



นิพนธ์ต้นฉบับ การวิเคราะห์ผู้ป่วยสมองเสื่อมและการวินิจฉัย คลาดเคลื่อนของผู้ป่วยที่มารับการรักษา ในคลินิกความจำ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธุ์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอาการทางคลินิกที่จะช่วยวินิจฉัยแยกภาวะสมองเสื่อมจากภาวะอื่นที่มีอาการคล้ายภาวะสมองเสื่อม ลักษณะประชากรและปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละชนิด และผลของการรักษาหลังจากมารับบริการเป็นเวลา 6 เดือนของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกความจำ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมดที่มารับบริการในคลินิกความจำ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548 – มกราคม พ.ศ. 2551

ผล : ผู้ป่วยทั้งหมด 104 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (67.3%) มีอายุเฉลี่ย 73.9 ปี ส่วนใหญ่มารับการรักษาครั้งแรกที่แผนกจิตเวช (75.0%) ผู้ป่วยที่มารับบริการพบว่ามีจำนวน 15 ราย (14.4%) ที่ไม่ใช้ภาวะสมองเสื่อม (Non-dementia) โดยได้รับการวินิจฉัยเป็น depression สูงสุด (40.0%) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 89 ราย ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alzheimer's disease (56.18%) รองลงมาเป็น Vascular dementia (16.85%) Mild cognitive impairment (7.87%) Mixed Alzheimer and Vascular dementia (6.64%) Frontotemporal dementia (6.64%) และ Dementia with Lewy body (3.37%) ตามลำดับ ผู้ป่วย Frontotemporal dementia มีอายุเฉลี่ยต่ำกว่าภาวะสมองเสื่อมอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละชนิดจะมีปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจที่แตกต่างกันเช่น Alzheimer's disease พบอาการหลงผิดและหวาดระแวงมากที่สุด (66%) ส่วนผู้ป่วย Frontotemporal dementia พบอาการพฤติกรรมวุ่นวายมากที่สุด (83.3%) รองลงมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว (66.7%) ผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาเป็นเวลา 6 เดือน จำนวน 57 ราย พบว่ามีปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจลดลง

สรุป : ผู้ป่วยที่มารับรักษาที่คลินิกความจำได้รับการวินิจฉัยคิดว่ามีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 14.4 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 89 ราย ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alzheimer's disease (56.18%) ผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละชนิดจะมีปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: สมองเสื่อม ปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจ

* สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต



Analysis of dementia patients and misdiagnosis in Memory Clinic at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Thatsani Kunchanaphongphan, M.D.*

Abstract

Objective: To study clinical differences between dementia and non-dementia patients, characteristics and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in differences type of dementia and clinical outcome after follow up for 6 months of patients in Memory Clinic at Somdet chaopraya Institute of Psychiatry.

Materials and Methods: This retrospective study was conducted by reviewing the medical records of patients in Memory Clinic at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry during June 2005-January 2008.

Results: One hundred and four patients were included in the study. Majority of them were female(67.3%). Fifteen patients (14.4%) were diagnosed as non-dementia, mostly were depressive disorder. Eighty-nine patients were diagnosed as dementia. The main dementia types identified were Alzheimer's disease 56.18%, Vascular dementia 16.85%, Mild cognitive impairment 7.87%, Mixed Alzheimer and Vascular dementia 6.64%, Frontotemporal dementia 6.64% and Dementia with Lewy body 3.37%. Frontotemporal dementia was characterized by significantly younger mean age than other types of dementia($p < 0.05$). Clinical type-specific Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) were identified. Cases of dementia in Alzheimer's disease were associated with a high incidence of paranoid and delusional ideation (66%), Cases of Frontotemporal dementia were associated with a high incidence of activity disturbances (83.3%) and aggressiveness (66.7%).

Conclusions: Misdiagnosis was found in 14.4% of patients who attended in Memory Clinic. Most of them were diagnosed as depression. The most common diagnosis of demented patients was Alzheimer's disease (56.18%). There were differences symptoms of BPSD among each type of dementia.

Key Words : dementia, behavioral and psychological symptoms of dementia

*Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมถอยของความสามารถของสมองและลดลงอย่างต่อเนื่องจากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่ ทำให้เกิดความผิดปกติของพุทธิปัญญา (cognitive function) ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่ ความจำ (memory) การรับรู้ (perception) การคิด (thinking) การตัดสินใจ (judgment) นอกจากนี้ อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ อารมณ์ และพฤติกรรมร่วมด้วย โดยที่ผู้ป่วยต้องรู้ตัว ไม่อยู่ในภาวะเพื่อหรือสับสน ความผิดปกติเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ

1. การวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจริง ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เนื่องจากปัญหาหลังล้มง่ายอาจมีสาเหตุจากภาวะซึมเศร้า ภาวะเพื่อ/สับสน หรือ โรคจิตได้ จากการศึกษาของ Garcia CA¹ และคณะ พบว่าผู้ป่วย 100 รายที่ถูกส่งมารักษาในคลินิกสมองเสื่อมนั้น 26 ราย ไม่ใช่ภาวะสมองเสื่อม โดย 15 ราย เป็นภาวะซึมเศร้า 7 ราย เป็นโรคทางประสาทจิตเวชศาสตร์อื่นๆ และ 4 รายไม่มีอาการผิดปกติ Crigger N และคณะ² Martin D และคณะ³ พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อมได้ถึง 32% ดังนั้นการซักประวัติ ตรวจสภาพจิต การตรวจร่างกายและตรวจทางระบบประสาทจึงมีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัยแยกโรคเหล่านี้

2. การวินิจฉัยแยกโรคต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของสมองเสื่อม เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมจากบางสาเหตุสามารถรักษาได้ (treatable dementia) และภาวะสมองเสื่อมแต่ละชนิดตอบสนองต่อยาแตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมทุกครั้ง

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) โดยพบได้ประมาณ ร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมด

ความชุกของโรคอัลไซเมอร์จะเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น สาเหตุที่พบบรองลงมาคือ โรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) โดยพบได้ประมาณ ร้อยละ 15-30 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมด

ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักมีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจร่วมด้วยเสมอ อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย ความชุกของการเกิดอาการแต่ละชนิดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เช่น ความผิดปกติของอารมณ์จะพบบ่อยในภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย อาการกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง และอาการโรคจิตพบบ่อยในภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางและจะพบน้อยลงในภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง จากการศึกษาของ Ming-Jang Chui และคณะ⁴ พบว่าความชุกของปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน เช่นในผู้ป่วย Dementia with Lewy bodies จะมีอาการประสาทหลอนและพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมอื่นๆ ส่วน Frontotemporal dementia มีพฤติกรรมวุ่นวายมากกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมอื่นๆ จากการศึกษาของ Mendez MF, Perryman KM และคณะ⁵ พบว่าปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจที่พบบ่อยใน frontotemporal dementia คือ การที่มีบุคลิกภาพเปลี่ยนไปและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จะเห็นได้ว่าปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคในกลุ่มนี้ได้

การรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมในปัจจุบัน ในกลุ่มที่พบสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม การรักษาสาเหตุจะช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนในกลุ่มที่ไม่พบสาเหตุ การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองอาการ ยังไม่มีการรักษาให้หายขาดหรือหยุดการดำเนินโรคได้ การรักษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การรักษาด้วยยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งจะต้องให้ควบคู่กันไป ยาที่ผ่านการรับรองจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (US FDA) ให้ใช้รักษา Alzheimer's disease ในระยะ

แรกถึงรุนแรงปานกลางได้คือ ยากลุ่ม Cholinesterase inhibitors (ChE-I) ซึ่งออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเอนไซม์ที่ทำลาย acetylcholine และมีประสิทธิภาพในการชะลอการเสื่อมของสมรรถภาพสมองได้ ยาที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในปัจจุบันได้แก่ Donepezil, Rivastigmine, Galantamine นอกจากนี้ Donepezil ได้รับข้อบ่งชี้ให้รักษา Alzheimer's disease ในระยะรุนแรงมากด้วย Birks J⁶ ได้ศึกษายานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย Alzheimer's disease ที่ได้รับรักษาด้วยยา Cholinesterase Inhibitor เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 10 เรื่อง และสรุปว่ายา Donepezil, Galantamine และ Rivastigmine มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย Alzheimer's disease ที่มีอาการเล็กน้อยถึงรุนแรงปานกลางไม่แตกต่างกัน แม้ว่ายาทั้ง 3 ชนิดจะออกฤทธิ์แตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังมียากลุ่ม N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor antagonist ได้แก่ Memantine ซึ่งผ่านการรับรองจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (US FDA) ให้ใช้รักษา Alzheimer's disease ในระยะรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก ยาทั้ง 2 กลุ่มนี้ยังไม่ผ่านการรับรองจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (FDA) ให้ใช้รักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ แต่มีการศึกษาวิจัยว่ายาเหล่านี้อาจได้ผลดีในการรักษา Vascular dementia, Dementia with Lewy Bodies (DLB), Parkinson Disease with Dementia (PDD) ในผู้ป่วยบางราย แต่ยังไม่มีการศึกษาพบว่ายากลุ่มนี้ได้ผลดีในผู้ป่วย Frontotemporal Dementia

ส่วนยาที่ใช้รักษาปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ยารักษาโรคจิต ยารักษาซึมเศร้า และยากันชักนั้น Kaycee M. Sink และคณะ⁷ ได้ทบทวนวรรณกรรมและสรุปว่า haloperidol อาจช่วยในการรักษาพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (ขนาดที่ใช้ คือ 1.2-3.5 มิลลิกรัมต่อวัน) แต่ต้องประเมินเรื่องผลข้างเคียงจากยาด้วย ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotic drug)

เช่น olanzapine 5-10 มิลลิกรัมต่อวัน และ risperidone 1.0 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถลดปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วย Alzheimer's disease และ Vascular dementia ได้ สำหรับยารักษาซึมเศร้า มีการใช้ยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor ในการรักษา แต่ข้อมูลทางวิชาการก็ยังไม่สามารถสรุปได้ว่ามีประโยชน์จริงหรือไม่ ในส่วนของยากันชัก ต้องใช้อย่างระมัดระวัง เพราะมีผลข้างเคียงสูง ดังนั้นการให้ยาในการรักษาปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจจึงควรให้อย่างระมัดระวัง และให้ยาเมื่อใช้วิธีรักษาแบบไม่ใช้ยาแล้วไม่ได้ผล อีกทั้งผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเท่านั้น การให้ยาควรเริ่มจากขนาดต่ำและปรับเพิ่มยาอย่างช้าๆ โดยควบคู่ไปกับการรักษาที่ไม่ใช้ยา

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ได้เปิดให้บริการคลินิกความจำ ตั้งแต่ มิถุนายน พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน แต่ยังไม่เคยวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการทางคลินิกที่จะช่วยวินิจฉัยแยกภาวะอื่นที่มีอาการคล้ายสมองเสื่อมจากภาวะภาวะสมองเสื่อม ศึกษาลักษณะประชากรและปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละชนิด ตลอดจนผลของการรักษาหลังจากมารับบริการเป็นเวลา 6 เดือน ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาการบริการผู้ป่วยสมองเสื่อมในคลินิกความจำ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาและการวิจัยในอนาคต

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมดที่มารับบริการในคลินิกความจำ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548 - มกราคม พ.ศ. 2551 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกราย การวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่และศึกษาอาการทางคลินิกที่จะช่วยวินิจฉัยแยกภาวะสมองเสื่อมจากภาวะอื่นที่มีอาการคล้ายภาวะสมองเสื่อม

2. ศึกษาข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษาลักษณะประชากรและปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละชนิด

3. ศึกษาการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่มาติดตามการรักษาเป็นเวลา 6 เดือน การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย อาการสำคัญ การวินิจฉัย ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางพฤติกรรม และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (ดัดแปลงจาก BEHAVE-AD) การติดตามการรักษา ยาที่ผู้ป่วยได้รับและผลการรักษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS Version 13.0 ลิขสิทธิ์สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistic) ได้แก่ t-test F-test และการทดสอบ Chi-square

ผล

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกความจำเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.3 อายุเฉลี่ย 73.9 ปี ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 24.93 เดือน มารับการรักษาครั้งแรกที่แผนกจิตเวช ร้อยละ 75.0 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 51.0 ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 75.0 คะแนน MMSE เฉลี่ย 13.58 และผู้ป่วย ร้อยละ 51.0 ยังดูแลกิจวัตรประจำวันได้เอง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวร่วมด้วย โดยเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.3 เบาหวาน ร้อยละ 22.1

ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 18.3 นอกจากนี้ยังพบว่า มีร้อยละของโรคอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 4.8 และ ซิฟิลิส ร้อยละ 2.9

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 14.4) ที่ไม่ใช่ภาวะสมองเสื่อม (non-dementia) โดยได้รับการวินิจฉัยเป็น depression จำนวน 6 ราย รองลงมาเป็น delusional disorder จำนวน 3 ราย schizophrenia จำนวน 2 ราย frontal lobe epilepsy จำนวน 2 ราย delirium จำนวน 1 ราย และ brain tumor จำนวน 1 ราย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่ใช่สมองเสื่อมมีตัวแปรทางคลินิกที่แตกต่างจากผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญในด้านต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรกที่แผนกจิตเวช ผู้ป่วยไม่มีการเสียหน้าที่สมองด้านอื่น (other cognitive impairment) ร่วมด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 เดือน เคยมีประวัติโรคทางจิตเวชมาก่อน และการที่ผู้ป่วยไม่มีความจำที่แย่งเรื่อยๆ (ตามตารางที่ 1) นอกจากนี้ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ไม่ใช่สมองเสื่อมจะต่ำกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อม และคะแนน MMSE เฉลี่ยในผู้ป่วยที่ไม่ใช่สมองเสื่อมมีค่าเท่ากับ 16.87 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจำนวน 89 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alzheimer's disease ร้อยละ 56.18 รองลงมาเป็น Vascular dementia ร้อยละ 16.85 Mild cognitive impairment ร้อยละ 7.87 Mixed Alzheimer and Vascular dementia ร้อยละ 6.64 Frontotemporal dementia ร้อยละ 6.64 และ Dementia with Lewy bodies ร้อยละ 3.37 ตามลำดับ ผู้ป่วย Frontotemporal dementia มีอายุเฉลี่ย 62.67 ปี ซึ่งต่ำกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละชนิดมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่แตกต่างกัน รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อมและไม่ใช่อสมองเสื่อมในด้านเพศ แผนกที่มารับการรักษาครั้งแรกและอาการสำคัญ (N=104)

ตัวแปรทางคลินิก	Dementia	Non-dementia	χ^2	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. เพศ			1.556	0.242
- ชาย	27 (79.4)	7 (20.6)		
- หญิง	62 (88.6)	8 (11.4)		
2. แผนกที่มารับการรักษาครั้งแรก			5.843	0.020*
- แผนกจิตเวช	63 (80.8)	15 (19.2)		
- แผนกประสาทจิตเวชศาสตร์	26 (100)	0 (0)		
3. อาการสำคัญ				
- มีอาการหลงลืมง่าย	89 (85.6)	15 (14.4)	-	-
- มี other cognitive impairment	82 (100)	0 (0)	65.322	0.000*
- ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน	0 (0)	4 (100)	24.683	0.000*
- เคยมีประวัติโรคทางจิตเวช	1 (14.3)	6 (85.7)	30.904	0.000*
- ความจำแยลงเรื่อยๆ	80 (97.6)	2 (2.4)	47.515	0.000*

* p < 0.05

ตารางที่ 2 การพบปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD) ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแต่ละชนิด

อาการ BPSD	Dementia					
	AD (n=50) (ร้อยละ)	VaD (n=15) (ร้อยละ)	Mixed AD&VaD (n=6) (ร้อยละ)	FTD (n=6) (ร้อยละ)	DLB (n=3) (ร้อยละ)	MCI (n=7) (ร้อยละ)
1. paranoid and delusional ideation	33 (66.0)	5 (33.3)	4 (66.7)	1 (16.7)	3 (100)	0 (0)
2. hallucinations	14 (28.0)	4 (26.7)	1 (16.7)	2 (33.3)	2 (66.7)	0 (0)
3. activity disturbances	19 (38.0)	5 (33.3)	3 (50.0)	5 (83.3)	2 (66.7)	0 (0)
4. aggressiveness	20 (40.0)	6 (40.0)	4 (66.7)	4 (66.7)	1 (33.3)	0 (0)
5. diurnal rhythm disturbance	24 (48.0)	8 (53.3)	3 (50.0)	3 (50.0)	2 (66.7)	0 (0)
6. affective disturbance	3 (6.0)	2 (13.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
7. anxiety and phobias	1 (2.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (42.9)
8. ไม่มีอาการ BPSD	6 (12.0)	3 (20.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (25.0)

หมายเหตุ AD = Alzheimer's disease, VaD = Vascular dementia, Mixed AD&VaD = Mixed Alzheimer and Vascular dementia, FTD = Frontotemporal dementia, DLB = Dementia with Lewy bodies, MCI = Mild cognitive impairment

ผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาเป็นเวลา 6 เดือน จำนวน 57 ราย พบว่าผู้ป่วย Alzheimer's disease (จำนวน 32 ราย) มีค่า MMSE ลดลงจากเดิมเฉลี่ย 0.7 ส่วนผู้ป่วย Vascular dementia (จำนวน 13 ราย) มีค่า

MMSE ลดลงจากเดิมเฉลี่ย 1.18 ผู้ป่วย 33 รายได้รับยา กลุ่ม Cholinesterase Inhibitor / NMDA receptor antagonist ยาอื่นๆที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ยารักษาโรคจิต, ยาแก้ซึมเศร้าและยากันชัก รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ชนิดของยาอื่นๆ และขนาดยาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับ

ชื่อยา	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	$\bar{X}$	SD
haloperidol	8 (14.0)	0.937	0.563
risperidone	5 (8.8)	0.70	0.274
quetiapine	7 (12.3)	41.071	21.304
sertraline	1 (1.8)	50	-
fluoxetine	5 (8.8)	22.0	10.954
mirtazapine	1 (1.8)	30	-
trazodone	26 (45.6)	51.923	25.419
carbamazepine	8 (14.0)	325.00	116.496
sodium valproate	6 (10.5)	683.333	350.238

วิจารณ์

ผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการในคลินิกความจำสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 104 ราย พบว่ามี 15 ราย (คิดเป็นร้อยละ 14.4) ที่ไม่ใช้ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ Garcia CA¹ และคณะ ได้รายงานว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 15 ที่ถูกส่งให้มารักษาในคลินิกสมองเสื่อมแต่พบว่าไม่ใช้ภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามากที่สุด คือ 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่วินิจฉัยผิด) ซึ่งก็ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Crigger N และคณะ² และ Martin D และคณะ³ พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อมได้ถึง ร้อยละ 32 ส่วนการศึกษาของ Garcia CA¹ และคณะพบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า

มากถึงร้อยละ 57.69 ซึ่งพบมากกว่าในคลินิกความจำสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

เมื่อศึกษาปัจจัยเพื่อช่วยวินิจฉัยแยกโรคในกลุ่มที่ไม่ใช้สมองเสื่อมออกจากกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม จะพบว่าผู้ป่วยทุกรายมีปัญหาหลงลืมง่ายแต่ในผู้ป่วยที่ไม่ใช้ภาวะสมองเสื่อมจะไม่มี other cognitive impairment ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นจึงควรมีการประเมิน cognitive function ในด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ไม่ใช้ภาวะสมองเสื่อมจะมีระยะเวลาป่วยน้อยกว่า 3 เดือน มีประวัติทางจิตเวชมาก่อนและปัญหาความจำมักจะไม่ใช่สิ่งที่แตกต่างจากผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้

มารับการรักษาครั้งแรกที่แผนกจิตเวชและถูกส่งต่อมาที่คลินิกความจำ ดังนั้นจิตแพทย์ควรมีการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาความจำให้ละเอียดเพราะสาเหตุของความจำแย่ลงนั้นมีมากมายและผู้ป่วยโรคทางจิตเวชมีความจำแย่ลงได้เช่นกัน เช่น ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีปัญหาความจำร่วมกับอารมณ์เศร้า ซึ่งเรียกว่าภาวะเสมือนสมองเสื่อม (pseudodementia) ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยจิตเวชหลายชนิดมี anticholinergic side effect ทำให้ผู้ป่วยเกิด cognitive impairment ได้

เมื่อศึกษาตัวแปรเรื่องอายุ พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่สมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่พบมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุมาก ดังนั้นจึงควรระมัดระวังการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยที่อายุน้อย

ค่า MMSE - Thai 2002 ในผู้ป่วยที่ไม่ใช่สมองเสื่อมมีค่าเท่ากับ 16.87 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงควรใช้ MMSE ในการคัดกรองผู้ป่วยร่วมกับการซักประวัติที่ละเอียด การตรวจสภาพจิต การตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาท และตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Frontotemporal dementia มีอายุเฉลี่ย 62.67 ปี ซึ่งต่ำกว่าภาวะสมองเสื่อมอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mendez MF, Selwood A⁸

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วย Alzheimer's disease มีอาการหลงผิดและหวาดระแวง (paranoid and delusional ideation) มากที่สุด (ร้อยละ 66) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Ming-Jang Chui และคณะ⁴ ที่พบว่าผู้ป่วย Alzheimer's disease มีอาการหลงผิดและหวาดระแวง (paranoid and delusional ideation) ร้อยละ 58.8 แต่ Ming-Jang Chui และคณะ⁴ พบว่าผู้ป่วย Alzheimer's disease มีพฤติกรรมวุ่นวาย (activity disturbance) มากที่สุด คือพบได้ร้อยละ 62.4 รองลงมา

เป็นอาการวิตกกังวลและกลัว (anxiety and phobia) ร้อยละ 61.2 สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบพฤติกรรมวุ่นวาย (activity disturbance) และ อาการวิตกกังวลและกลัว (anxiety and phobia) ต่ำกว่าการศึกษาของ Ming-Jang Chui และคณะ⁴ คือพบได้ร้อยละ 38 และร้อยละ 2 ตามลำดับ

สำหรับในผู้ป่วย Vascular dementia การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจรรยาบรรณนอนหลับในแต่ละวันเปลี่ยนแปลงไป (diurnal rhythm disturbance) มากที่สุด (ร้อยละ 53.3) รองลงมาเป็น พฤติกรรมก้าวร้าว (aggressiveness) ร้อยละ 40 พบอาการหลงผิดและหวาดระแวง (paranoid and delusional ideation) ร้อยละ 33.3 และ พฤติกรรมวุ่นวาย (activity disturbance) ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Cumming JL และคณะ⁹ ที่พบอาการหลงผิดใน Vascular dementia พบได้ถึงร้อยละ 50 และ การศึกษาของ Ming-Jang Chui และคณะ⁴ ที่พบว่าผู้ป่วย Vascular dementia มีอาการหลงผิดและหวาดระแวง (paranoid and delusional ideation) ร้อยละ 71.9 พฤติกรรมวุ่นวาย (activity disturbance) ร้อยละ 71.9 พฤติกรรมก้าวร้าว (aggressiveness) ร้อยละ 71.9

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม Alzheimer's disease กับผู้ป่วย Vascular dementia จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วย Alzheimer's disease มีอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอนมากกว่าในผู้ป่วย Vascular dementia ซึ่งตรงกับการศึกษาของ C. Pinto และ R. Seethalakshmi¹⁰

สำหรับความผิดปกติของอารมณ์ (affective disturbance) ในผู้ป่วย Vascular dementia การศึกษาครั้งนี้พบได้ ร้อยละ 13.3 (ทุกรายเป็นภาวะซึมเศร้า) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Ballard C, Neill D และคณะ¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วย Vascular dementia มีภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 19 แตกต่างจากการศึกษาของ Ming-Jang Chui และคณะ⁴ ที่พบความผิดปกติของอารมณ์

(affective disturbance) ในผู้ป่วย Vascular dementia ได้สูงถึงร้อยละ 46.9 และ Ballard C, Bannister C และคณะ¹² ก็พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย Vascular dementia ได้สูงถึงร้อยละ 45

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วย Frontotemporal dementia มีพฤติกรรมวุ่นวาย (activity disturbance) มากที่สุด (ร้อยละ 83.3) รองลงมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว (พบได้เป็นร้อยละ 66.7) ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Ming-Jang Chui และคณะ⁴ ที่พบว่าผู้ป่วย Frontotemporal dementia มีพฤติกรรมวุ่นวาย (activity disturbance) มากที่สุด คือร้อยละ 92.3 รองลงมาคือ พฤติกรรมก้าวร้าว (aggressiveness) พบร้อยละ 69.2

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วย Dementia with Lewy bodies ทุกรายมีอาการหลงผิดและหวาดระแวง (paranoid and delusional ideation) มีอาการประสาทหลอน (hallucinations) ร้อยละ 66.67 และ activity disturbances ร้อยละ 66.67 ผลการศึกษาคล้ายกับการศึกษาของ Klatka LA และคณะ¹³ McKeith IG และคณะ¹⁴ พบว่าปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจที่พบบ่อยใน Dementia with Lewy bodies คืออาการเห็นภาพหลอน และอาการหลงผิด พบอาการหวาดระแวงได้ถึงร้อยละ 80 และอาการประสาทหลอนได้ถึงร้อยละ 60

จะเห็นว่าปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน ความชุกของอาการในการวิจัยครั้งนี้มีความแตกต่างกับการวิจัยในต่างประเทศบ้าง อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนน้อย

ผลของการรักษาหลังจากมารับบริการเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจดีขึ้น ส่วนคะแนน MMSE เฉลี่ยลดลงจากก่อนการรักษาเล็กน้อย ผู้ป่วย Alzheimer's disease ที่ได้รับยา Cholinesterase Inhibitor / NMDA receptor antagonist (19 ราย) มีคะแนน MMSE เฉลี่ยดีขึ้น

เล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ยา (9 ราย) ซึ่งผลที่ได้นี้แตกต่างจากการวิจัยของ L'ancot KL และคณะ¹⁵ Reisberg, B และคณะ¹⁶ Black SE, Doody R และคณะ¹⁷ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนประชากรในการศึกษามีจำนวนน้อยและการประเมินผลการรักษาจากคะแนน MMSE อย่างเดียวนั้น ไม่เพียงพอในการติดตามผลของการรักษา

ยาที่ใช้ในการรักษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ใช้บ่อยที่สุดคือ trazodone (ร้อยละ 45.6) ขนาดยาเฉลี่ยที่ใช้คือ 51.923 มิลลิกรัมต่อวัน โดยใช้ในการรักษาอาการนอนไม่หลับและอาการกระวนกระวายในผู้ป่วย Frontotemporal dementia ยาที่ใช้รองลงมาเป็น haloperidol (ร้อยละ 14.0) ขนาดยาเฉลี่ยที่ใช้คือ 0.937 มิลลิกรัมต่อวัน quetiapine (ร้อยละ 12.3) ขนาดยาเฉลี่ยที่ใช้คือ 41.071 มิลลิกรัมต่อวัน ใช้ในการรักษาอาการโรคจิตและพฤติกรรมก้าวร้าว

สรุป

1. อาการทางคลินิกที่จะช่วยวินิจฉัยแยกภาวะอื่นที่มีอาการคล้ายสมองเสื่อมจากภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุน้อย ไม่มีการเสียหน้าที่ของสมองด้านอื่น (other cognitive impairment) ร่วมด้วย ระยะเวลาป่วยน้อยกว่า 3 เดือน มีประวัติทางจิตเวชมาก่อน ปัญหาความจำมักจะไม่แย่ง และคะแนน MMSE สูง

2. ลักษณะประชากร และปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละชนิด

- ผู้ป่วย Frontotemporal dementia มีอายุเฉลี่ยต่ำกว่าภาวะสมองเสื่อมอื่นๆ

- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alzheimer's disease ร้อยละ 56.18 Vascular dementia ร้อยละ 16.85 Mild cognitive impairment ร้อยละ 7.87 Mixed Alzheimer and Vascular dementia ร้อยละ 6.74) Frontotemporal dementia ร้อยละ 6.74 และ

Dementia with Lewy bodies ร้อยละ 3.37

– ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละชนิด มีความแตกต่างกัน เช่น Alzheimer's disease มีอาการหลงผิดและหวาดระแวง ร้อยละ 66 รองลงมาเป็นปัญหาทางจรรยาบรรณนอนหลับในแต่ละวันเปลี่ยนแปลงไป ร้อยละ 48 และพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 40 ในผู้ป่วย Vascular dementia มีปัญหาทางจรรยาบรรณนอนหลับในแต่ละวันเปลี่ยนแปลงไป ร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 40 มีอาการหลงผิดและหวาดระแวง ร้อยละ 33.3 และพฤติกรรมงุนวาย ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ

– ในผู้ป่วย Frontotemporal dementia มีพฤติกรรมงุนวาย ร้อยละ 83.3 รองลงมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 66.7 มีปัญหาทางจรรยาบรรณนอนหลับในแต่ละวันเปลี่ยนแปลงไป ร้อยละ 50 ตามลำดับ ผู้ป่วย Dementia with Lewy bodies ทุกรายมีอาการหลงผิดและหวาดระแวง มีอาการประสาทหลอน และ พฤติกรรมงุนวาย ร้อยละ 66.67 และผู้ป่วย Mild cognitive impairment มีอาการวิตกกังวลและกลัว ร้อยละ 42.9

3. ผลของการรักษาหลังจากมารับบริการเป็นเวลา 6 เดือน

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไปมีจำนวน 57 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจดีขึ้น และค่า MMSE ลดลงจากเดิมเล็กน้อย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ พญ. ปัทมา ศิริเวช ซึ่งได้ให้แนวคิดและคำปรึกษาในการทำวิจัย และ นางสาวกิ่งดาว ศรีวรรณท์ ที่ช่วยให้คำปรึกษาเรื่องสถิติในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Garcia CA, Reding MJ, Blass JP. Overdiagnosis of dementia. J Am Geriatr Soc 1981; 29(9):407–410.
2. Crigger N, Forbes W. Assessing neurologic function in older patients. AJN 1997; 97(3):37–41.
3. Martin D, Sewell M, Schlechter A: Alzheimer's disease. Accurate and early diagnosis in the primary care setting. Geriatrics 2002; 57:427–433.
4. Chiu MJ, Chen TF, Yip PK, Hua SM, Tang LY. Behavioral and Psychologic Symptoms in Divergent Types of Dementia. J Formos Med Assoc 2006; 105(7):556–62.
5. Mendez MF, Perryman KM, Miller BL, Cummings JL. Behavioral Differences between frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: A comparison on the BEHAVE-AD rating scale. Int Psychogeriatr 1998; 10:155–62.
6. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005593. DOI: 10.1002/14651858.CD005593.
7. Kaycee M. Sink, Karen FH, Kristine Y. Pharmacological Treatment of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia: A Review of the Evidence. JAMA. 2005; 293:596–608.
8. Mendez MF, Selwood A, Mastri AR, Frey WH. Pick's disease versus Alzheimer's disease. A comparison of clinical characteristics. Neurology 1993; 43:289–92.

9. Cumming JL, Miller B, Hill MA, Neshkes R. Neuropsychiatric aspects of multi-infarct dementia and dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol* 1987; 44:389-93.
10. Pinto C. and Seethalakshmi R. Behavioral and Psychological symptoms of dementia in an Indian population: comparison between Alzheimer's disease and vascular dementia. *International Psychogeriatrics* 2006;18:87-93.
11. Ballard C, Neill D, O'Brien J, McKeith IG, Ince P, Perry R. Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia: prevalence and associations. *J Affect Disord* 2000; 59: 97-106.
12. Ballard C, Bannister C, Solis M, Oyeboode F, Wilcock G. The prevalence, associations and symptoms of depression among dementia sufferers. *J affect Disor* 1996; 36:135-44.
13. Klatka LA, Louis ED, Schifer RB. Psychiatric features in diffuse Lewy body disease : A clinicopathologic study using Alzheimer's disease and Parkinson's disease comparison groups. *Neurology* 1996; 47:1148-52.
14. McKeith IG, Fairbairn AF, Bothwell RA, Moore PB, Ferrier IN, Thompson P. An evaluation of the predictive validity and inter-rater reliability of clinical diagnosis criteria for senile dementia of Lewy body type. *Neurology* 1994; 44:872-7.
15. Lancot KL, Herrmann N, Yau KK, Khan LR, Liu BA, LouLou MM et al. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: a meta-analysis. *CMAJ* 2003; 169(6):557-64.
16. Reisberg B, Doody R, Stoffler A, Schmitt F, Ferris S, Mobius HJ et al. Memantine in Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* 2003; 348:1333-41.
17. Black SE, Doody R, Li H, McRae T, Jambor KM, Xu Y et al. Donepezil preserves cognition and global function in patients with severe Alzheimer disease. *Neurology* 2007; 69(5); 459-69.