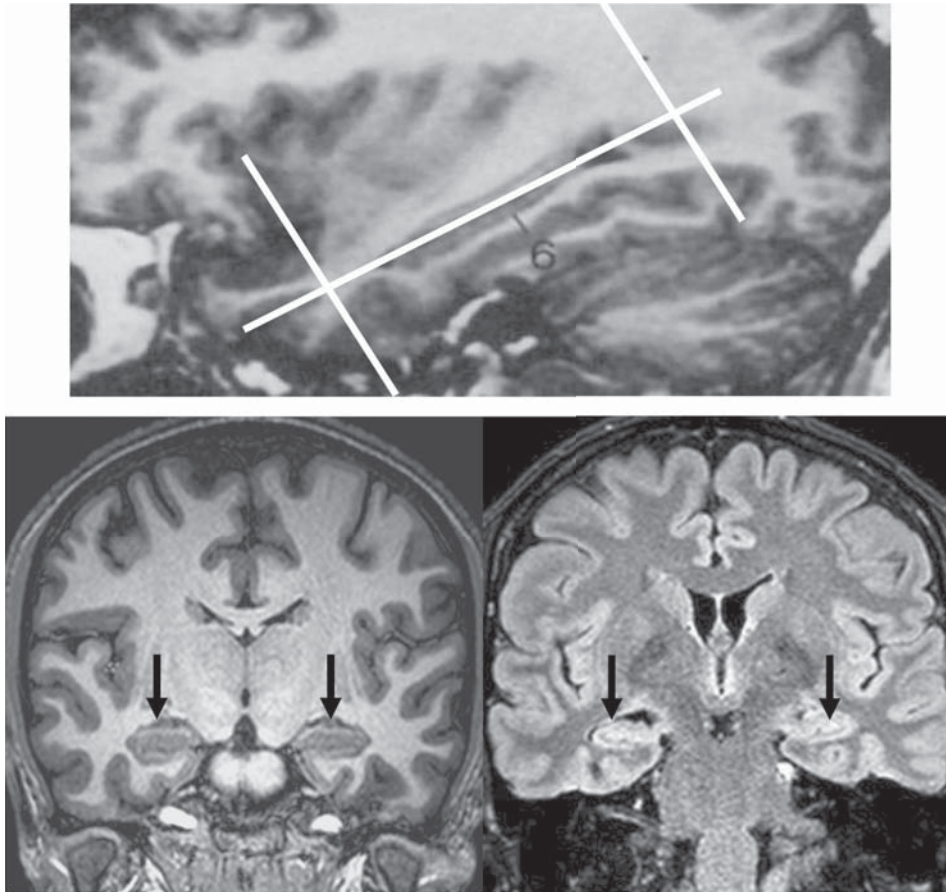


ภาพที่ 1 Volume CT scan ของสมอง ในระนาบ axial และ retrospective reconstruction ใน sagittal and coronal planes แสดงบริเวณ temporal lobes และ hippocampal gyrus (ลูกศรสีดำ)

MRI of the brain (dementia protocol):

- sagittal T1W
- axial T1W, FSET2W with fat suppression, FLAIR with fat suppression, SWI, DWI with ADC map
- Oblique coronal thin slice 3D volume T1W SPGR, FSET2WFS, FLAIRFS โดยให้ plane ตั้งฉากกับ longitudinal axis ของ hippocampal gyrus โดยดูจาก sagittal plane ต้องมีการปรับความสมดุลของระนาบการตัดให้ดีเพื่อความง่ายต่อการอ่านผล

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ภาพที่ 2 แสดง plane of coronal images perpendicular to hippocampal longitudinal axis (แถวบน) และ coronal T1W และ FLAIRFS บริเวณ hippocampal gyri (ลูกศรดำ)

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ Neuroimaging in dementia

Imaging modalities ที่นำมาใช้ในการตรวจเพื่อดู

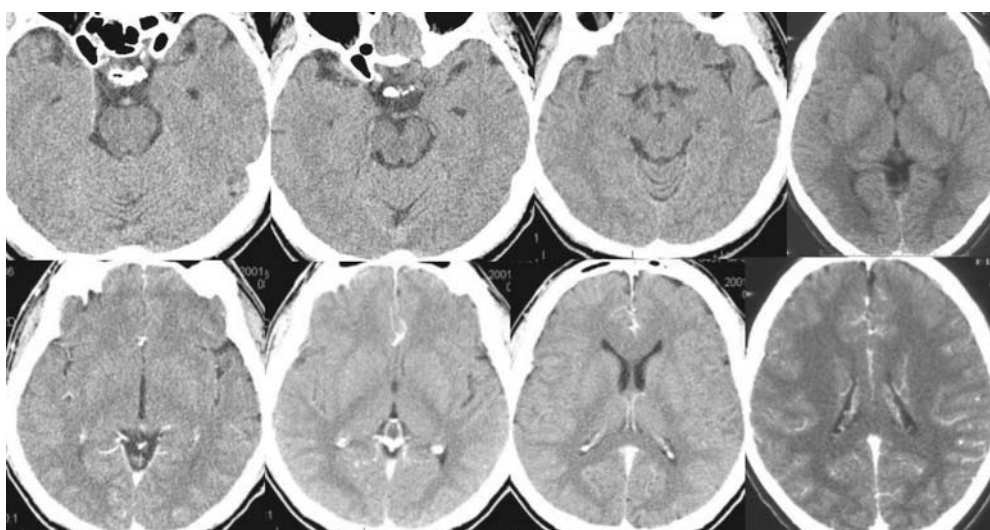
1. structural imaging of the brain เช่น CT และ MRI นำมาใช้ในการตรวจหาความผิดปกติทางโครงสร้างของสมอง โดย CT ใช้หลักการของรังสีเอกซ์ในการทะลุผ่านอวัยวะได้มากน้อยตามความหนาแน่นของแต่ละส่วน และ MRI ใช้หลักการตอบสนองและคายพลังงานแม่เหล็กไฟฟ้าของแต่ละสารที่แตกต่างกันภายในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย หลังจากได้รับการกระตุ้นด้วยคลื่นพลังงาน เช่น RF pulse ที่มีระดับพลังงานต่างๆ ทั้งสองเทคนิคสามารถใช้หารอยโรคอื่นๆ ที่รักษาได้ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อม และใช้วินิจฉัยแยกโรคสมองเสื่อมชนิดต่างๆ ได้ นอกจากนั้นยังสามารถใช้ศึกษาและประเมินปริมาตรของสมองและ hippocampal volume (ตารางที่ 1)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ตารางที่ 1 แสดงปริมาตรของ hippocampal gyrus และ amygdala ในผู้ป่วยโรค Alzheimer และกลุ่มประชากรปกติ

Data	Alzheimer's disease	Normal control
	N = 38, volume in cc	N = 59, volume in cc
Age range /mean age	74.6 ± 9.8 y.o.	74.08 ± 3.02 y.o.
Left hippocampal vol.	3.48 ± 0.36	3.64 ± 0.44
Left amygdala vol.	1.45 ± 0.25	1.52 ± 0.27
Rt. hippocampal vol.	3.58 ± 0.39	3.70 ± 0.45
Right amygdala vol.	1.57 ± 0.33	1.7 ± 0.32

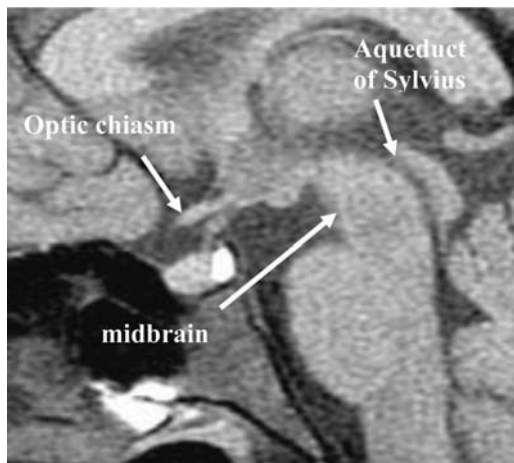
(ข้อมูลจากโครงการแผนที่สมองคนไทย โดย รศ จิรพร เหล่าธรรมทัศน์ และทีม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล)



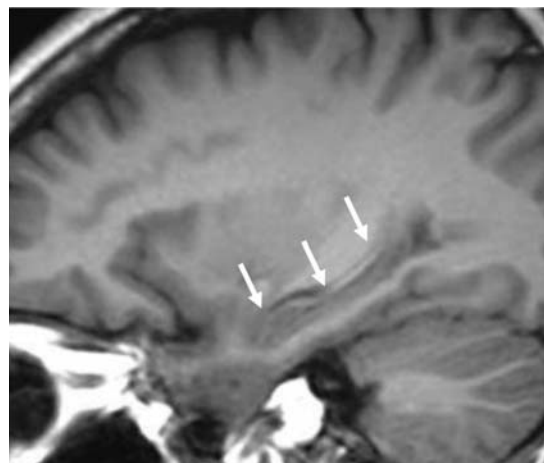
ภาพที่ 1 ภาพ CT ของสมองปกติก่อนและหลังฉีดสารทึบรังสี

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

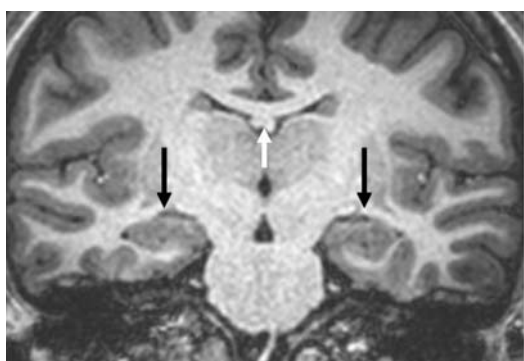




ภาพที่ 2 ภาพ MRI ตรงกลาง แสดง ลักษณะปกติของ midbrain, aqueduct of Sylvius, third ventricle และ suprasellar cistern



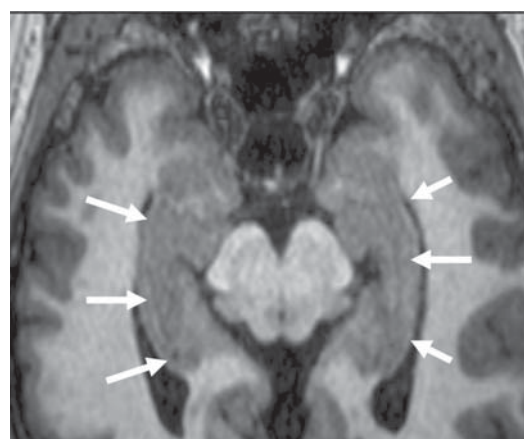
ภาพที่ 3 ภาพ sagittal MRI ด้านข้างแสดงลักษณะปกติของ Hippocampal gyrus ในอุ้งของ temporal horn



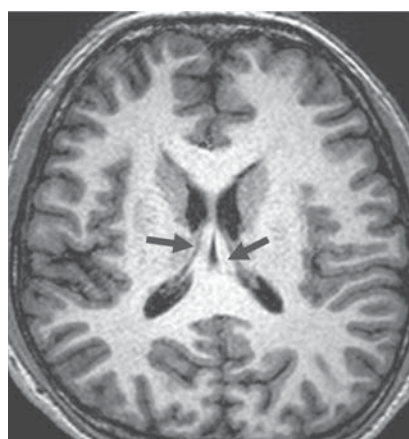
ภาพที่ 4 coronal MRI ของสมองปกติโดยเฉพาะบริเวณ temporal lobe and hippocampi (ลูกศรดำ) และ fornix (ลูกศรขาว)



ภาพที่ 5 ภาพ coronal MRI ของสมองปกติโดยเฉพาะบริเวณ mamillary bodies



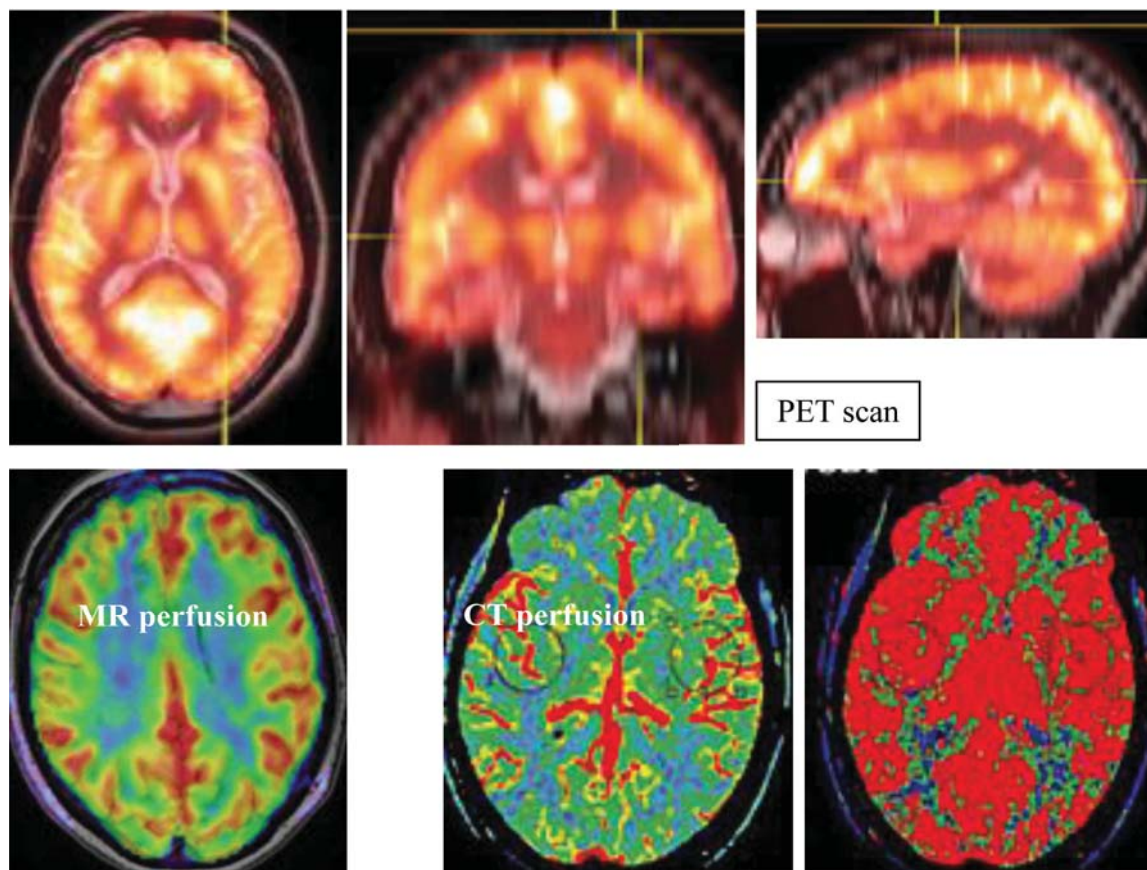
ภาพที่ 6 oblique axial MRI ของสมองบริเวณ temporal lobes and hippocampal gyrus



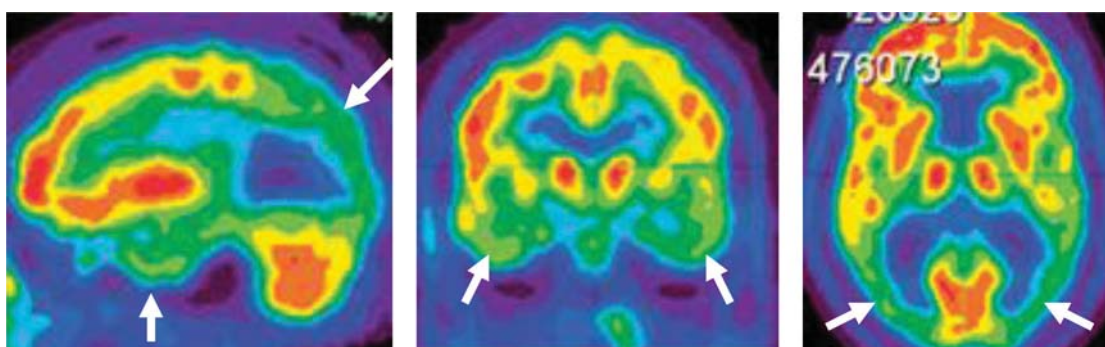
ภาพที่ 7 axial T1W MRI ของสมองแสดง fornix ปกติทั้งสองข้าง

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

2. **functional imaging** เพื่อดูปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของสมอง (brain perfusion) สามารถใช้ CT perfusion, MR perfusion, FDG-SPECT และ FDG-PET scans



ภาพที่ 8 brain perfusion ปกติ แสดงโดย PET scan MR perfusion และ CT perfusion ตามลำดับ

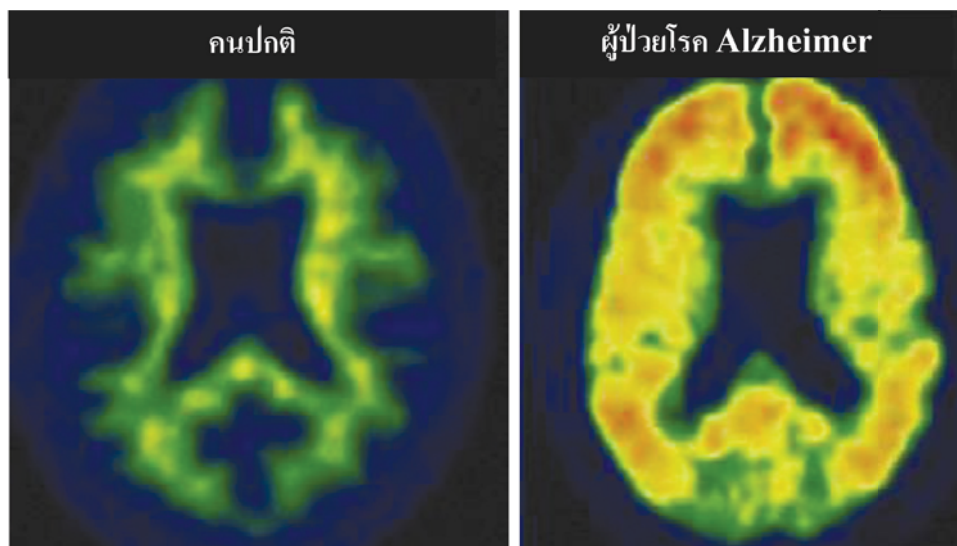


ภาพที่ 9 PET scan ของผู้ป่วยโรค Alzheimer พบ brain perfusion ลดลงที่บริเวณ temporal lobes และ parietal lobes

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

3. **molecular imaging technologies** หรือ tissue specific imaging marker

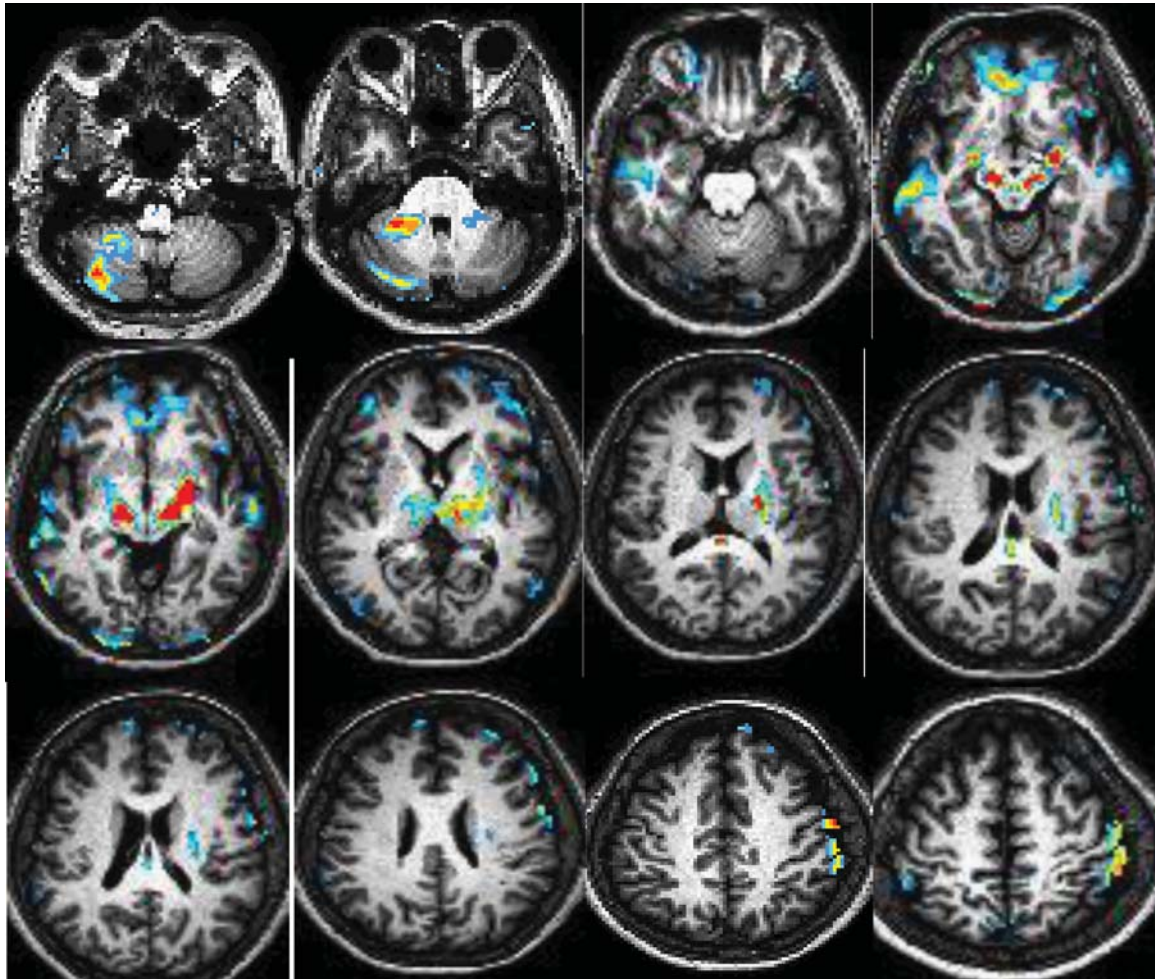
- เพื่อดู amyloid plaque ใช้ PET scan ที่ใช้ radioisotope ที่มีความจำเพาะ เช่น Pittsburgh compound B (PIB), ¹⁸F flutemetamol (flute) และ Florbetapir F 18 (¹⁸F-AV-45) เป็นต้น
- MR Diffusion tensor imaging เพื่อดู brain connectivity
- Iron- imaging of the brain using MRI technique ใช้ SWI technique ในการคำนวณหาการสะสมของธาตุเหล็กในส่วนต่างๆ ของสมองเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติในกลุ่มอายุใกล้เคียงกัน
- MR spectroscopy เพื่อตรวจหาการเสื่อมของสมองจากการสูญเสีย neuron โดยการลดลงของ N-acetyl aspartase (NAA)



ภาพที่ 10 Molecular imaging, PIB สำหรับตรวจหา amyloid plaque ซึ่งจะพบ positive study ของ amyloid plaques จำนวนมากในผู้ป่วยโรค Alzheimer (Klink and Mathis)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

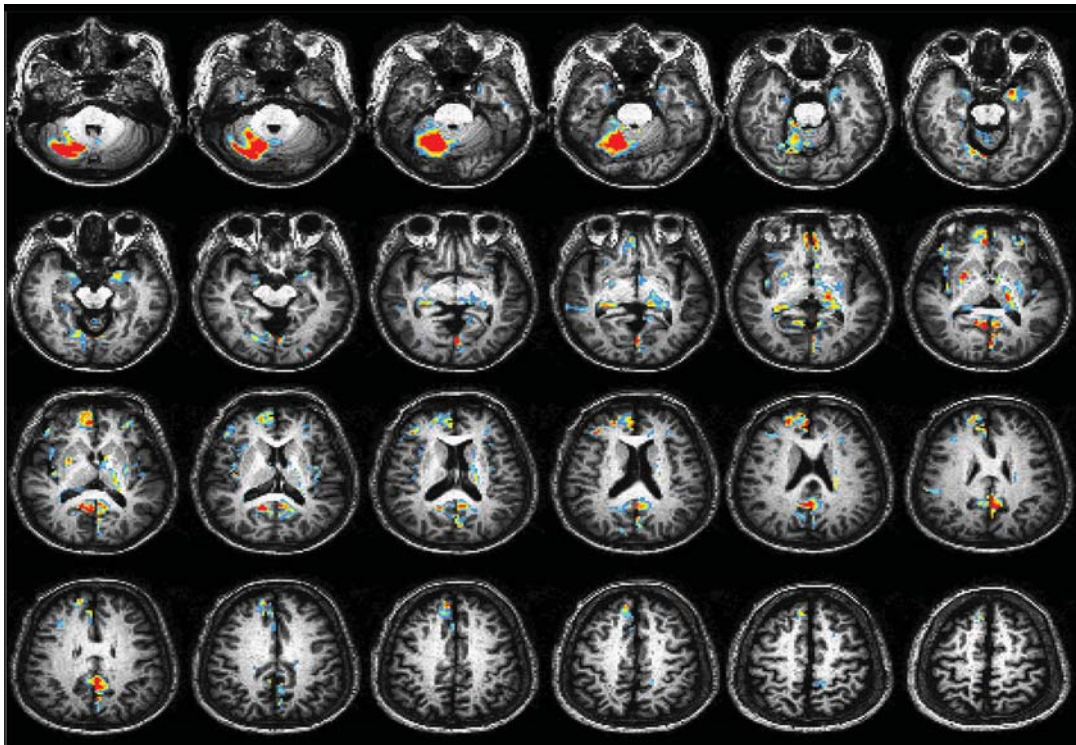
Cluster of significant increase “Iron” in Alzheimer group compared to age-matched control group using $p < 0.05$



ภาพที่ 11 แสดงการสะสมของ “iron” ในสมองของผู้ป่วยโรค Alzheimer (N = 38) เปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรไทยปกติ (N = 29) ในกลุ่มอายุใกล้เคียงกัน p value < 0.05 ซึ่งพบว่ามีธาตุเหล็กสะสมมากกว่าคนปกติทั้ง grey matter และ white matter ดังแสดงในภาพ ข้อมูลจากโครงการ Normal Thai Brain Mapping โดย รศ.พญ.จิรพร เหล่าธรรมทัศน์ และคณะ (In Vivo Brain Tissue Iron Deposits: Voxel-based Analysis of R2* Maps in Patients with Alzheimer’s disease Against Normal Controls. by P. Patputtipong, W. Sungkarat, L. Tuntiyatorn, C. Sukying, S. Chansirikarnjana, J. Laothamatas)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

Cluster of significant decreased fractional anisotropy in Alzheimer group compared to age-matched control group using $p < 0.00001$



ภาพที่ 12 แสดง FA map ในผู้ป่วย Alzheimer (N = 38) ลดลงเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรไทยปกติ (N = 29) ในกลุ่มอายุใกล้เคียงกัน p value < 0.00001 ดังแสดงในภาพ (ข้อมูลจากโครงการแผนที่สมองคนไทย โดย รศ.จิรพร เหล่าธรรมทัศน์ และทีมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล) ข้อมูลจากโครงการ Normal Thai Brain Mapping โดย รศ พญ จิรพร เหล่าธรรมทัศน์และคณะ
(White matter involvement in MCI and mild AD using a Whole-Brain Probabilistic Tractography Normalization. T. Oranan, Laothamatas J., Sunkarat W.)

จุดประสงค์ของการใช้ Neuroimaging โดยเฉพาะ CT และ MRI ในภาวะโรคสมองเสื่อม

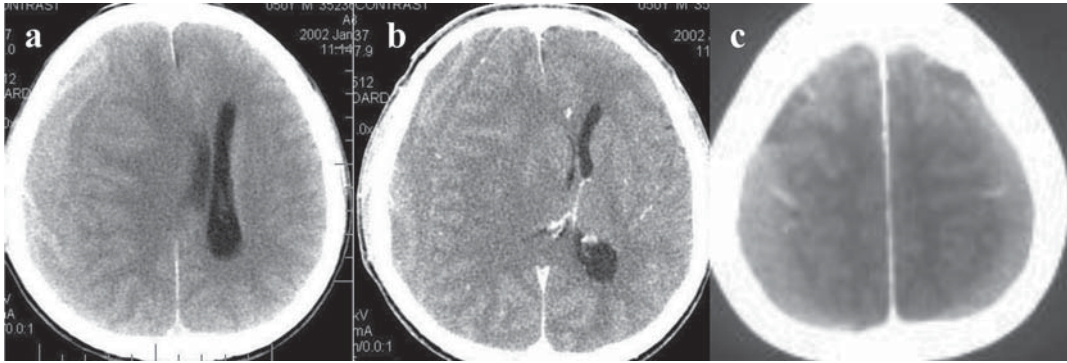
เนื่องจากอาการของสมองเสื่อม ความจำเสื่อม อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ บางโรครักษาได้ บางโรครักษาไม่ได้ บางโรคชะลออัตราการเสื่อมของสมองได้ ดังนั้นการตรวจหาสาเหตุหลักที่ทำให้สมองเสื่อมจึงมีความจำเป็นมาก ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการสมองเสื่อมควรได้รับการตรวจด้วย CT scan ของสมองเป็นอย่างน้อย ส่วนการตรวจ MRI ของสมองควรใช้เทคนิคจำเพาะในการตรวจดูรายละเอียดของ temporal lobes, entorhinal cortex และ hippocampal gyrus ไม่ควรใช้เทคนิคในการตรวจสมองทั่วไป ซึ่งไม่เพียงพอในการประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะสมองเสื่อม

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณ์ฐานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

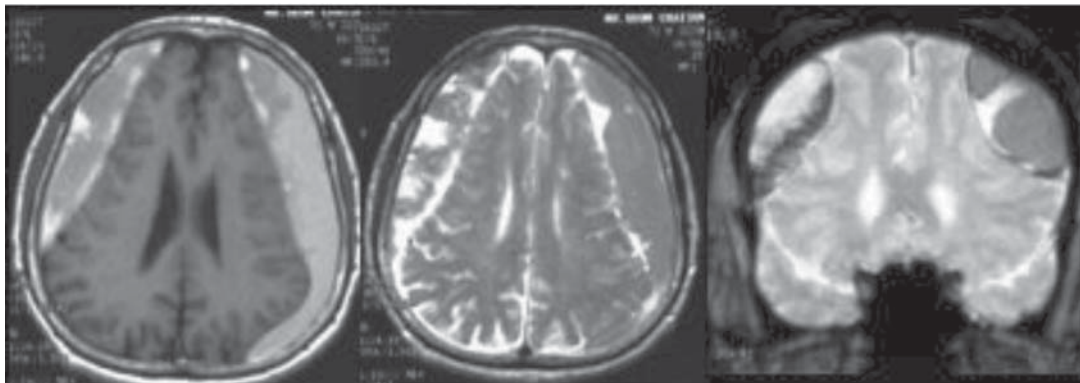
จุดประสงค์หลักในการใช้ CT และ MRI มีดังต่อไปนี้

1. ตรวจหารอยโรคที่ทำให้เกิดอาการสมอง ความจำเสื่อมที่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น

1.1 ภาวะเลือดคั่งในสมอง (subdural hematoma) ซึ่งพบได้บ่อยในคนสูงอายุ ผู้ป่วยที่ดื่มสุราเรื้อรัง คนที่ช้ำด้านการแข็งตัวของเลือด



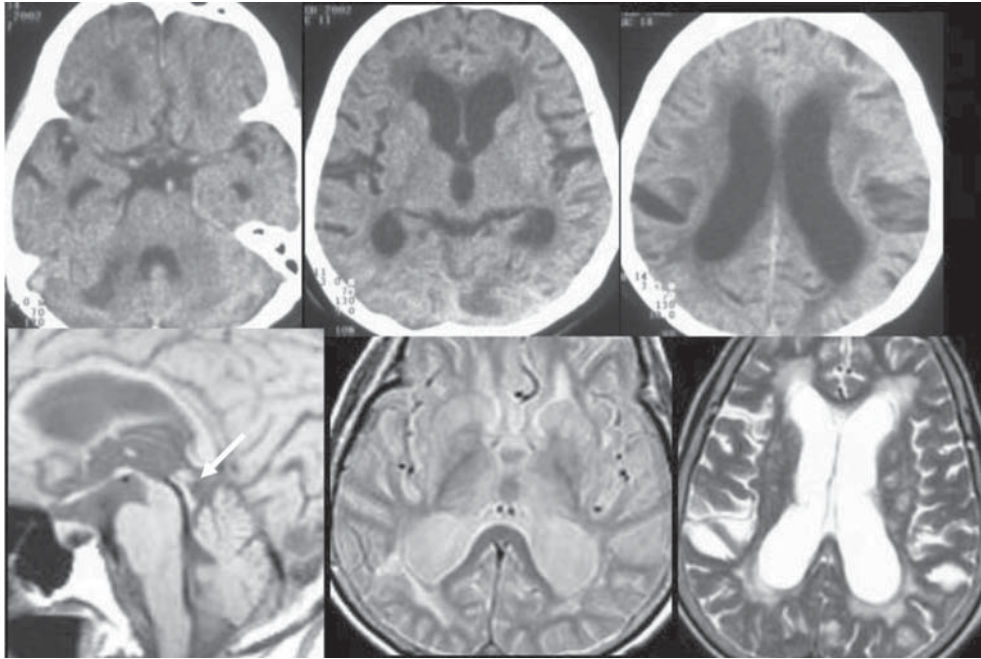
ภาพที่ 13 CT scan ของสมองในผู้ป่วย right convexity isodense subdural hematoma ทำให้เกิด subfalcine brain herniation และ midline shift ไปทางซ้าย (a, b) และตัวอย่างผู้ป่วย Bilateral isodense subdural hematoma ซึ่งไม่มี midline shift (c) เนื่องจาก hematoma ด้านสมองทั้งสองข้างเท่าๆ กัน



ภาพที่ 14 MRI ของสมองในผู้ป่วย Bilateral subdural hematoma กดบีบเนื้อสมองที่อยู่ใกล้เคียงโดยไม่เกิด midline shift

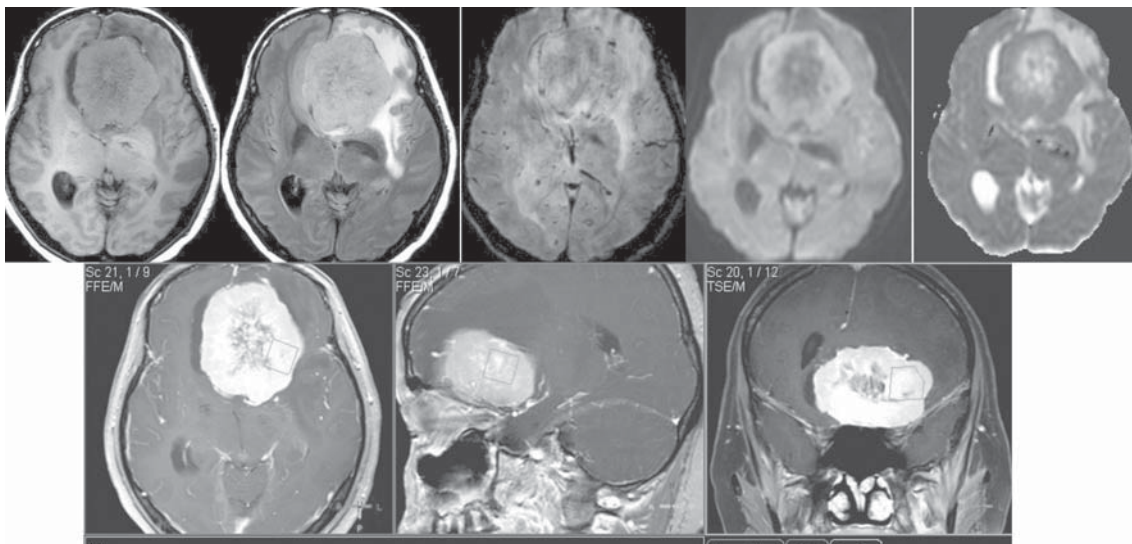
1.2 ภาวะน้ำหล่อเลี้ยงสมองคั่ง (hydrocephalus) ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การติดเชื้อของเยื่อหุ้มสมอง เลือดออกในสมอง หรือไม่พบสาเหตุ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะ dementia ที่สามารถรักษาได้

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ภาพที่ 15 CT และ MRI ในผู้ป่วย normal pressure hydrocephalus (NPH) ซึ่งจะเห็น dilated ventricles without evidence of ventricular obstruction, transependymal resorption ของ CSF และ CSF jet flow through the cerebral aqueduct (ลูกศรสีขาว)

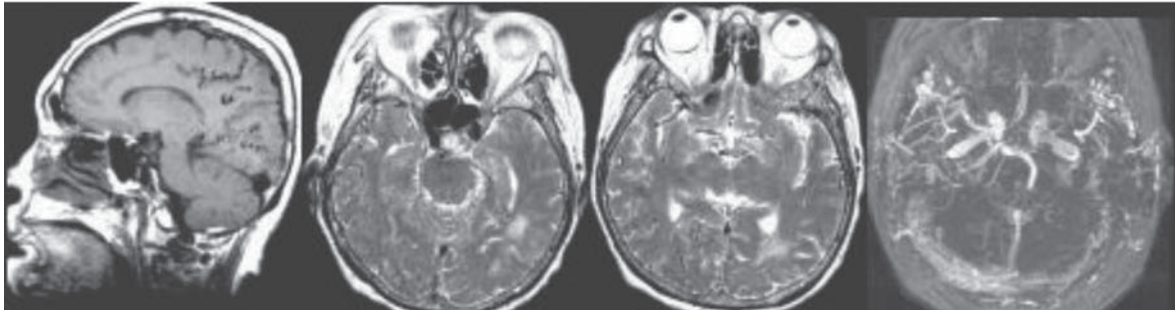
1.3 เนื้องอกในสมอง (brain tumor) ที่ทำให้สมองเสื่อม



ภาพที่ 16 MRI สมองในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ dementia เกิดจาก large inferior interhemispheric frontal meningioma with perilesional vasogenic edema

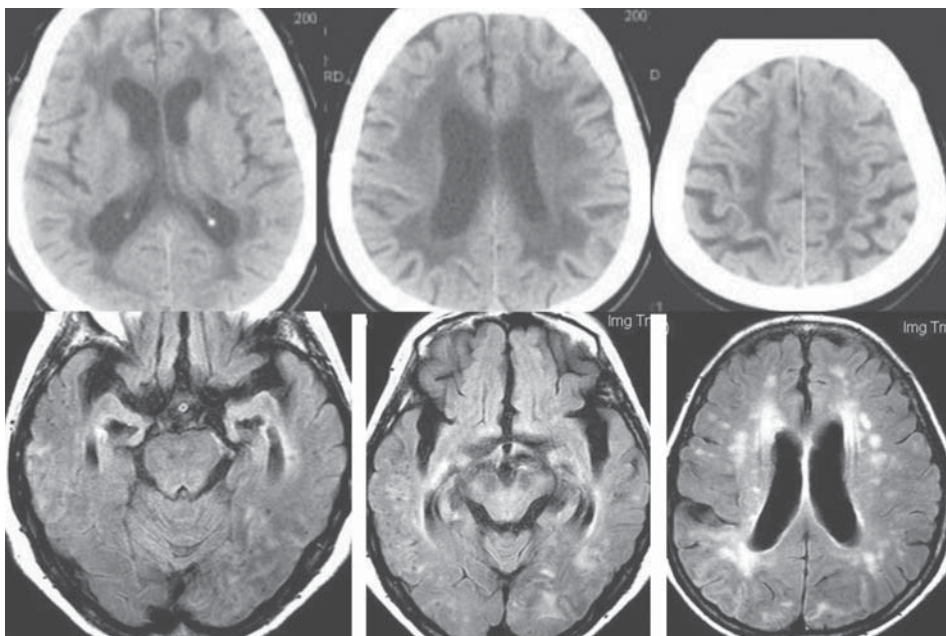
แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

1.4 ความผิดปกติของหลอดเลือดดำ-แดง (arteriovenous fistula /malformation) ที่มีขนาดใหญ่พอทำให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองส่วนต่างโดยเฉพาะบริเวณ cortex ได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีสภาวะสมองเสื่อมได้



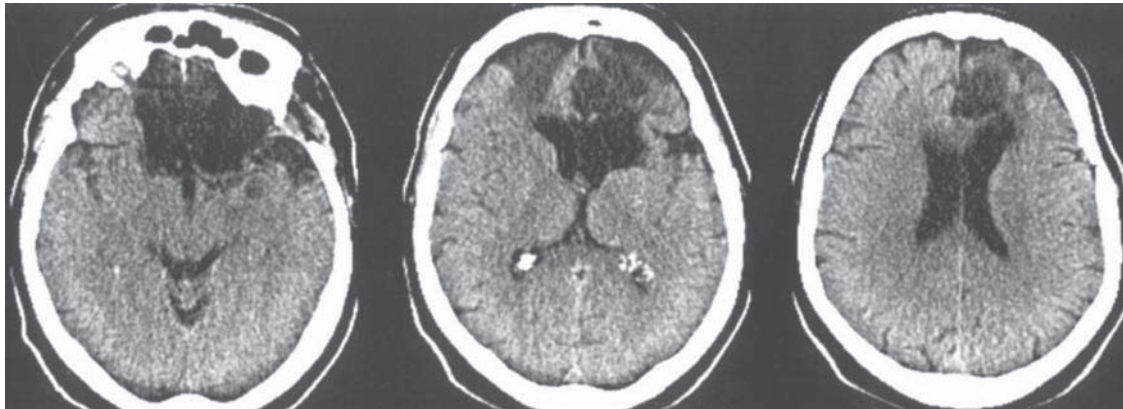
ภาพที่ 17 MRI-MRA สมองในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ dementia เกิดจาก dural A-V fistula along bilateral transverse sinuses โดยมี reflux ของ draining veins along the cortical sulci ก่อให้เกิดความดันในช่องกะโหลกสูง ทำให้เลือดที่มาเลี้ยงสมองต้องเพิ่ม perfusion pressure เมื่อมากถึงระดับหนึ่งทำให้เลือดมาเลี้ยงสมองได้ไม่ดี ก่อให้เกิดภาวะ dementia ที่สามารถรักษาได้

2. ตรวจหารอยโรคที่เป็นสาเหตุหลักที่อาจป้องกัน ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ทำให้เนื้อสมองตาย และทำให้เกิดภาวะความจำเสื่อมได้ (Vascular dementia) ซึ่งภาวะนี้สามารถป้องกันหรือชะลอได้ ถ้าควบคุมโรคที่เป็นต้นเหตุได้

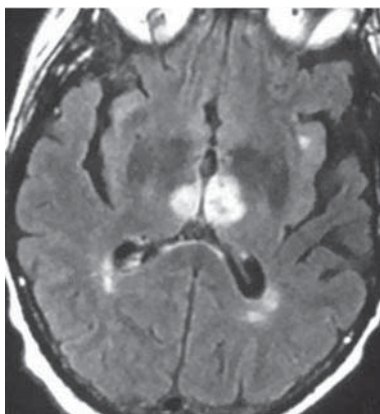


ภาพที่ 18 CT และ MRI ในผู้ป่วยที่เป็น severe small vessel disease involving บริเวณ hippocampal gyri, deep and periventricular white matter ทั้งสองข้าง

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณ์ฐานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

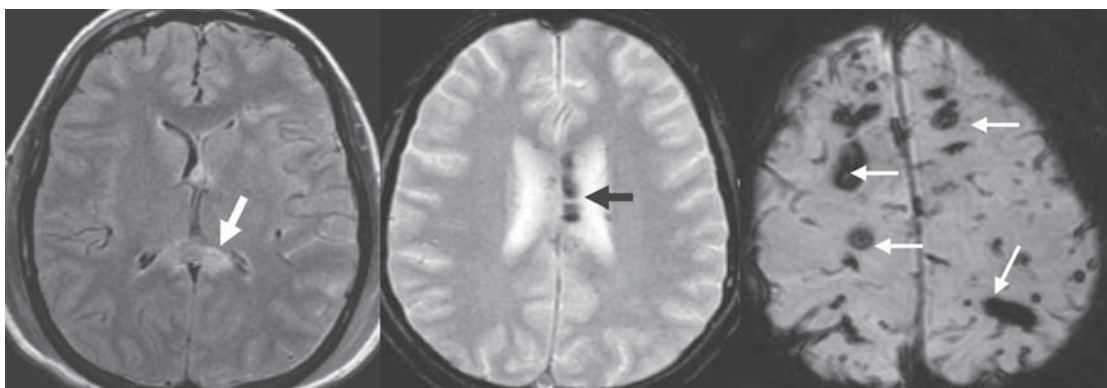


ภาพที่ 19 CT scan ของสมองแสดง bilateral anterior cerebral artery infarction ก่อให้เกิด ภาวะ large vessel vascular dementia



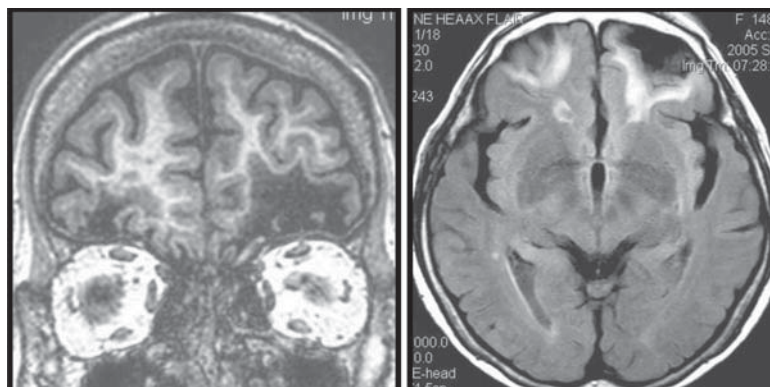
ภาพที่ 20 MRI ของสมองแสดงภาวะ Bilateral thalamic infarction จาก basilar tip thrombosis ก่อให้เกิดภาวะ strategic arterial infarction ที่ก่อให้เกิด dementia

3. ความจำเสื่อมจากอุบัติเหตุทางศีรษะ/สมอง diffuse axonal injury (DAI) ทำให้มีการแยกตัวระหว่าง grey matter และ white matter ซึ่งถ้าเป็นมากทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้



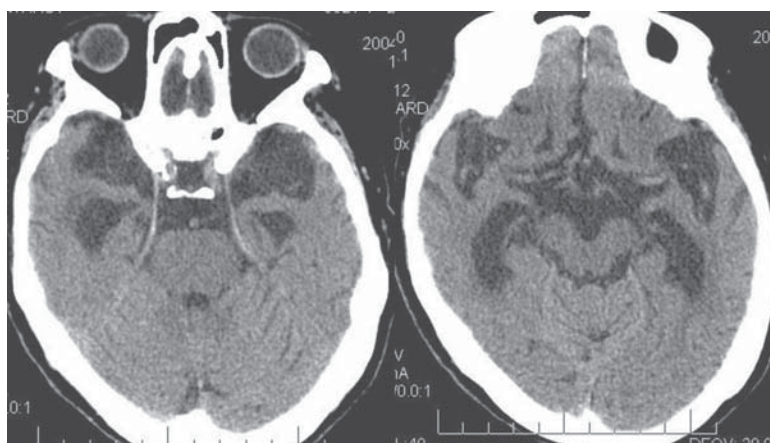
ภาพที่ 21 MRI axial FLAIR, gradient T2 and SWI pulse sequences เห็น hypersignal T2 change ที่ corpus callosum และ multiple scattered microbleeds at the corpus callosum and cortical grey-white matter junction เนื่องจาก diffuse axonal injury (DAI) (ลูกศร)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

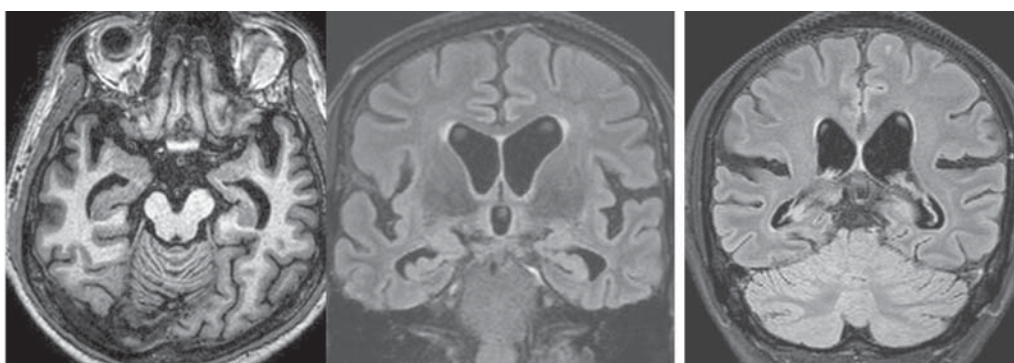


ภาพที่ 22 MRI ของสมองผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมองจากอุบัติเหตุ พบ Post traumatic encephalomalacia บริเวณ frontal lobes ทั้งสองข้าง ทำให้เกิดภาวะ dementia

4. ผู้ป่วยสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ และโรคสมองเสื่อมชนิดต่างๆ



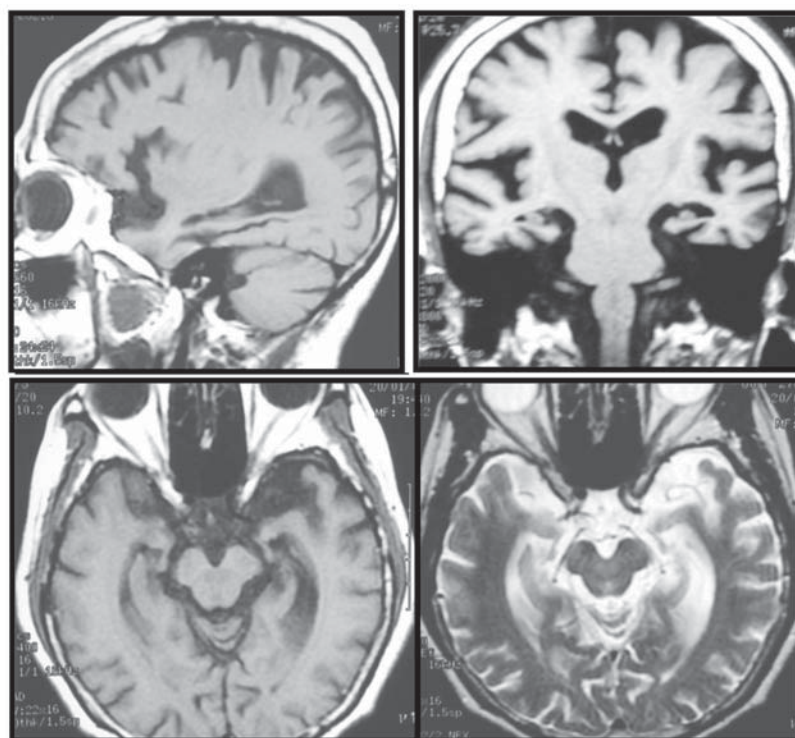
ภาพที่ 23 CT scan ของผู้ป่วยอายุ 82 ปี เป็น severe Alzheimer พบ severe bilateral cerebral atrophy บริเวณ anteromedial temporal lobes and severe bilateral hippocampal atrophy



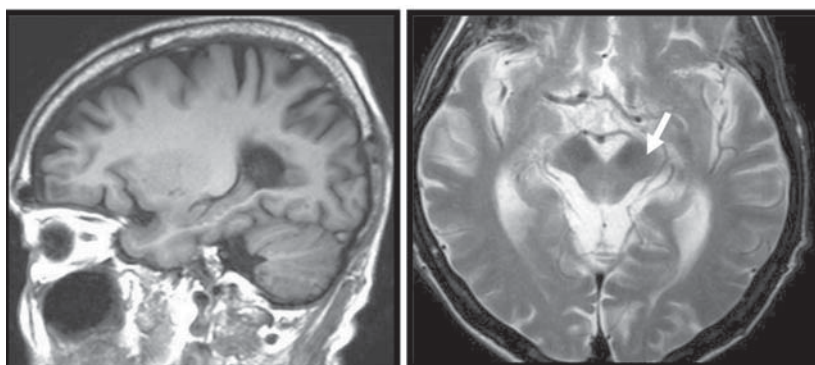
ภาพที่ 24 MRI ของสมองในผู้ป่วย moderate degree of Alzheimer's disease with moderate hippocampal and fornix atrophy

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



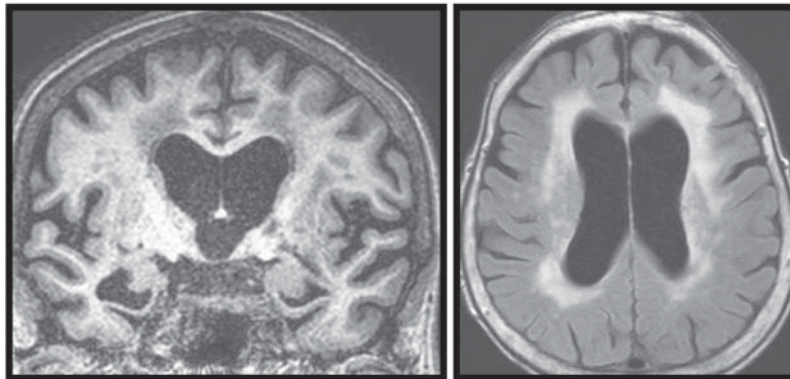


ภาพที่ 25 MRI ของผู้ป่วย severe Alzheimer พบ severe atrophy ของ anteromedial bilateral temporal lobes and bilateral hippocampal gyri

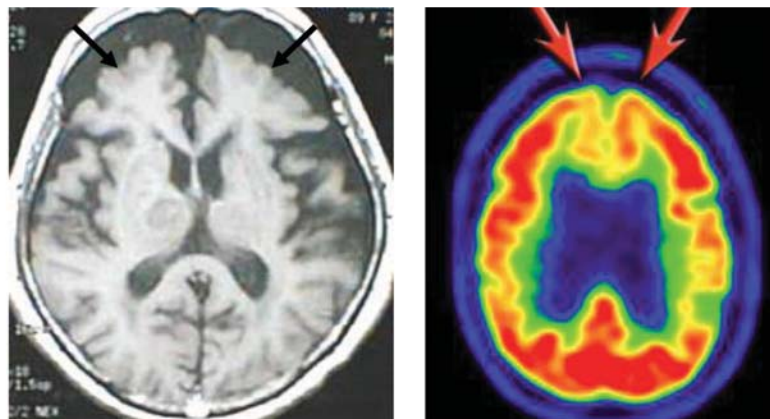


ภาพที่ 26 MRI ของผู้ป่วย Parkinson's disease with dementia of Lewy body (DLB) พบ degenerative change of the pars compacta bands ของ substantia nigra และ only minimal degree of hippocampal atrophy เปรียบเทียบกับความรุนแรงของอาการ dementia

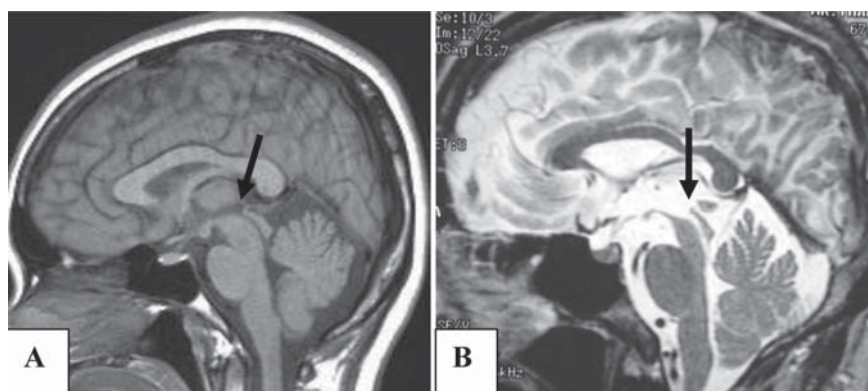
แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ภาพที่ 27 MRI ของผู้ป่วย mixed Alzheimer's dementia and vascular dementia with severe hippocampal atrophy and marked periventricular white matter infarction

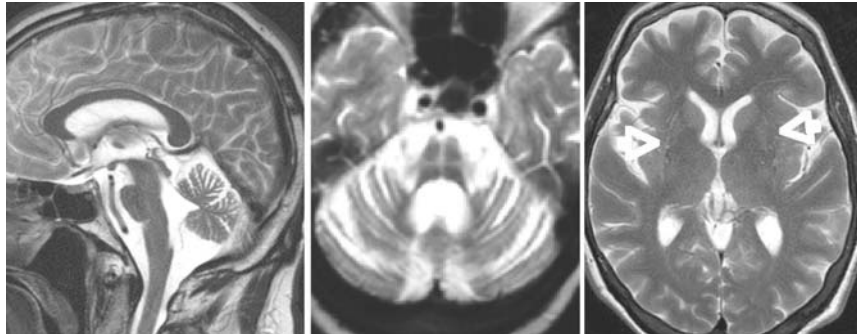


ภาพที่ 28 MRI และ PET scan ของผู้ป่วย frontotemporal dementia (Pick's disease) พบ severe atrophy of the frontal and temporal lobes พร้อมกับ decreased FDG uptake ในบริเวณเดียวกัน

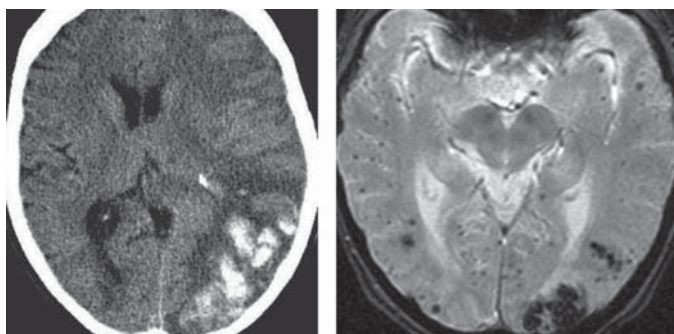


ภาพที่ 29 Sagittal MRI ของคนปกติ (A) เทียบกับ ผู้ป่วย severe progressive supranuclear palsy (PSP) พบ severe atrophy of the midbrain tegmen and tegmentum ลักษณะเหมือนนก hummingbird (B)

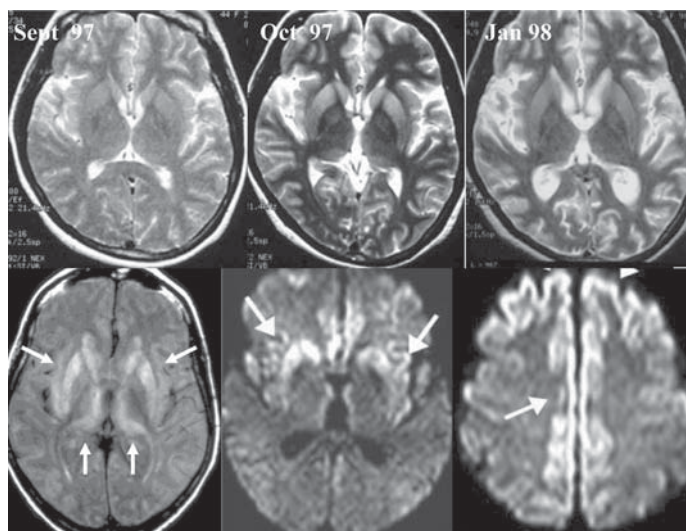
แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับใช้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ภาพที่ 30 MRI ของผู้ป่วย multiple system atrophy (MSA) พบ brainstem and cerebellar atrophy, degenerative change globus pallidus with reduce volume, decreased gradient and T2 signal compare to the globus pallidus และ linear hypersignal T2 along the lateral aspect

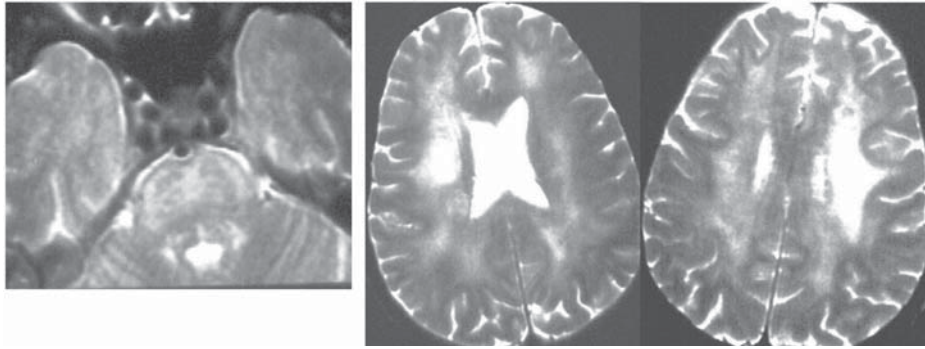


ภาพที่ 31 CT และ MRI ของผู้ป่วย cerebral amyloid angiopathy (CAA) พบ lobar hemorrhage and multiple scattered peripherally located microbleeds



ภาพที่ 32 MRI ผู้ป่วย sporadic CJD พบ rapidly progressive cerebral atrophy with hypersignal T2 change ที่ bilateral basal ganglia ในผู้ป่วยที่ได้รับ cadaveric dural graft บริเวณ cervical spines (แถวบน) และผู้ป่วยอีกคนที่พบ hypersignal T2 change at bilateral basal ganglia and posteromedial temporal lobe (hockey stick sign) and restricted diffusion along the insular cortex and bilateral frontal and parietal cortices (แถวล่าง)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ภาพที่ 33 MRI ผู้ป่วยชายอายุ 31 ปี เป็น AIDS with dementia complex พบ extensive diffuse abnormal hypersignal T2 change บริเวณ brainstem, temporal lobes และ bilateral cerebral deep white matter

สรุป ในกรณีที่แพทย์ซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางความจำและอื่นๆแล้ว สงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมอง/ความจำเสื่อม ผู้ป่วยสมควรได้รับการตรวจ CT หรือ MRI ของสมองอย่างน้อย 1 ครั้ง ด้วย protocol เฉพาะสำหรับ dementia โดยศึกษารายละเอียดของบริเวณ temporal lobes, hippocampal gyrus and entorhinal cortex เพื่อตรวจหาโรคที่สามารถรักษาได้ก่อนจะบอกว่าผู้ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่ได้

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



เอกสารอ้างอิง

1. Frederik Barkhof, Nick C. Fox, António J. Neuroimaging in Dementia eBook. Springer; 2011.
2. Paolo Vitali, Raffaella Migliaccio, Federica Agosta, Howard J. Rosen, Michael D. Geschwind Neuroimaging in Dementia. *Semin Neurol.* 2008;28:467-483.
3. Geschwind MD. Rapidly progressive dementia: Prion disease and other rapid dementias. *Continuum Lifelong Learning Neurol.* 2010;16:31–56.
4. Maria Carmela Tartaglia, Howard J. Rosen, and Bruce L. Miller. Neuroimaging in Dementia. *Neurotherapeutics.* 2011;8:82-89.
5. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2001;56:1143–1153.
6. Appel J, Potter E, Shen Q, et al. A comparative analysis of structural brain MRI in the diagnosis of Alzheimer’s disease. *Behav Neurol.* 2009;21:13–19.
7. Jones BF, Barnes J, Uylings HB, et al. Differential regional atrophy of the cingulate gyrus in Alzheimer disease: a volumetric MRI study. *Cereb Cortex.* 2006;16:1701–1708.
8. Rohrer JD, Lashley T, Schott JM, Warren JE, et al. Clinical and neuroanatomical signatures of tissue pathology in frontotemporal lobar degeneration. *Brain.* 2011;134:2565-81.
9. Yokota O. Frontotemporal lobar degeneration and dementia with Lewy bodies: clinicopathological issues associated with antemortem diagnosis. *Psychogeriatrics.* 2009; 9:91-102.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ภาคผนวกที่ 10

ปรีชาปัญญา (Cognition)

ปรีชาปัญญา (Cognition) ในปัจจุบันแบ่งจำแนกออกเป็น 6 ประเภท

1. **ความใส่ใจเชิงซ้อน (complex attention)** ประกอบด้วยความสามารถในการใส่ใจต่อเนื่องได้นาน (sustained attention) ความสามารถในการรับรู้ต่อ 2 สิ่งพร้อมกันได้ (divided attention) การมีสมาธิอย่างต่อเนื่อง แม้มีสิ่งเร้าอื่นเกิดแทรกหรือต้องทำสิ่งอื่นไปด้วย (selective attention) และมีความสามารถทำกิจกรรมได้ฉับไว (processing speed)

ตัวอย่างของการถดถอยของสมาธิเชิงซ้อน เช่น ขาดสมาธิในการทำงานถ้าเปิดโทรทัศน์ วิทยุหรือมีคนพูดเสียงดังอยู่ใกล้ๆ จำเบอร์โทรศัพท์ที่เพื่อนเพิ่งบอกได้ไม่นาน คิดเลขในใจไม่ได้ ใช้เวลานานขึ้นกว่าเดิมในการทำงานขึ้นหนึ่งๆ หรือต้องทบทวนหลายรอบกว่าจะทำงานขึ้นหนึ่งเสร็จ

2. **ความสามารถด้านการบริหารจัดการ (executive function)** ได้แก่ การวางแผน การตัดสินใจ ความจำเพื่อใช้ในการทำงาน (working memory) การตอบสนองต่อข้อเสนอแนะ การแก้ไขข้อผิดพลาด การเอาชนะนิสัยเดิม (overriding habits) และความยืดหยุ่นทางความคิด (mental flexibility) ตัวอย่างของการทดสอบความจำเพื่อใช้งาน ได้แก่ ให้พูดตามกลุ่มคำจำนวนหนึ่งที่ยกมา การให้พูดตัวเลขตามและพูดตัวเลขถอยหลัง

- การเอาชนะนิสัยเดิม คือ ความสามารถแก้ปัญหาที่ซับซ้อนด้วยความพยายามที่ถูกต้อง ตัวอย่างวิธีทดสอบการเอาชนะนิสัยเดิม ได้แก่ ให้บอกสีหมึกของคำที่เขียนให้อ่าน หรือให้ทำตรงข้ามกับคำสั่งที่บอก
- ความยืดหยุ่นทางความคิด คือ ความสามารถในการสลับสับเปลี่ยนจากทำงานอย่างหนึ่งเป็นอีกอย่างหนึ่ง เช่น สามารถเรียงวัตถุตามขนาดแล้วเปลี่ยนเป็นเรียงวัตถุตามสีของวัตถุ
- ตัวอย่างของพฤติกรรมที่บ่งชี้การถดถอยของความสามารถด้านการบริหารจัดการ เช่น ทำงานไม่ทำงานโครงการที่ยุ่งยาก ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นเพื่อทำงานที่ซับซ้อนหลายขั้นตอน ทำงานโดยต้องมีสมาธิกับงานใดงานหนึ่งได้เพียงงานเดียว ต้องพึ่งพาผู้อื่นขึ้นขึ้นในการวางแผนงานหรือตัดสินใจ

3. **การเรียนรู้และความจำ (learning and memory)** ได้แก่ ความจำที่ใช้ทันที (immediate memory) ความจำล่าสุด (recent memory) รวมถึงความจำที่จำได้ด้วยตนเอง (free recall) ความจำที่จำได้เมื่อบอกใบ้ (cued recall) และความจำที่จำได้โดยใช้ข้อมูลที่ให้เลือก (recognition memory)

ตัวอย่างของความจำที่ผิดปกติหรือถดถอย ได้แก่ ต้องจดรายการหรือใช้ปฏิทินช่วยเตือนความจำ พูดซ้ำๆ ในการสนทนามากขึ้น ไม่สามารถจดจำรายการสิ่งของที่ต้องซื้อขณะเดินซื้อของ เมื่อคุุโทรศัพท์ต้องมีคนอธิบายให้ฟังอีกครั้ง เพื่อให้ติดตามตัวละครในภาพยนตร์หรือนิยายได้

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



4. การใช้ภาษา (language) รวมถึงความสามารถในการพูดและรับฟัง

- ตัวอย่างของการใช้ภาษาเริ่มตั้งแต่ความสามารถเรียกชื่อวัตถุสิ่งของได้ การพูดหรือใช้ภาษาอย่างคล่องแคล่ว การใช้ไวยากรณ์และคำเชื่อมอย่างถูกต้อง (grammar and syntax) และความเข้าใจภาษา (comprehension)
- ตัวอย่างความผิดปกติหรือถดถอยของการใช้ภาษา ได้แก่ เรียกสิ่งของว่า “ไอ้นั่น” แทนที่จะใช้ชื่อของวัตถุนั้นออก การเลือกใช้คำแปลกๆ ไม่ถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ พูดเองโดยไม่มีใครพูดด้วย (spontaneity of output) ไม่ค่อยพูดตอบการสนทนา (economy of utterances) ลักษณะพูดซ้ำๆคำเดิม (stereotypy of speech) พูดซ้ำประโยคเดิมที่ตนพูดหรือผู้อื่นพูด (ecolalia) พูดด้วยคำหรือวลีแทรกซ้ำๆบ่อยๆโดยผู้พูดไม่รู้ตัว (automatic speech, embolalia) ลักษณะเหล่านี้มักเป็นอาการนำมาก่อนการไม่พูดจาไม่ออกเสียง (mutism)

5. ความสามารถด้านการรับรู้ก่อดมิติสัมพันธ์ (visuoconstructional-perceptual ability)

ประเมินโดย เช่น ให้อาหารรูปตามที่เห็น ชีดแบ่งครึ่งเส้น จับคูใบหน้าที่เป็นคนเดียวกัน การจำใบหน้าบุคคล (facial recognition) พฤติกรรมที่ชี้แนะการถดถอยของความสามารถด้านการรับรู้ก่อดมิติสัมพันธ์ ได้แก่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นให้พาไปยังสถานที่แห่งใหม่ ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับมิติสัมพันธ์ เช่น งานไม้ การประกอบชิ้นส่วน การเย็บผ้า หรือการถักทอ อาจพบว่าตัวเองหลงทาง หรือหันรีหันขวาง เก๋ๆกั๊กๆ เมื่อไม่ได้มีสมาธิจดจ่อกับงานที่ทำ มักจะสับสนมากขึ้นในเวลาพลบค่ำเมื่อมีเงามืดหรือเมื่อมีระดับแสงสว่างน้อย

6. ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) ได้แก่ การเข้าใจความรู้สึก

ผู้อื่น (recognition of emotion) สามารถระบุอารมณ์จากรูปภาพของใบหน้า ซึ่งแสดงอารมณ์หลากหลายทั้งเชิงดีใจเสียใจ ทฤษฎีของจิตใจ (theory of mind) คือ ความสามารถในการเข้าใจสภาพจิตใจหรือสันนิษฐานประสบการณ์ของบุคคลอื่นได้ การควบคุมพฤติกรรม (behavior regulation) คือ การยับยั้ง disinhibition หรือ impulsivity ตัวอย่างความผิดปกติของความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) เช่น การยับยั้งใจลดลง ไม่แสดงอารมณ์ (apathy) มีอาการกระสับกระส่าย (restlessness) เกิดขึ้นครั้งคราว ไม่สนใจในมาตรฐานทางสังคมในเรื่องการแต่งตัวที่เหมาะสม สนทนาในหัวข้อทางการเมือง ศาสนา หรือทางเพศมากเกินไป แม้ว่าผู้ที่ร่วมสนทนาด้วยจะไม่ชอบในการสนทนาหัวข้อเหล่านี้ หรืออึดอัดในการสนทนาหัวข้อเหล่านี้ บุคลิกเปลี่ยนไป เช่น ไม่ใส่ใจวัฒนธรรมของสังคม อ่านใจผู้อื่นไม่เป็น ไม่มีความเอาใจหวั่นไหวผู้อื่น สนใจแต่ตัวเอง ชอบวุ่นกับผู้อื่นเกินควร มีพฤติกรรมไม่ยับยั้งชั่งใจ เป็นต้น

ตัวอย่างของ Neuropsychological test ที่ใช้ในการประเมิน Cognition

- Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) test
- Wechsler Memory Scale (WMS)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณ์ฐานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ตัวอย่างแบบคัดกรองทางปรีชาปัญญา (Cognitive screening test)
แบบทดสอบ TMSE (Thai Mental State Examination)

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

- ภาวะสมองเสื่อม คะแนน ≤ 23

“หลับตา”



แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



Thai Mental State Examination (TMSE)

1. ORIENTATION (6 คะแนน)

คะแนน

- (1) วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัส ศุกร์)
- (1) วันนี้ วันที่เท่าไร
- (1) เดือนนี้ เดือนอะไร
- (1) ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)
- (1) ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)
- (1) คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร (ภาพอยู่ด้านหลัง)

2. REGISTRATION (3 คะแนน)

- (3) ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกัน ครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียว แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบ ตามที่ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรก ให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก
- * หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกจำนวนผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่าง และบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบบว่าสักครู่จะกลับมาถามใหม่

3. ATTENTION (5 คะแนน)

- ให้บอกวันอาทิตย์-วันเสาร์ ย้อนหลัง ให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)
- (1) สุกร
 - (1) พฤหัสดี
 - (1) พุธ
 - (1) อังคาร
 - (1) จันทร์

4. CALCULATION (3 คะแนน)

- ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง ให้ 1 คะแนน ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจากจบคำถาม) ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้งเลข 93-7 ลงทำในการคำนวณครั้งต่อไป และ 86-7 ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ
- (1) 100 - 7
 - (1) 93 - 7
 - (1) 86 - 7

5. LANGUAGE (10 คะแนน)

- (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป "เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร" (นาฬิกา)
 - (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเองแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป "เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร" (เสื้อ , ผ้า)
 - (1) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี แล้วจำไว้ จากนั้นให้พูดตาม "ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด" จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบพูดต่อกันไปให้ครบประโยคทั้ง 3 ขั้นตอน ให้คะแนนขั้นตอนละ 1 คะแนน
 - (1) หยิบกระดาษด้วยมือขวา
 - (1) พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น
 - (1) แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ
 - (1) ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม "หลับตา" (ข้อความอยู่ด้านหลัง)
 - (2) จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด เท่าที่ท่านจะสามารถทำได้ (ภาพอยู่ด้านหลังและให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด)
 - (1) กล้วยกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้
- แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ..... (เป็นสัตว์ , เป็นสิ่งมีชีวิต)

6. RECALL (3 คะแนน)

- สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่ มีอะไรบ้าง
- (1) ต้นไม้
 - (1) รถยนต์
 - (1) มือ

รวม

ผู้ตรวจ

แบบทดสอบ MMSE – Thai 2002

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

- | | บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง
(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) | คะแนน |
|--|---|--------------------------|
| 1. Orientation for time (5 คะแนน)
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) | | |
| 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร | | ☐ |
| 1.2 วันนี้วันอะไร | | ☐ |
| 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร | | ☐ |
| 1.4 ปีนี้ปีอะไร | | ☐ |
| 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร | | ☐ |
| 2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) | | |
| 2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล | | |
| 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร | | ☐ |
| 2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร | | ☐ |
| 2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร | | ☐ |
| 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร | | ☐ |
| 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร | | ☐ |
| 2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ | | |
| 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่อะไร | | ☐ |
| 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร | | ☐ |
| 2.2.3 ที่นี้อำเภอเขต / อะไร | | ☐ |
| 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร | | ☐ |
| 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร | | ☐ |
| 3. Registraion (3 คะแนน) | | |
| ต่อไปนี้เป็น การทดสอบความจำ ดิฉันจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย....) ตั้งใจฟังให้ดีๆ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ (ตา, ยาย....) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดียวดิฉันจะถามซ้ำ | | |
| * การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป | | |
| (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน) | | |
| ○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ | | ☐ |
| ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า | | |
| ○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ | | ☐ |

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วารณฐานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



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

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

ถ้าตอบคิดเป็นทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7

ไปเรื่อยๆ ได้ผลเท่าไรบอกมา

☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1, 2, หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย....) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย....) สะกดถอยหลังจาก
พยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่้า-สระอะ-นอนหนู-สระอา-วอแหวน
ไหนคุณ (ตา, ยาย..) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ

ว อ น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ

☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์

☐

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

☐

6.2 ขึ้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

☐

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้

แล้วให้คุณ (ตา, ยาย) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว

“ใครใครขายไก่ไข่”

☐

8. Verbal command (3 คะแนน)

ข้อนี้ฟังคำสั่ง “ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย....)

รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติ่ง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4

ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

☐ รับด้วยมือขวา ☐ พับครึ่ง ☐ วางไว้ที่” (พื้น, โต๊ะ, เติ่ง)

☐

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย....) อ่าน
แล้วทำตาม (ตา, ยาย....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้
ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตาได้” ○ หลับตาได้

☐

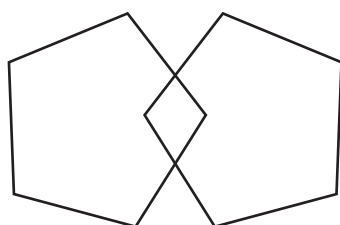
10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้จะเป็นคำสั่งให้ “คุณ (ตา, ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง
หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”
○ ประโยคมีความหมาย

☐

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”
(ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)

☐


คะแนนเต็ม

30

การแปลผล MMSE-THAI 2002

ระดับการศึกษา	คะแนน		Sensitivity	Specificity	Positive Predictive value	Negative Predictive value	Efficiency
	จุดตัด	เต็ม					
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านหนังสือไม่ออก)	≤ 14	23*	35.4	76.8	64.5	50.0	54.3
จบ ประถมศึกษา	≤ 17	30	56.6	93.8	88.9	71.0	76.3
สูงกว่า ประถม	≤ 22	30	92.0	92.6	91.2	93.3	92.4

* ตัดข้อ 4, 9 และ 10

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย
MMSE-THAI 2002

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณ์ฐานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



แบบทดสอบ The 7 minute test

แบบบันทึกผลการประเมินด้วย The 7 Minute Screen

วันที่ประเมิน.....

ผู้ประเมิน.....

ชื่อ-สกุล..... วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ.....ปี.....เดือน

1. การทดสอบการรับรู้สถานะ (Orientation test)

Orientation test	คำตอบ ที่ถูกต้อง*	คำตอบของ ผู้ถูกทดสอบ	การให้คะแนน	คะแนน
1. เดือน (ถาม: “เดือนนี้เป็นเดือนอะไร”)			คำตอบถูกต้อง = 0 คะแนน ตอบผิดคิดเดือนละ 5 คะแนน (คะแนนสูงสุด = 30 คะแนน)	
2. วันที่ (ถาม: “วันนี้เป็นวันที่เท่าไร”)			คำตอบถูกต้อง = 0 คะแนน ตอบผิดคิดวันละ 1 คะแนน (คะแนนสูงสุด = 15 คะแนน)	
3. ปี (ถาม: “ปีนี้เป็นปีพ.ศ.อะไร”)			คำตอบถูกต้อง = 0 คะแนน ตอบผิดคิดปีละ 10 คะแนน (คะแนนสูงสุด = 60 คะแนน)	
4. วันในสัปดาห์ (ถาม: “วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์”)			คำตอบถูกต้อง = 0 คะแนน ตอบผิดคิดวันละ 1 คะแนน (คะแนนสูงสุด = 3 คะแนน)	
5. เวลา (ถาม: “ขณะนี้เป็นเวลาเท่าไร”) ห้ามให้ผู้ถูกทดสอบดูนาฬิกา			คำตอบถูกต้อง = 0 คะแนน ตอบผิดคิด 1 คะแนนต่อเวลาที่ คลาดเคลื่อนทุก 30 นาที (คะแนนสูงสุด = 5 คะแนน)	
(รวมคะแนนทั้ง 5 ข้อ ต่ำสุด = 0 คะแนน สูงสุด = 113 คะแนน)			รวมคะแนน	

หมายเหตุ * บันทึกวันที่ เดือน ปี วันในสัปดาห์ และเวลาปัจจุบันขณะทำการประเมิน

- หากผู้ถูกประเมินไม่ตอบ หรือ ตอบว่า “ไม่รู้” แนะนำให้พยายามเดา แต่หากผู้ถูกประเมินยังไม่ยอมเดาให้ให้คะแนนสูงสุดสำหรับข้อนั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมพร สังข์รัตน, นายแพทย์ พิเศษ เมธากัทร, ดร.ชนิษฐา ทานีฮิล; นางเรื่อนทอง อภิวงศ์ :
แบบคัดกรอง 7 นาที; การพัฒนาวิธีการคัดกรองผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Development of the Screening
Methods for Alzheimer’s disease)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณ์งานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

2. การทดสอบความจำ (Recall Memory)

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง Uncued หากผู้ถูกทดสอบตอบได้ถูกต้อง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง cued หากตอบถูกเมื่อต้องใบ้ด้วยการอ่านบอกชนิดของรูปภาพ (✓ เท่ากับ 1 คะแนน)

ชนิดรูปภาพ	คำตอบที่ถูกต้อง	ผู้ถูกทดสอบตอบได้เอง (Uncued)	ต้องช่วยบอกใบ้ (Cued)	คะแนน
ผลไม้	กล้วย			
สัตว์	เสือ			
อวัยวะ	เท้า			
เฟอร์นิเจอร์	โต๊ะ			
เครื่องมือช่าง	ฉ้อน			
เครื่องแต่งกาย	รองเท้า			
เครื่องดนตรี	กลอง			
ยานพาหนะ	รถจักรยาน			
ของเล่น	ลูกข่าง			
ผัก	มะเขือยาว			
แมลง	แมงมุม			
เครื่องครัว	หม้อ			
เรือ	เรือใบ			
ส่วนประกอบบ้าน	ประตู			
นก	นกแก้ว			
อาวุธ	ปืน			
รวมคะแนน				

คะแนนรวม = จำนวนคำตอบที่ผู้ถูกทดสอบตอบได้เอง (uncued) + จำนวนคำตอบที่ต้องช่วยบอกใบ้ (cued)
(รวมคะแนนทั้ง 16 ข้อ ต่ำสุด = 0 สูงสุด = 16 คะแนน)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณ์ฐานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



3. การทดสอบวาดภาพนาฬิกา (Clock Drawing Test)

“ให้คุณ.....วาดภาพหน้าปัดนาฬิกาโดยที่ใส่ตัวเลขให้ครบถ้วน วาดขนาดใหญ่ๆ”

หลังจากที่ผู้ถูกทดสอบวาดภาพหน้าปัดนาฬิกาเรียบร้อยแล้ว บอกผู้ถูกทดสอบ “วาดเข็มนาฬิกาให้ชี้ที่เวลา 11:10 น.”

หากทำได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน ตามหัวข้อดังนี้



เงื่อนไข	คะแนนที่ได้	คำอธิบายการให้คะแนน
1. มีตัวเลข 1-12 บนหน้าปัดนาฬิกา	ไม่ได้คะแนน	- หากขาดตัวเลขใดตัวเลขหนึ่งใน 1-12 - มีตัวเลขอื่นนอกเหนือจาก 1-12 - มีตัวเลขที่ไม่เกี่ยวข้อง เช่น 20
2. เรียงตัวเลขเป็นลำดับถูกต้อง	ได้คะแนน	- หากตัวเลขมีการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นลำดับ - แม้ตัวเลขอาจไม่ครบ 12 ตัว
3. วางตัวเลขได้ตรงตำแหน่ง	เกณฑ์การพิจารณา	- แบ่งนาฬิกาเป็น 4 ส่วน โดยในแต่ละส่วนจะมีตัวเลข 3 ตัว - วางตัวเลขได้ถูกต้องตรงตำแหน่ง เช่น ด้านบนขวาเป็นเลข 1, 2, 3
4. มีเข็มนาฬิกาทั้ง 2 อัน	ต้องวาดเป็นรูปเข็มนาฬิกา หากใช้เส้นประ หรือการวงกลมรอบตัวเลข ไม่ได้คะแนน	
5. เข็มบอกชั่วโมงชี้ได้ถูกต้อง (เลข 11)	ได้คะแนน	- อาจใช้เส้นประหรือวงกลมรอบตัวเลข - เข็มจะต้องอยู่ใกล้เลข 11 มากกว่าเลขอื่น
6. เข็มบอกนาทีชี้ได้ถูกต้อง (เลข 2)	ได้คะแนน	- อาจใช้เส้นประหรือวงกลมรอบตัวเลข - เข็มจะต้องอยู่ใกล้เลข 2 มากกว่าเลขอื่น
7. สัดส่วนของเข็มนั้นและยาวเหมาะสม	ได้คะแนน	- เข็มบอกชั่วโมงสั้นกว่าเข็มนาที
รวมคะแนน		

(รวมคะแนนทั้ง 7 ข้อ ต่ำสุด = 0 สูงสุด = 7 คะแนน)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

4. การทดสอบ Verbal Fluency

“ให้คุณ.....บอกชนิดของสัตว์มาให้ได้มากที่สุด เริ่มต้นได้” แล้วผู้ทดสอบเริ่มจับเวลา 60 วินาที

ทำเครื่องหมาย ✓ ตามลำดับ หากผู้ถูกทดสอบตอบได้ถูกต้อง

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. | 16. | 31. |
| 2. | 17. | 32. |
| 3. | 18. | 33. |
| 4. | 19. | 34. |
| 5. | 20. | 35. |
| 6. | 21. | 36. |
| 7. | 22. | 37. |
| 8. | 23. | 38. |
| 9. | 24. | 39. |
| 10. | 25. | 40. |
| 11. | 26. | 41. |
| 12. | 27. | 42. |
| 13. | 28. | 43. |
| 14. | 29. | 44. |
| 15. | 30. | 35. |

รวมคะแนน

(รวมคะแนนทั้ง 45 ข้อ ต่ำสุด = 0 สูงสุด = 45 คะแนน)

รวมคะแนนทั้งหมดของ 7 minutes test

การทดสอบ	ช่วงคะแนน	คะแนนที่ได้
1. การทดสอบ Orientation	113 - 0*	
2. ทดสอบความจำ	0 - 16*	
3. การทดสอบบวสดภาพนาฬิกา	0 - 7*	
4. การทดสอบ Verbal Fluency (Animals Naming)	0 - 45*	

(* หมายถึง คะแนนที่ดีที่สุด)

นำคะแนนที่ได้จาก 4 ชุดทดสอบมาประเมินด้วยโปรแกรมพิเศษ หรือผ่านทาง Website (<http://www.memorydoc.org>)

- แปลผล :
- ☐ High มีความน่าจะเป็นโรคอัลไซเมอร์ สูง
 - ☐ Low มีความน่าจะเป็นโรคอัลไซเมอร์ ต่ำ
 - ☐ EE ข้อมูลไม่เพียงพอในการทำนาย

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

ชื่อ : _____
ระดับการศึกษา : _____
เพศ : _____
วันเดือนปีเกิด : _____
วันที่ทำการทดสอบ : _____

VISUOSPATIAL / EXECUTIVE		คัดลอก, ลูกบาศก์		วาดหน้าปัดนาฬิกา บอกเวลาที่ 11.10 น. (3 คะแนน)		คะแนน
						[] / 5
NAMING						
						[] / 3
MEMORY						
อ่านชุดคำเหล่านี้แล้วให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำ ทดสอบ 2 ครั้ง และถามซ้ำอีกครั้งหลัง 5 นาที		หน้า	ผ้าไหม	วัด	มะลิ	สีแดง
ทวนครั้งที่ 1						
ทวนครั้งที่ 2						
ATTENTION						
อ่านตัวเลขต่อไปนี้ตามลำดับ (1 ตัว/วินาที)		ให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำตามลำดับ [1 2 1 8 5 4]				[] / 2
		ผู้ทดสอบทวนซ้ำแบบย้อนลำดับ [4 2 5 1 8 1]				[] / 1
อ่านออกเสียงตัวเลขต่อไปนี้ แล้วให้ผู้ทดสอบเคาะโต๊ะเมื่อได้ยินเสียงอ่านเลข "1" (ไม่มีคะแนนถ้าผิดเกิน 2 ครั้ง)		[] 5 2 1 3 9 4 1 1 8 0 6 2 1 5 1 9 4 5 1 1 1 4 1 9 0 5 1 1 2				[] / 3
เริ่มจาก 100 ลบไปเรื่อยๆ ทีละ 7		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65
		ลบถูก 4 หรือ 5 ตัว ได้ 3 คะแนน, 2 หรือ 3 ตัว ได้ 2 คะแนน, 1 ตัว ได้ 1 คะแนน, 0 ตัว ไม่ได้คะแนน				
LANGUAGE						
Repeat :		ฉันรู้ว่าจอมเป็นคนเดียวที่มาช่วยงานวันนี้ []				[] / 2
		แมวมีก้อนต๋ออยู่หลังเก้าอี้เมื่อมีหมาอยู่ในห้อง []				
Fluency / บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษร " ก " ให้มากที่สุดภายใน 1 นาที		ก [] _____ (N ≥ 11 words)				[] / 1
ABSTRACTION						
บอกความเหมือนระหว่าง 2 สิ่ง เช่น กล้วย-ส้ม : เป็นผลไม้		[] รถไฟ - จักรยาน	[] นาฬิกา - ไม้ม้วน			
		[] / 2				
DELAYED RECALL						
ให้ทวนชุดคำที่จำไว้ก่อนหน้านี้ โดยไม่มีการให้ตัวช่วย		หน้า []	ผ้าไหม []	วัด []	มะลิ []	สีแดง []
		ให้คะแนนเฉพาะคำที่ทวนได้โดยไม่ให้ตัวช่วย				
Optional		Category cue				
		Multiple choice cue				
ORIENTATION						
[] วันที่		[] เดือน	[] ปี	[] วัน	[] สถานที่	[] จังหวัด
		[] / 6				

Translated by Solaphat Hemrungronj MD
Trial version 01 Updated August 31, 2011
©Z Nasreddine MD
www.mocatest.org

ค่าปกติ ≥ 25 / 30

คะแนนรวม _____ / 30
เพิ่ม 1 คะแนน ถ้าจำนวนปีการศึกษา ≤ 6

แนวทางเวชปฏิบัตินี้เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

แบบทดสอบทางปริชาณปัญญาเฉพาะส่วน (Specific cognitive domain)

Clock drawing test

ตรวจโดยให้ผู้ป่วยวาดหน้าปัดนาฬิกา แสดงตัวเลขและเข็มนาฬิกาบอกเวลาตามที่กำหนด (อาจเป็น 11:10 น. 1:45 น. หรือ 2:45 น. เป็นต้น) โดยอาจจะให้ผู้ผู้ป่วยวาดกรอบของหน้าปัดนาฬิกาเอง หรือผู้ตรวจวาดกรอบเป็นวงกลมขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 8 เซนติเมตรให้ผู้ผู้ป่วยเขียนเลขและเข็มนาฬิกาเลยก็ได้

การให้คะแนนและรายละเอียดการตรวจ มีหลายวิธี สามารถศึกษาได้ดังตัวอย่าง ตามเอกสารอ้างอิงต่อไป

1. Royall DR, Cordes JA, Polk M. CLOX: An executive clock drawing task. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;64:588-94.
2. Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, et al. Clock drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:725-9.
3. Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Levy AP, Brod MS. Screening for Alzheimer's disease by clock drawing. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:730-4.
4. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, et al. The GPCOG: A new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:530-4.
5. Kanchanatawan B, Jitapunkul S, Supapitiporn S, Chansirikarnjana S. Validity of clock drawing test (CDT), scoring by Chula clock-drawing scoring system (CCSS) in screening dementia among Thai elderly in community. *J Med Assoc Thai* 2006;89:1150-6.
6. Satukijchai C, Senanarong V. Clock drawing test (CDT) and activities of daily living (ADL) questionnaire as a short screening test for dementia in Thai population. *J Med Assoc Thai* 2013; 96 Suppl 2:S39-46.

Verbal fluency (Letters/categories)

เป็นการตรวจโดยให้ผู้ผู้ป่วยพยายามนึกจินตนาการและพูดคำศัพท์ออกมาให้ได้มากที่สุดในช่วงเวลาจำกัด (นิยมให้เวลา 1 นาที) โดยหัวข้อคำศัพท์ที่ให้พูดออกมา สามารถใช้เป็น

- Letter verbal fluency: ให้พูดคำศัพท์ที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรตามที่กำหนด โดยต้องเป็นคำที่มีความหมาย ยกตัวอย่างเช่น อักษร ก. เช่นคำว่า ไก่ กา กระเป่า กางเกง กลับ เป็นต้น ให้ได้จำนวนมากที่สุดโดยไม่ซ้ำกันในเวลา 1 นาที หลังจากนั้นเปลี่ยนตัวอักษร เช่น อักษร ส. เป็นต้น หากเป็นผู้ป่วยต่างชาติ อาจใช้เป็นตัวอักษร F, A หรือ S
- Category verbal fluency: ให้พูดคำศัพท์ที่อยู่ในหมวดหมู่เดียวกันตามที่กำหนด ให้ได้หลายชนิดมากที่สุด 1 นาที ยกตัวอย่างเช่น คำในหมวดหมู่สัตว์ เช่น นก ไก่ สุนัข แมว วัว ควาย เป็นต้น หลังจากนั้นลองใช้หมวดหมู่อื่นๆ เช่น ผลไม้ ชื่อจังหวัด เป็นต้น

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่ต้องการการแก้ต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ให้ผู้ตรวจจดบันทึกคำที่พูดออกมาไว้และนับจำนวนคำที่ไม่ซ้ำกัน เพื่อใช้ในการประเมินและตรวจติดตามการรักษาต่อไป

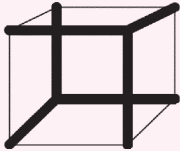
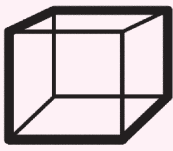
ตัวอย่างการใช้ verbal fluency test ในการศึกษาผู้ป่วยในประเทศไทย ดังต่อไปนี้

1. Senanarong V, Pongvarin N, Jamjumras P, Sriboonroung A, Danhaivijit C, Udomphanthuruk S, Cummings JL. Neuropsychiatric symptoms, functional impairment and executive ability in Thai patients with Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 2005 Mar;17:81-90.
2. Muangpaisan W, Intalapaporn S, Assantachai P. Digit span and verbal fluency tests in patients with mild cognitive impairment and normal subjects in Thai-community. *J Med Assoc Thai* 2010;93:224-30.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

RUDAS- Thai version (Rowland Universal Dementia Assessment Scale)

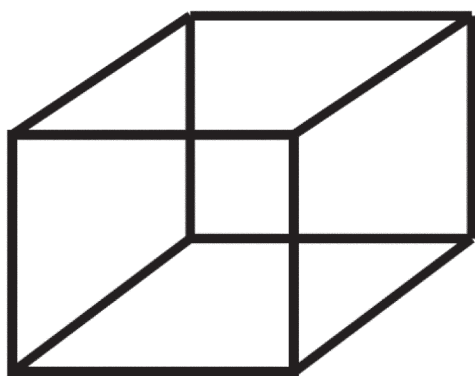
ชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....การศึกษา.....วันที่.....ผู้ทดสอบ.....

หัวข้อ	คะแนนที่ได้	คะแนนสูงสุด
1. Memory ดิฉัน/ผม อยากให้คุณนึกว่าเรากำลังจะไปจ่ายตลาด โดยจะซื้อของ 4 อย่าง ดิฉัน/ผมอยากให้คุณจำ เมื่อเราเดินไปถึงตลาดอีกประมาณ 5 นาที ดิฉัน/ผมจะถามคุณ ของที่ต้องซื้อคือ ใบชา น้ำมันพืช ไข่ สตูป ให้คุณพูดทวน (3 ครั้ง) ถ้าไม่สามารถพูดทวนได้ทั้ง 4 คำ ให้บอกซ้ำใหม่จนกว่าจะจำได้หมด (ไม่เกิน 5 ครั้ง)		
2. Visuospatial ดิฉัน/ผมจะบอกให้คุณทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (ข้อละ 1 คะแนน ถ้าตอบถูก 5 ข้อ ไม่ต้องทำต่อ) 2.1 ยกเท้าขวาของคุณขึ้น 2.2 ยกมือซ้ายของคุณ 2.3 ใช้มือขวาของคุณไปจับไหล่ซ้ายของคุณ 2.4 ใช้มือซ้ายของคุณไปจับที่ใบหูขวาของคุณ 2.5 ซี่มาที่หัวเข่าด้านซ้ายของคุณ 2.6 ซี่มาที่ข้อศอกขวาของคุณ 2.7 ใช้มือขวาของคุณชี้มาที่ตาด้านซ้ายของคุณ 2.8 ใช้มือซ้ายของคุณชี้มาที่เท้าซ้ายของคุณ		/5
3. Praxis ดิฉัน/ผมจะทำให้คุณทำท่าบริหารมือ ตอนแรกให้คุณดูก่อนจากนั้นให้ทำเลียนแบบ (มือข้างหนึ่งกำอีกข้างขวางบนตักตัวเอง ทำสลับกันไปมาเป็นจังหวะ ปล่อยให้ผู้ถูกทดสอบทำเองประมาณ 10 วินาที) แนวทางให้คะแนน • ทำได้ปกติ = 2 คะแนน (ทำผิดเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองและทำได้ดีขึ้นเรื่อยๆ เป็นจังหวะต่อเนื่อง) • ทำได้บางส่วน = 1 คะแนน (ทำผิดเห็นได้ชัด พยายามแก้ไขแต่ยังทำผิด ไม่เป็นจังหวะ) • ทำไม่ได้เลย = 0 คะแนน (ไม่สามารถทำได้เลย ทำต่อเนื่องไม่ได้ ไม่พยายามแก้ไข)		/2
4. Visuoconstruction drawing กรุณาวาดรูปตามที่เห็นนี้ (ให้ผู้ถูกทดสอบสืบทอดที่อยู่นด้านหลังกระดาษนี้) (ข้อละ 1 คะแนน) 4.1 ผู้ถูกทดสอบได้วาดรูปโดยมีพื้นฐานจากรูปสี่เหลี่ยมหรือไม่ 4.2 ผู้ถูกทดสอบได้วาดเส้นภายในกรอบหรือไม่ 4.3 ผู้ถูกทดสอบได้วาดเส้นภายนอกกรอบหรือไม่	 	/3

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



หัวข้อ	คะแนนที่ได้	คะแนนสูงสุด
5. Judgment ถ้าคุณยืนอยู่ริมถนนที่มีรถวิ่งไปมาพลุกพล่าน ไม่มีทางม้าลายให้ข้ามถนน ไม่มีสัญญาณไฟจราจรเลย บอกดิฉัน/ผมว่าคุณจะเดินข้ามถนนนี้ไปฝั่งตรงข้ามอย่างปลอดภัยได้อย่างไร (หากผู้ถูกทดสอบไม่สามารถตอบได้ครบ ให้ถามว่า “มีอะไรที่คุณอยากทำอีกหรือไม่”) เกณฑ์การให้คะแนน - ผู้ถูกทดสอบได้บอกให้มองรถซ้ายขวาหรือไม่ (ใช่ (2), ต้องถามซ้ำ (1), ไม่ตอบ(0)) - ผู้ถูกทดสอบได้บอกประเด็นอื่นที่บ่งถึงความปลอดภัยหรือไม่ (ใช่ (2), ต้องถามซ้ำ (1), ไม่ตอบ(0))		/4
6. Memory recall (Recall) ตอนนี้อยู่มาถึงตลาด คุณจำได้ไหมว่าเราจะต้องซื้อของอะไรบ้าง ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่สามารถจำได้ ให้ผู้ทดสอบพูดว่า “อย่างแรกคือ ใบชา แล้วมีอะไรอีก” (ถ้าตอบได้เองโดยไม่ต้องแนะได้ 2 คะแนน ถ้าต้องแนะก่อนได้ 1 คะแนน ไม่ได้เลยได้ 0 คะแนน) ใบชา น้ำมันพืช ไข่ สับปะรด		/8
7. Language ดิฉัน/ผม จะจับเวลาเป็นเวลา 1 นาที โดยในหนึ่งนาทีนั้น ฉันอยากให้คุณบอกชื่อของสัตว์ต่างๆ ให้มากที่สุด เราจะดูว่าคุณสามารถบอกชื่อสัตว์ที่มีความหลากหลายได้มากน้อยแค่ไหนใน 1 นาที (บอกคำสั่งซ้ำหากจำเป็น) ค่าคะแนนสูงสุดสำหรับข้อนี้คือ 8 หากผู้ทดสอบบอกชื่อสัตว์ต่างๆ ได้ 8 ชนิดก่อนเวลาหนึ่งนาทีก็ให้หยุดทดสอบ 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....		/8
คะแนนรวม		30



แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณ์งานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

การแปลผล

ระดับการศึกษา	คะแนน เต็ม 30	AUC	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	Positive LR
ประถมศึกษาที่ 6 หรือต่ำกว่า	<23	0.79	71.43	76.92	83.33	62.50	3.1
มากกว่าประถมศึกษาที่ 6 สูงกว่าประถม	<24	0.8	77	70	57.14	85.37	2.57

หมายเหตุ

- ผู้ที่ทำแบบทดสอบสมองนี้ สามารถเป็นบุคคลทั่วไปที่ผ่านการอบรมวิธีใช้ ซึ่งไม่ซับซ้อน และใช้เวลาไม่นาน
- AUC: area under ROC curve, PPV; positive predictive values, NPV; negative predictive values, LR; likelihood ratios

เอกสารอ้างอิง

1. Limpawattana P, Tiamkao S, Sawanyawisuth K. The Performance of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) for Cognitive Screening in a Geriatric Outpatient Setting. Aging Clin Exp Res 2012;24:495-500.
2. Limpawattana P, Tiamkao S, Sawanyawisuth K, Thinkhamrop B. Can Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) Replace Mini-Mental State Examination (MMSE) for Dementia Screening in a Thai Geriatric Outpatient Setting? Am J Alzheimers Dis Other Dement. 2012;27:254-9.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



IQCODE ฉบับสั้น

ขอให้ท่านนึกถึงสภาพของผู้สูงอายุนี้เมื่อ 10 ปีก่อนเทียบกับปัจจุบันคำถามต่อไปนี้ จะถามเกี่ยวกับการใช้ความจำและสติปัญญาการทำงานของผู้สูงอายุใน 10 ปีก่อน เทียบกับปัจจุบันว่าท่าน สามารถใช้ความจำได้

- ดีขึ้น - เท่าเดิม หรือ - เลวลง

ทั้งนี้ถ้าท่านผู้สูงอายุชอบลืมวางของทิ้งบ่อยๆ มาตั้งแต่หนุ่มสาวแล้ว และก็ยังลืมวางของทิ้งไว้อยู่จนถึงปัจจุบันโดยที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวร้ายลงก็ให้ถือว่า “เท่าเดิม” ให้สังเกตดูอาการต่างๆ เหล่านี้ ในปัจจุบัน โดยเปรียบเทียบกับเมื่อ 10 ปีก่อน

	1	2	3	4	5
	ดีขึ้นมาก	ดีขึ้นบ้าง	ไม่เปลี่ยนแปลง	เลวลงเล็กน้อย	เลวลงมาก
1. ความจำเกี่ยวกับเพื่อนฝูงและครอบครัวเช่น อาชีพ, วันเกิด, บ้านที่อยู่อาศัย	1	2	3	4	5
2. ความจำเกี่ยวกับสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อเร็วๆ นี้	1	2	3	4	5
3. ความสามารถในการจำคำสนทนาที่พูดกันเมื่อ 2-3 วันก่อน	1	2	3	4	5
4. ความจำเลขที่บ้าน หรือเบอร์โทรศัพท์	1	2	3	4	5
5. ความจำเรื่องวัน เดือน ปี ปัจจุบัน	1	2	3	4	5
6. ความจำเกี่ยวกับที่เก็บของต่างๆ ในบ้าน หรือที่ทำงาน	1	2	3	4	5
7. ความจำว่าไดวางของไว้ที่ใดเมื่อมีการเปลี่ยนที่ไปจากที่เก่า	1	2	3	4	5
8. ความสามารถในการใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ในบ้าน เช่น เปิดทีวี, เสียบปลั๊กไฟ	1	2	3	4	5
9. ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ใหม่ๆ หรือใช้วัสดุใหม่ๆ ที่นำมาใช้ในบ้าน	1	2	3	4	5
10. ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ	1	2	3	4	5
11. ความสามารถในการติดตามเรื่องราวเนื้อหาใน หนังสือพิมพ์ หรือโทรทัศน์ได้รู้เรื่อง	1	2	3	4	5
12. ความสามารถในการตัดสินใจต่างๆ ในชีวิตประจำวัน	1	2	3	4	5
13. การใช้จ่ายใช้เงินในการซื้อของในชีวิตประจำวัน	1	2	3	4	5
14. การวางแผนการใช้จ่ายเงิน เช่น ใช้เงินเดือน หรือเงินในเดือนหนึ่งๆ การจ่ายค่าน้ำ/ไฟ/โทรศัพท์	1	2	3	4	5
15. การวางแผนด้านการคิดคำนวณ ตลอดจนการคาดการณ์ต่างๆ เช่น รู้ว่าควรซื้ออาหารมาก หรือน้อยเพียงใด รู้ว่าลูกหลาน หรือญาติไปมาหาสู่กันบ่อยเพียงใด หรือห่างเหินนานแล้วเพียงใด	1	2	3	4	5
16. ความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว หรืออธิบายให้เหตุผลกับสิ่งต่างๆ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวได้	1	2	3	4	5

SENANRONG V, ASSAVISARAPORN S, SIVASIRIYANONDS N, et al the IQCODE : An Alternative Screening Test for Dementia for Low Educated Thai Elderly J Med Assoc Thai 2001; 84: 648-655.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลสมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ภาคผนวกที่ 11

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 กล่าวว่า

“ผู้ใดกระทำความผิดในขณะไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ถ้าผู้กระทำความผิดสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้”

หมายถึง แม้ว่าผู้กระทำความผิดจะมีความบกพร่องของเจตนาในการกระทำอันเนื่องจากสภาพทางจิตใจก็ตาม แต่ก็ยังคง “ต้อง” ถือว่าการกระทำที่ได้กระทำไปนั้นเป็นความผิดกฎหมายอาญาอยู่ เพียงแต่การรับโทษจะมีเพียงใดเท่านั้น

ก. ถ้าสภาพทางจิตปรากฏอย่างชัดเจนว่าไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ ก็ไม่ต้องรับโทษในความผิดนั้นหรือ

ข. ถ้าสภาพทางจิตยังรู้ผิดชอบอยู่บางส่วน ผู้นั้นย่อมต้องรับผิดสำหรับความผิดนั้นโดยศาลจะเป็นผู้กำหนดโทษว่าสมควรที่จะได้รับโทษเพียงใด

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ดังต่อไปนี้

- ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด ซึ่งมักพบในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก

- ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในด้านความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเกิดมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จนมีผลกระทบต่อการทำงานมือ เท้า แขน ขา ซึ่งมักพบในผู้ป่วยระยะกลางหรือระยะท้ายของโรคสมองเสื่อม

ซึ่งมีสาระสำคัญคือ การนำบุคคลที่มีภาวะอันตรายที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติทางจิต ที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดหลงผิดหรือพฤติกรรมที่เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น เช่น เมื่อมีผู้ป่วยมีพฤติกรรมอาละวาด ทำร้ายคนรอบข้าง เป็นต้น ผู้ที่พบเห็นสามารถแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ ให้ดำเนินการพาบุคคลนั้นไปยังโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัด เพื่อให้บุคคลผู้นั้นได้เข้ารับการรักษาทันที หรือพฤติกรรมผิดปกตินั้นในโรงพยาบาลโดยเร็ว เพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้ความผิดปกติทางจิตมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น หรือเพื่อป้องกันการกระทำที่เกิดจากอาการทางจิตที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง

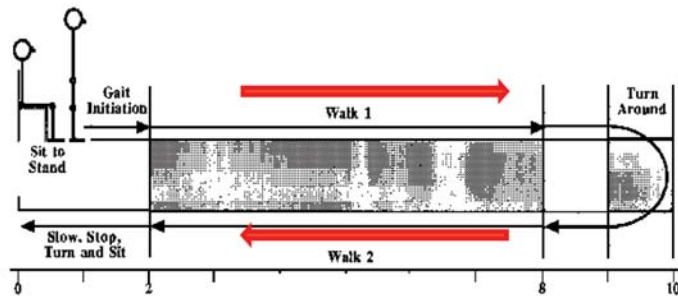
แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณ์ฐานที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



ภาคผนวกที่ 12

การทดสอบความสามารถในการเดินและการทรงตัว

● Timed Up and Go test



วิธีทดสอบ

ให้ผู้ป่วยลุกจากเก้าอี้ โดยไม่ได้ใช้มือช่วย เดินตรงไป 10 ฟุต หรือประมาณ 3 เมตร แล้วหมุนตัวกลับมานั่งที่เดิม (สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ผู้ป่วยใช้อยู่ประจำ และสวมรองเท้าคู่ที่ใช้ประจำ)

การแปลผล

- ใช้เวลาน้อยกว่า 10 วินาที : Freely mobile
- ใช้เวลา 10-19 วินาที : Mostly independent
- ใช้เวลา 20-29 วินาที : Variable mobility
- ใช้เวลาตั้งแต่ 30 วินาทีขึ้นไป : Impaired mobility

ปกติใช้เวลาไม่เกิน 20 วินาที หากใช้เวลา 15 วินาทีขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม และถ้าเกิน 30 วินาที ถือว่าผิดปกติ

เอกสารอ้างอิง

- อาริรัตน์ สุพทุธิชิตดา. การหกล้มในผู้สูงอายุ: มุมมองด้านสุขภาพ. ใน: อรรถนพ ใจสำราญ, สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, สมพล สงวนรังศิริกุล, อาริรัตน์ สุพทุธิชิตดา, อติศร ภัทราดุลย์, บรรณาธิการ. สังคมสูงวัยเปี่ยมสุขด้วยวิถีสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปท์ เมดิคัล 2553. หน้า 139-61.
- Peeters GM, de Vries OJ, Elders PJ, Pluijm SM, Bouter LM, Lips P. Prevention of fall incidents in patients with a high risk of falling: design of a randomized controlled trial with an economic evaluation of the effect of multidisciplinary transmural care. *BMC Geriatrics*. 2007;7:15.
- Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med*. 2003; 348:42-9.
- Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34:119-26.

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ภาคผนวกที่ 13

เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

1. กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic ADL)

รายการ	ดัชนีบาร์เธล Barthel Index (ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์และคณะ)	ดัชนีแคทซ์ (Katz Index of ADL)
1. จำนวนกิจกรรม	10 กิจกรรม	6 กิจกรรม
2. คะแนนเต็ม	20 คะแนน	6 คะแนน
3. การจำแนกระดับความรุนแรง	4 ระดับ 0-4 คะแนน = พึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนน = พึ่งพาบางส่วน 9-11 คะแนน = พึ่งพาปานกลาง 12+ คะแนน = ไม่เป็นภาระพึ่งพา	3 ระดับ • 6 คะแนน = ช่วยตนเองได้ทั้งหมด • 4 คะแนน = ช่วยตนเองได้ปานกลาง • น้อยกว่า 2 คะแนน = ช่วยตนเองได้น้อย มีภาวะพึ่งพาสูง
4. กิจกรรมที่ประเมิน	1. Feeding การรับประทานอาหาร 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ 1 = ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตักเป็น เล็กๆ ไว้ล่วงหน้า 2 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ	1. การรับประทานอาหาร
	2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมง ที่ผ่านมา) 0 = ต้องการความช่วยเหลือ 1 = ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียม อุปกรณ์ไว้ให้)	-
	3. Transfer (การเคลื่อนย้ายตัวในระดับ เดียวกัน ขึ้น/ลงเตียงหรือลุกนั่งจากที่นอน ไปยังเก้าอี้ได้) 0 = ไม่สามารถนั่งได้ หรือต้องใช้คนสองคน ช่วยกันยกขึ้น 1 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะ นั่งได้ เช่น ใช้คนช่วยพยุงหรือดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้ 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอก ให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 = ทำได้เอง	การเคลื่อนย้าย (Transfer) 0 = ต้องมีผู้ช่วยเหลือพยุงลุกขึ้นเคลื่อนย้าย เข้าและออกจากเตียงหรือเก้าอี้ 1 = ลุกขึ้น เคลื่อนย้าย เข้าและออกจากเตียง หรือเก้าอี้ได้เอง (อาจใช้เครื่องช่วยเดิน)

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



รายการ	ดัชนีบาร์เธล Barthel Index (ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์และคณะ)	ดัชนีแคทซ์ (Katz Index of ADL)
	4. Toilet use (การใช้ห้องน้ำ/สุขาดูแลความสะอาดหลังการขับถ่าย) 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้ 1 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเอง, ทำความสะอาดตัวเองได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	2. การขับถ่ายใช้ห้องสุขา 0 = ต้องมีผู้ช่วยเหลือพาไปห้องสุขา ทำความสะอาดหลังถ่าย และสวมเสื้อผ้าให้หรือขับถ่ายที่เตียง 1 = ไปห้องน้ำ ทำความสะอาดหลังถ่าย และสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง
	5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตนเองให้เคลื่อนที่ได้ และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ (ไม่ต้องมีคนเข็น) 2 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	-
	6. Dressing (สวมใส่/ถอดเสื้อผ้า) 0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้ 1 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	4. การแต่งกาย 0 = ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้าให้ทั้งหมด 1 = หยิบเสื้อผ้าจากตู้ แต่งตัว รูดซิป/ติดกระดุม/ผูกเชือกได้ด้วยตนเองทั้งหมด อาจต้องมีผู้ช่วยเหลือสวมรองเท้าให้
	7. Stairs (การขึ้น-ลงบันได) 0 = ไม่สามารถทำได้ 1 = ต้องการคนช่วย 2 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	-
	8. Bathing (การอาบน้ำ/ทำความสะอาดร่างกาย) 0 = ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1 = อาบน้ำเองได้	5. อาบน้ำ 0 = ต้องมีผู้ช่วยเหลืออาบน้ำให้มากกว่าส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือทั้งหมด 1 = อาบน้ำได้ด้วยตนเอง หรือต้องช่วยเหลืออาบน้ำส่วนหนึ่งส่วนใด เช่น หลัง อวัยวะสืบพันธุ์ หรือแขนขา

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

รายการ	ดัชนีบาร์เธล Barthel Index (ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์และคณะ)	ดัชนีแคทซ์ (Katz Index of ADL)
	9. Bowels (การควบคุม/กลั้นการถ่าย อุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระ อยู่เสมอ 1 = กลั้นไม่ได้เป็นครั้งคราว (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 = กลั้นได้เป็นปกติ	6. การควบคุมการขับถ่าย (continence) 0 = ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ ไม่อยู่ 1 = ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ได้
	10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั้นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระ อยู่เสมอ 1 = กลั้นไม่ได้เป็นครั้งคราว (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง) 2 = กลั้นได้เป็นปกติ	-

Barthel Activities of Daily Living : ADL

คำจำกัดความ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



2. กิจกรรมประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย (IADL) การวัดความสามารถในการทำกิจกรรมที่จำเป็น ซึ่งสนับสนุนการอยู่ได้อย่างอิสระและอาศัยอยู่บ้านคนเดียวได้

รายการ	IADL ของ Lawton	ดัชนีจุฬาเอทีแอล (Chula Activity Daily living Index CAI)
1. จำนวนกิจกรรม	8 กิจกรรม	5 กิจกรรม
2. คะแนนเต็ม	- กรณีมีโทรศัพท์ เต็ม 12 คะแนน - กรณีไม่มีโทรศัพท์ เต็ม 10 คะแนน	10 คะแนน
3. การจำแนกระดับ	ไม่ได้แบ่งระดับ	ไม่ได้แบ่งระดับ
4. กิจกรรมที่ประเมิน		1. Walking Outdoor เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน 0 = เดินไม่ได้ 1 = ใช้รถเข็น และช่วยตนเองได้ หรือต้องการคน ประคองสองข้าง 2 = ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด 3 = เดินได้เอง รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker
	1. การใช้โทรศัพท์ 0 = ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ได้เลย 1 = ทำได้ถ้ามีคนช่วย 2 = ทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย	-
	2. การเตรียมอาหาร Meal preparation 0 = ไม่สามารถเตรียมอาหารได้เลย 1 = ทำได้โดยต้องมีคนช่วย (สามารถเตรียมเครื่อง ปรุงบางอย่างได้) 2 = ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย (สามารถทำได้ด้วย ตนเอง)	2. Cooking ทำหรือเตรียมอาหารหุงข้าว 0 = ทำไม่ได้ 1 = ต้องการคนช่วยในการทำหรือจัดเตรียมบางอย่าง ไว้ล่วงหน้าจึงจะทำได้ 2 = ทำได้เอง
	3. การเดินทางโดยรถประจำทาง Transportation 0 = ไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้ 1 = ทำได้ถ้ามีคนช่วยเหลือ 2 = ทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วยเหลือ	3. Transportation ใช้บริการรถประจำทางหรือ ขับรถเอง 0 = ไม่สามารถทำได้ 1 = ทำได้แต่ต้องมีคนดูแลไปด้วย 2 = ไปมาได้เอง
	4. การจัดการเรื่องเงิน Using Money 0 = ไม่สามารถจัดการเรื่องเงินทองได้เลย 1 = ทำได้โดยต้องมีคนช่วย(สามารถจัดการเรื่อง ซื้อวันต่อวันได้แต่ต้องมีคนช่วย-จัดการเรื่อง การชำระเงินให้) 2 = ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย	4. Money Exchange การทอนเงินแลกเงิน 0 = ทำไม่ได้ต้องมีคนช่วย 1 = ทำได้เอง

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

รายการ	IADL ของ Lawton	ดัชนีจุฬาเอทีแอล (Chula Activity Daily living Index CAI)
	5. ทำงานบ้าน House work 0 = ทำเองไม่ได้เลย 1 = ต้องมีคนช่วยบางส่วน 2 = ทำด้วยตนเองได้ทั้งหมด	5. Doing Heavy Housework การทำความสะอาดบ้าน 0 = ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย 1 = ทำได้เอง

ที่มา: ตติยา สารธิมา. คู่มือการใช้แบบประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2554; 85-87

เกณฑ์การตัดสิน

คะแนนความสามารถกิจวัตรประจำวันที่มีอุปสรรคมาเกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- ทำไม่ได้เลยต้องมีคนช่วย = 0 คะแนน
- ทำได้เองบ้างแต่ต้องมีคนช่วยหรืออุปกรณ์ช่วย = 1 คะแนน
- สามารถทำได้เองโดยไม่ต้องมีคนหรืออุปกรณ์ช่วย = 3 คะแนน

การแปลผล

คะแนนรวม IADL		แปลผล
สำหรับผู้ไม่มีโทรศัพท์	สำหรับผู้มีโทรศัพท์	
(เต็ม 10 คะแนน)	(เต็ม 12 คะแนน)	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ Very low initial score / Total dependence
0-2	0-2	ภาวะพึ่งพารุนแรง Low initial score/Severe dependence
3-4	3-5	ภาวะพึ่งพาปานกลาง Intermediate initial score/Moderately severe dependence
5-6	6-8	ไม่เป็นภาวะพึ่งพา Initial high/Mildly severe dependence; consideration of discharging home
7+	9+	

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม



เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง

สถานที่..... เลขที่.....
 ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 ได้ประเมิน ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นาง / นางสาว..... ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สังกัด.....
 เลขประจำตัวประชาชน.....

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. ทางการเห็น	- การเห็นของสายตา			() ตาบอด	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- สานสายตา			() ตาเลือนราง	() ภายหลังจำนวน.....ปี.....เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง			() หูหนวก	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- การเข้าใจภาษาพูด			() สื่อความหมาย	() ภายหลังจำนวน.....ปี.....เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๓. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ เท้า หรือ เข่า			() การเคลื่อนไหว	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- ลักษณะทั่วไปของร่างกาย			() ขาด ระบุ.....	() ภายหลังจำนวน.....ปี.....เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๔. ทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือสติปัญญา	- สามารถทางจิต หรือพฤติกรรม			() อ่อนแรง ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- กลุ่มอาการผิดปกติ			() อื่น ๆ ระบุ.....	() ภายหลังจำนวน.....ปี.....เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			() ร่างกาย ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- ความสามารถทางการเรียนรู้			() พัฒนาการ	() ภายหลังจำนวน.....ปี.....เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๖. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้			() สติปัญญา	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- ความสามารถทางการเรียนรู้			() พัฒนาการ	() ภายหลังจำนวน.....ปี.....เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาด้านสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

() ไม่มีความพิการ () มีความพิการ

ความเห็น () ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา
โรงพยาบาล

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปรับแก้แตกต่างไปจากข้อแนะนำได้ ในกรณีสถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

ขอขอบคุณแพทย์ที่เข้าร่วม

ประชุม สัมมนาปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับร่าง)

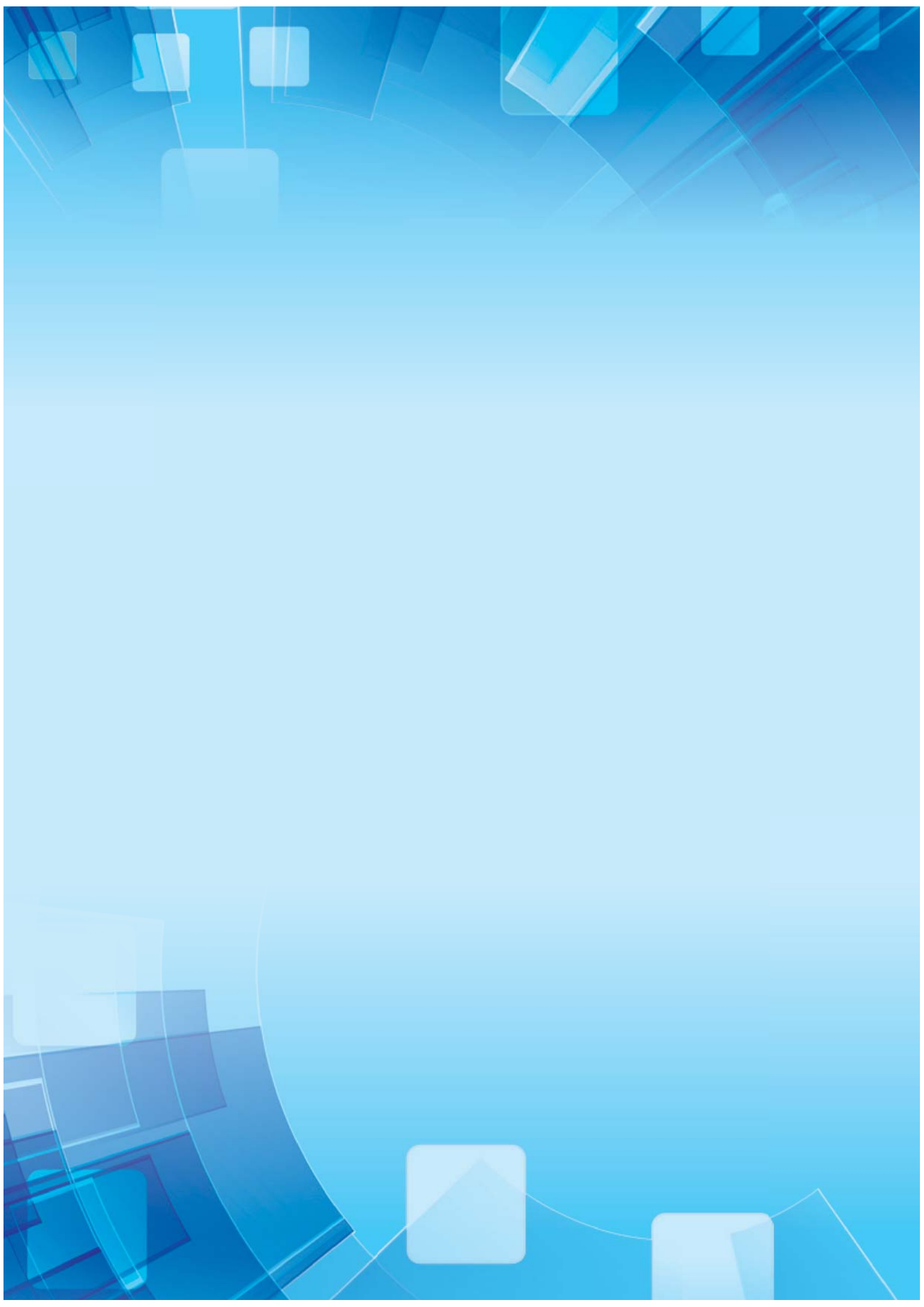
วันที่ 26 พฤษภาคม 2557

ณ โรงแรมรามาดาพลซ่า แม่น้ำริเวอร์ไซด์ เขตบางคอแหลม กรุงเทพฯ

1. นพ.พรรคพร	ประภาพันธ์	โรงพยาบาลเลิดสิน	จ.กรุงเทพฯ
2. นพ.พิเศษ	เมธภัทร	โรงพยาบาลสวนปรุง	จ.เชียงใหม่
3. นพ.สิริชัย	กิตติชาญธีระ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	จ.กรุงเทพฯ
4. พญ.ขวัญใจ	คำหู่	โรงพยาบาลเชียงใหม่	จ.มหาสารคาม
5. นพ.วัชร	รัตนชัยสิทธิ์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	จ.เชียงราย
6. นางสาวศรัณยา	แสงมณี	โรงพยาบาลตากสิน	จ.กรุงเทพฯ
7. พญ.จิรภัทร	วงศ์ชินศรี	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	จ.กรุงเทพฯ
8. พญ.นิตยา	บุญสนอง	โรงพยาบาลบางบัวทอง	จ.นนทบุรี
9. พญ.รัตนา	จันทร์แจ่ม	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	จ.เชียงใหม่
10. นางสาววิมลรัตน์	วิประสิทธิ์	โรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา	จ.ชลบุรี
11. พญ.ธิดารัตน์	ทดแทนคุณ	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	จ.นนทบุรี
12. ดร.สุกัญญา	กริสสมัย	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	จ.ลพบุรี
13. นางสาวศิริพร	สมุทรธรรมชัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	จ.สมุทรสงคราม
14. นพ.ภาณุมาศ	ขวัญเรือน	โรงพยาบาลแพร่	จ.แพร่
15. พญ.สัญญาณี	พงษ์ภักดี	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	จ.กรุงเทพฯ
16. นางสาวยุพิน	ดวงกระโทก	โรงพยาบาลวิภาวดี	จ.กรุงเทพฯ
17. นางปาริชาติ	ขุนอ่อน	โรงพยาบาลสิงห์บุรี	จ.สิงห์บุรี
18. นางวรางคณา	ลิ้มสุวรรณเกษม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์	จ.บุรีรัมย์
19. นางสาวสุชาดา	วิจิตรประพันธ์	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	จ.ปราจีนบุรี
20. นางสาวศิริกุล	บุญอินทร์	โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน	จ.กรุงเทพฯ
21. นพ.อิทธิพล	ตะวันกาญจน์โชติ	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	จ.กรุงเทพฯ
22. นางสาวนภัสสร	มาตา	โรงพยาบาลท่าตูม	จ.สุรินทร์
23. นางสาวมีนา	เกาทันท์ทอง	โรงพยาบาลเจ้าพระยา	จ.กรุงเทพฯ

แนวทางเวชปฏิบัตินี้เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขในสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม







แนวทางเวชปฏิบัติ

ภาวะสมองเสื่อม

Clinical Practice Guidelines : Dementia