

# บทความวิชาการ

## การคัดกรองโรคพาร์กินสันสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ลลิตา แก้ววิไล\*

### บทคัดย่อ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคของความเสื่อมทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยโรคหนึ่งในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว เช่น อาการเคลื่อนไหวช้า แข็งเกร็ง ปัญหาเรื่องการทรงตัว และ อาการสั่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล การคัดกรองผู้ป่วยโรคพาร์กินสันรายใหม่ในชุมชนเป็นความท้าทายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน ทักษะการซักประวัติ การตรวจร่างกาย รวมถึงการสังเกตติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นเพื่อส่งต่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจากอายุรแพทย์ต่อไป จุดประสงค์ของบทความนี้ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันรวมถึงพัฒนาทักษะในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการสังเกตอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ ซึ่งเป็นส่วนของการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนให้แก่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคพาร์กินสันรายใหม่ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังชะลอการดำเนินของโรค และลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย

**คำสำคัญ:** โรคพาร์กินสัน/ การตรวจคัดกรอง/ ผู้สูงอายุ/ พยาบาลชุมชน

---

\* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: lalita.kae@mahidol.ac.th

## How Community Nurse Practitioners Screen for Parkinson's Disease in the Community

Lalita Kaewwilai\*

### Abstract

Parkinson's disease is a neurodegenerative disorder commonly found in the elderly. Patients with Parkinson's disease typically exhibit movement problems such as bradykinesia, rigidity, unstable posture, and tremor resulting in a poor quality of life for patients and their families. Screening new Parkinson's disease cases in the community is a challenge for community nurse practitioners because individual patients will present with unique symptoms. Therefore, clinical knowledge about Parkinson's disease, history taking skills, physical examination skills, and observation follow up skills will assist the community nurse practitioner in detecting new cases, with referral to medical doctors for proper medical treatment. The purpose of this article is to develop an understanding of Parkinson's disease and empower community nurse practitioner competencies such as history taking skills, physical examination skills, with a specific skill in observing movement problems necessary to identify new Parkinson's disease cases and delay disease progression and disabilities.

**Keywords:** Parkinson's disease/ Screening for Disease/ Elderly/ Community nurse practitioner

---

Article info: Received December 30, 2018; Revised March 16, 2020; Accepted August 30, 2020.

\* Corresponding Author, Lecturer at Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

## บทนำ

โรคพาร์กินสันเกิดขึ้นจากการเสื่อมของเซลล์ที่ผลิตสารโดปามีนในก้านสมองส่วนที่เรียกว่า Substantia nigra ซึ่งสาเหตุของการเสื่อมนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด<sup>1</sup> เมื่อมีการเสื่อมของ Substantia nigra เกิดขึ้น ทำให้ปริมาณของโดปามีนที่ทำหน้าที่เป็นสารสื่อประสาท มีหน้าที่ในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการทรงตัวในสมองลดน้อยลงจนกระทั่งปริมาณไม่เพียงพอที่จะส่งสัญญาณไปยัง Basal ganglia ส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวจึงขาดความสมดุล<sup>1</sup> โดยอาการหลักของโรคพาร์กินสันจะมีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น อาการเคลื่อนไหวช้า แข็งเกร็ง ปัญหาในเรื่องการทรงตัว และอาการสั่น<sup>1,2</sup> ความชุกของโรคพาร์กินสันจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 1-2 ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป<sup>3,4</sup> และพบว่าอายุ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเกิดโรคพาร์กินสัน<sup>1,2</sup> ประชาชนบางกลุ่มมีความเข้าใจว่าอาการเคลื่อนไหวช้า อาการสั่นนั้นเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือได้รับการวินิจฉัยล่าช้าส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงครอบครัว เกิดภาวะการดูแล การสูญเสียแรงงานจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยหัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของสภากาชาดไทย มีการเสนอข้อมูลว่าร้อยละ 8 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในไทยอายุน้อยกว่า 40 ปี พบว่ามีแนวโน้ม

อุบัติการณ์ของโรคในกลุ่มคนวัยทำงานและวัยกลางคน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการในการคัดกรองโรคพาร์กินสันแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสันในชุมชน ซึ่งเป็นกรให้บริการสาธารณสุขเชิงรุกเพื่อคัดแยกบุคคลที่มีความเสี่ยงมาวินิจฉัยรักษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น<sup>5</sup> เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการบริการตรวจคัดกรองและให้การรักษาดังแต่เริ่มต้นที่มีอาการ ซึ่งช่วยให้สามารถควบคุมอาการของโรคพาร์กินสันและชะลอการดำเนินของโรคได้<sup>6</sup> แม้ว่าโรคพาร์กินสันจะไม่ได้ทำให้เสียชีวิต แต่อาการของโรคส่งผลต่อความมั่นใจในการใช้ชีวิต จากการสั่นเกร็ง และอาจเกิดการหกล้มจากการเดินติดขัดและอาการข้างเคียงของโรคและการรักษา ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและครอบครัว

## อาการของโรคพาร์กินสัน

ก่อนที่ผู้ป่วยจะเริ่มมีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยอาจมีอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติของลำไส้ ระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการดมกลิ่น อารมณ์จิตใจ และปัญหาการนอน (Prodromal non-motor symptoms)<sup>7,8</sup> ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอาจมีปัญหาท้องผูก การไต่กลิ่นลดลง ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ เช่น ย้ำคิดย้ำ ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือปัญหาการนอน ผื่นร้าย ละเอียด ขยับแขนขาอย่างรุนแรงในขณะหลับร่วมด้วย<sup>9</sup> อาการต่างๆ เหล่านี้เป็นอาการแสดงเริ่มต้นที่ผู้ป่วยควรได้รับการคัดกรองโรคพาร์กินสัน

อาการหลักของโรคพาร์กินสันจะมีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (Motor Symptoms)<sup>1,2</sup> คือ

1. อาการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) อาการเคลื่อนไหวช้าเป็นอาการหลักที่เกิดในผู้ป่วยพาร์กินสันทุกราย ผู้ป่วยหรือญาติสามารถสังเกตอาการได้ว่า ผู้ป่วยเคลื่อนไหวช้าลงหรือมีการหยุดชะงักระหว่างการเคลื่อนไหว เช่น การเขียนหนังสือตัวเล็กลง การแกว่งแขนเวลาเดินน้อยลง ซึ่งอาการเคลื่อนไหวช้ามักเกิดในด้านเดียวกันกับด้านที่มีอาการอื่น

2. อาการสั่น (Tremor) เป็นอาการที่สังเกตเห็นได้เด่นชัดแต่อาการสั่นนั้นไม่จำเป็น ต้องพบในผู้ป่วยทุกราย อาการสั่นแบบโรคพาร์กินสันจะเกิดขณะที่มีมืออยู่นิ่งเฉย (Rest tremor) เช่น ขณะที่นั่งดูทีวีอยู่ เป็นต้น อาการสั่นจะลดน้อยลงเมื่อผู้ป่วยใช้มือนั้นทำงาน เช่น เขียนหนังสือหรือดัดอาหาร เป็นต้น

3. อาการแข็งเกร็ง (Rigidity) เป็นอาการที่ผู้ป่วยมีอาการแข็งตึงของแขน ขา และลำตัว ทำให้เคลื่อนไหวลำบาก ปวดตามกล้ามเนื้อ ซึ่งเริ่มที่แขนหรือขาข้างเดียวกันกับด้านที่มีอาการสั่น อาการนี้มักจะเป็นอาการที่ทำให้เกิดความลำบากในผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้า เช่น เดินไปห้องน้ำไม่ทัน ลูกขึ้นยืนได้ยาก พลิกตัวบนเตียงลำบาก เป็นต้น

4. ปัญหาของการทรงตัว (Postural instability) เป็นอาการที่มักเริ่มเกิด 2-5 ปี หลังจากเริ่มมีอาการที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีลักษณะการเดินที่เฉพาะ เช่น ผู้ป่วยพาร์กินสันมักจะเดินซอยเท้า (Shuffle

gait) เดินในลักษณะที่โน้มตัวไปข้างหน้า (Festination gait) และเมื่อกลับตัวขณะเดินผู้ป่วยมักจะกลับทั้งตัวไปพร้อมๆ กัน ร่วมกับซอยเท้าถี่ๆ (En bloc turn) ผู้ป่วยมักจะเดินย่ำเท้าอยู่กับที่เหมือนกับเท้าติดอยู่กับพื้น (Gait freezing) ปัญหาการเดินในลักษณะนี้จะเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันหกล้มง่าย เสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ

นอกจากอาการทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยพาร์กินสันยังมีอาการของระบบอื่นๆ ร่วมด้วย (Non motor symptoms)<sup>1,2</sup> ได้แก่ ภาวะท้องผูกร้อยละ 70-80<sup>9</sup> ปัสสาวะกั้นปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 75<sup>10</sup> ปัสสาวะบ่อยในช่วงเวลากลางคืนร้อยละ 56.7<sup>11</sup> อาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 53.1<sup>11</sup> และปัญหาเรื่องการนอนประมาณร้อยละ 42.8<sup>11</sup> อาการซึมเศร้าประมาณร้อยละ 50<sup>12</sup> และอาการหลงลืมร้อยละ 10-80 ขึ้นอยู่กับระยะของโรค<sup>13</sup> ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง<sup>14</sup>

### การรักษาโรคพาร์กินสัน

ในปัจจุบันมีการพัฒนายาที่ใช้ในการรักษาโรคพาร์กินสันหลายกลุ่ม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะทดแทนสารโดปามีนที่ลดลง การเลือกใช้ยาพาร์กินสันในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระยะเวลาของโรคพาร์กินสัน อายุผู้ป่วย อาการของผู้ป่วย เป็นต้น<sup>1</sup>

1) ยาเลโวโดปา (Levodopa) เป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคพาร์กินสันมากที่สุด จัดเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และจัดเป็น gold standard ในการรักษาโรคพาร์กินสัน<sup>1,4</sup> ในปัจจุบันยาเลโวโดปาที่มีใช้หลายรูปแบบ เช่น

Madopar®, Sinemet® เป็นต้น<sup>1,2</sup> ผลข้างเคียงของยาลิโวโดปา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน มีนศีรษะและความดันโลหิตต่ำ การรับประทานยาลิโวโดปาควรหลีกเลี่ยงการรับประทานร่วมกับอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น นม เนื่องจากโปรตีนสามารถลดการดูดซึมของยาลิโวโดปาได้<sup>1,2</sup>

2) ยาเสริมโดปามีน (Dopamine agonist) ยาเสริมโดปามีนสามารถช่วยเพิ่มระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่รับประทานเฉพาะยาลิโวโดปาอย่างเดียว<sup>1</sup> ในปัจจุบันยาเสริมโดปามีนที่มีใช้หลายรูปแบบ เช่น Sifrol®, Trivastal®, Requip®, Bermergon® เป็นต้น<sup>1,2</sup> ผลข้างเคียงของยาเสริมโดปามีน ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน มีนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ เห็นภาพหลอน ภาวะอาการที่ทำซ้ำๆ และไม่สามารถควบคุมได้ (Punding) ภาวะง่วงนอนหรือหลับทันที และภาวะบวม<sup>1,2,4</sup>

3) ยายับยั้งเอนไซม์ Catechol-O-methyltransferase (COMT inhibitors) ส่งผลให้ยาลิโวโดปานั้นถูกทำลายน้อยลง และส่งผลให้ยาลิโวโดปาเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางมากขึ้น เพื่อเปลี่ยนไปเป็นโดปามีนต่อไป<sup>1,4</sup> ยาที่ยับยั้งเอนไซม์ COMT จะต้องรับประทานร่วมกับยาลิโวโดปาเสมอ เพื่อช่วยลดอาการยาหมดฤทธิ์ก่อนการทานยามื้อถัดไป ยาที่ยับยั้งเอนไซม์ COMT ได้แก่ Comtan®<sup>1,2</sup> ผลข้างเคียงของยาที่ยับยั้งเอนไซม์ COMT ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก ปัสสาวะสีเข้ม<sup>1,2</sup>

4) ยายับยั้งเอนไซม์ Monoamine oxidase isoenzyme type B (MAO-B) มีประสิทธิภาพในการยับยั้งเอนไซม์ MAO-B ส่งผล

ให้ระดับของโดปามีนในระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น<sup>1,2</sup> มีคุณสมบัติในการลดอาการพาร์กินโซนิซึมเพียงเล็กน้อย<sup>1</sup> ยาที่ยับยั้งเอนไซม์ MAO-B ได้แก่ Julab® Jumex®, Sefmex® เป็นต้น<sup>1,2</sup> ผลข้างเคียงของยาที่ยับยั้ง MAO-B ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ สับสน เห็นภาพหลอน สับสนปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน<sup>1,2</sup>

5) ยา Anticholinergics ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างสารสื่อประสาทโดปามีนและ acetylcholine ในระบบประสาทส่วนกลาง<sup>1</sup> ยา anticholinergics มีประสิทธิภาพในการลดอาการสั่น ยา anticholinergics ได้แก่ ACA®<sup>1,2</sup> ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ตาพร่า หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะลำบาก คลื่นไส้ ท้องผูก และปากแห้ง<sup>1,2</sup> การใช้ยา anticholinergics ในผู้ป่วยที่มีภาวะหลงลืมอาจส่งผลให้การแย่ง หรือมีอาการสับสนได้<sup>1,2</sup>

### ตัวอย่างรูปแบบการบริหารจัดการการคัดกรองโรคพาร์กินสัน

ในต่างประเทศได้มีการบริหารจัดการในการคัดกรองโรคพาร์กินสันหลากหลายรูปแบบ เช่น การส่งแบบสอบถามไปที่บ้านผู้สูงอายุก่อนเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคพาร์กินสัน หากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน ผู้สูงอายุจะได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคพาร์กินสันอีกครั้งหนึ่ง<sup>15</sup> อย่างไรก็ตามการคัดกรองแบบนี้มีค่าใช้จ่ายที่สูงและผู้สูงอายุอาจจะไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบคัดกรอง อีกวิธีการหนึ่งคือการทบทวนแฟ้มประวัติของผู้ป่วยซึ่งเป็นวิธีการที่ง่ายต่อการคัดกรอง แต่ก็มีข้อเสีย

เนื่องจากผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นซึ่งไม่มีอาการแสดงชัดเจนอาจไม่ได้มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการคัดกรอง<sup>15</sup> ดังนั้นเพื่อแก้ไขข้อจำกัดต่างๆ Abbas และคณะ<sup>15</sup> ได้แนะนำให้ดำเนินการคัดกรองเป็น 2 ระยะ คือ ส่งแบบสอบถามไปที่บ้านของผู้สูงอายุตามช่วงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสันของประชากรในประเทศ และหากผลการตอบแบบสอบถามเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวมาพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อวินิจฉัยอีกครั้งหนึ่ง

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิธีการคัดกรองโรคพาร์กินสันในประเทศต่างๆ เช่น ในประเทศอังกฤษได้ดำเนินโครงการศึกษาวิจัย PREDICT-PD<sup>16</sup> เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสันของประชากรอังกฤษโดยวิธีการส่งแบบสอบถามทางอินเทอร์เน็ตให้กับผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปีเพื่อตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับประวัติครอบครัว อาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวต่างๆ และพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับแบบประเมินภาวะวิตกกังวล และประเมินการนอนหลับ หลังจากนั้นผู้สูงอายุจะได้รับการตรวจวัดอาการเคลื่อนไหวช้า จากการพิมพ์แป้นคีย์บอร์ดด้วยโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาขึ้น นอกจากนี้ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับแบบทดสอบการดมกลิ่น (University of Pennsylvania Smell Identification Test: UPSIT) เพื่อทดสอบว่าสูญเสียการดมกลิ่นหรือไม่ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางอัลกอริทึม จากการศึกษาวิจัยนี้พบว่าวิธีการนี้สามารถคัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

ต่อการเกิดโรคพาร์กินสันได้ แต่มีข้อจำกัดบางประการเช่นข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ทางอัลกอริทึมเป็นข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม อาจเกิดความไม่เที่ยงตรงของข้อมูลทั้งจากการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมโครงการ หรือจากการประเมินอาการที่ไม่ได้มีผลการยืนยันทางคลินิกอีกครั้งหนึ่ง จึงมีความเสี่ยงต่อการวิเคราะห์ที่ไม่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามวิธีการนี้ก็เป็นอย่างอื่นวิธีการคัดกรองที่สามารถคัดกรองได้ในประชากรกลุ่มใหญ่ และเป็นวิธีที่สามารถดำเนินการได้ง่าย และเสียค่าใช้จ่ายน้อย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศอื่นๆ เช่น การศึกษาในประเทศแคนาดา<sup>7</sup> ได้พัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคพาร์กินสันโดยการประชาสัมพันธ์ทางหนังสือพิมพ์เพื่อให้ตอบคำถามเพียง 1 คำถามเกี่ยวกับการนอนหลับว่ามีปัญหาการนอนฝันร้าย ชยับตัวตามความฝันหรือละเมอทำร้ายผู้อื่นหรือไม่ (REM Sleep Behavior Disorder: RBD) หากมีอาการผู้ตอบแบบสอบถามจะได้รับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เกี่ยวกับปัญหาการนอนอีกครั้งหนึ่ง โดยมีผู้ที่ได้รับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จำนวน 40 ราย จาก 111 ราย หลังจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีปัญหาการนอนหลับจะได้รับการตรวจความผิดปกติในการนอนอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 12 รายจาก 19 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาการนอน (REM Sleep Behavior Disorder: RBD) มีอาการนำของโรคพาร์กินสัน ซึ่งวิธีการคัดกรองวิธีการนี้สามารถใช้ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้เช่นกัน

สำหรับประเทศไทยได้มีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองโรคพาร์กินสันฉบับภาษาไทย ซึ่งได้ปรับปรุงข้อความจากเครื่องมือคัดกรองโรคพาร์กินสันจากการศึกษาของ Chan และคณะ<sup>17</sup> เนื่องจากได้ทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล ซึ่งมีความเหมาะสมต่อการคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยง เครื่องมือคัดกรองโรคพาร์กินสันฉบับภาษาไทยมีข้อความทั้งหมด 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการพาร์กินสัน ได้แก่ อาการเคลื่อนไหวลำบาก อาการสั่น สีหน้าเรียบเฉย และปัญหาการทรงตัว ซึ่งได้รับการทดสอบความแม่นยำในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงของโรคพาร์กินสันในประชากรไทยมีค่า sensitivity และ specificity ที่ 0.88 และ 0.95 ตามลำดับ<sup>18</sup> การคัดกรองโรคพาร์กินสันอาจเริ่มต้นดำเนินการคัดกรองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เนื่องจากความชุกของโรคพาร์กินสันจะสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น<sup>1</sup> ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีการพัฒนาแบบการให้บริการคัดกรองผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน อย่างไรก็ตามรูปแบบการบริการสามารถประยุกต์ใช้จากรูปแบบการให้บริการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น

### **บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการคัดกรองโรคพาร์กินสัน**

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถพัฒนาระบบการคัดกรองโดยการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพาร์กินสันแก่ชุมชน โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ ส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสังเกตอาการการเคลื่อนไหวที่

ผิดปกติที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของครอบครัว และชุมชน การให้บริการตรวจคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง การให้คำปรึกษาและส่งต่ออายุรแพทย์เพื่อวินิจฉัยรักษาต่อไป โดยมีแนวทางในการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แก่นนำสุขภาพในตำบล ในการติดตามดูแลประชาชนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังที่มีความยั่งยืน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนชุมชนควรประสานงาน เตรียมความรู้และความพร้อมของ อสม. แก่นนำสุขภาพในตำบล ให้เข้าใจถึงบทบาทของตนเอง มีความมั่นใจในด้านความรู้พื้นฐานของโรคพาร์กินสัน การใช้เครื่องมือคัดกรองและการแจ้งผลคัดกรอง และควรมีการฟื้นฟูความรู้ให้แก่ อสม. และแก่นนำสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของชุมชน<sup>19</sup>

2. รณรงค์ให้เกิดความตระหนักและสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และอาศัย อสม. แก่นนำสุขภาพในตำบล เครือข่ายสังคมที่มีอยู่ตามธรรมชาติเป็นแกนนำในการถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันจากการประยุกต์แนวคิดเครือข่ายทางสังคมและแบบแผนสุขภาพในการคัดกรองโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่าเครือข่ายสังคมที่มีอยู่ตามธรรมชาติเป็นแกนนำที่มีประสิทธิภาพในถ่ายทอดข้อมูลเรื่องโรค การคัดกรองโรคแก่สมาชิกเครือข่ายเป็นรายบุคคล และส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงประโยชน์ และข้อเสียของการรับการคัดกรอง ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจ

โรคได้ดียิ่งขึ้น สามารถทำให้ประชาชนรับรู้ว่าคุณมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการคัดกรอง<sup>19</sup>

3. ค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ด้วยการคัดกรองในประชาชนที่มีอายุมากกว่า 60 ขึ้นไป การคัดกรองโรคพาร์กินสันนั้นสามารถให้อสม. ดำเนินการได้ในหมู่บ้านด้วยเครื่องคัดกรองโรคพาร์กินสันที่ได้รับการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย<sup>2,13</sup>

3.1 หากไม่พบความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสัน จากการประเมินด้วยแบบคัดกรอง อสม. ควรให้ความรู้แก่ผู้ที่ได้รับการคัดกรอง รวมถึงสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับอาการของโรคพาร์กินสัน เพื่อให้สังเกตอาการด้านการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับสมาชิกของครอบครัว และชุมชน หากเริ่มมีอาการทางด้านการเคลื่อนไหว แนะนำให้มาปรึกษาแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วตั้งแต่เริ่มมีอาการ ด้วยวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรได้รับการคัดกรองโรคพาร์กินสันซ้ำในทุกๆ 1 ปี

3.2 หากพบความเสี่ยงจากการประเมินด้วยแบบคัดกรอง อสม. ควรส่งต่อให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพาร์กินสันเป็นรายบุคคล นอกจากการประเมินความเสี่ยงด้วยแบบคัดกรองแล้วพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรชักประวัติ และตรวจร่างกายเพิ่มเติม เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน

## การชักประวัติและการตรวจร่างกายเบื้องต้น

การชักประวัติที่นัพยาบาลควรเริ่มชักประวัติตั้งแต่ ประวัติทั่วไป อายุ อาชีพ ประวัติครอบครัว ประวัติการรับประทานยา ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเริ่มต้นและอาการปัจจุบันและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ<sup>1,2,4</sup>

1. อายุ อายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคพาร์กินสัน เมื่ออายุมากขึ้นจะมีโอกาสพบโรคพาร์กินสันมากขึ้น<sup>1,2,4</sup>

2. ประวัติครอบครัว ความผิดปกติทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคพาร์กินสันในคนอายุน้อย<sup>1</sup>

3. อาชีพ อาชีพที่สัมผัสสารเคมีหรือยาฆ่าแมลงจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสันมากกว่าอาชีพอื่นถึง 3 เท่า ดังนั้นพยาบาลควรชักประวัติเกี่ยวกับการสัมผัสกับสารเคมีหรือยาฆ่าแมลง เช่น พาราควอท (Paraquat) เพอร์เมทริน (Permethrin)<sup>1</sup> นอกจากนี้อาชีพที่ได้รับการกระทบกระเทือนของศีรษะอย่างรุนแรง เช่น นักมวย หากได้รับการกระทบทางศีรษะรุนแรงและหมดสตินานเกินกว่า 5 นาทีจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า<sup>1</sup>

4. ประวัติการรับประทานยา เนื่องจากยาบางกลุ่มอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการพาร์กินโซนิซึมได้ ยาที่พบว่าใช้บ่อย ได้แก่ ยาแก้อาการเวียนศีรษะ เช่น ฟลูนาริซีน (Flunarizine) ซินนาริซีน (Cinnarizine) ยาสำหรับโรคจิตเวช เช่น ฮาโลเพอริดอล (Haloperidol) ริสเพอริโดน (Risperidone) ยาแก้แพ้อาเจียนกลุ่ม เมโทโคลปรามิด (Metoclopramide) ยาลดความดันโลหิตสูง



กลุ่มรีเซอพิน (Reserpine) เมทิลโดปา (Methyldopa) แอมโลดิพิน (Amlodipine)<sup>1</sup> หากพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาในกลุ่มนี้อยู่ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดยา และประเมินอาการทางด้านอาการเคลื่อนไหวอีกครั้งหนึ่ง หลังจากหยุดรับประทานยา หากพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการเคลื่อนไหวผิดปกติแล้ว แสดงว่า อาการพาร์กินโซนิซึมที่พบนั้นเกิดจากการใช้ยา (Drug induced Parkinsonism)<sup>1</sup>

นอกจากการซักประวัติแล้วพยาบาลควรตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนให้แพทย์ในการวินิจฉัยแยกโรคพาร์กินสันออกจากโรคอื่นๆ วิธีการตรวจร่างกายสามารถทำได้โดยการสังเกตอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของผู้ป่วย โดยมีวิธีการสังเกตอาการเคลื่อนไหวผิดปกติต่างๆ<sup>1,2</sup> ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้ป่วยในท่านั่ง โดยให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง ไม่มีที่รองแขน แล้วให้ผู้ป่วยวางมือบนโต๊ะ หรือบนหน้าขาตัวเอง เพื่อตรวจอาการสั่นขณะอยู่เฉย (Rest tremor) โดยขณะตรวจ อาจเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยโดยการให้นับเลขถอยหลัง เช่น 10-1 หรือให้นับวัน หรือเดือน ย้อนหลัง อาการสั่น อาจเกิดขึ้นที่มือข้างใดข้างหนึ่งก่อน อาการสั่นโดยส่วนใหญ่จะเริ่มที่มือ โดยเฉพาะที่ปลายนิ้ว คล้ายกำลังปั่นเม็ดยา (Pill-rolling tremor) อาการสั่นที่มักจะสับสนระหว่างโรคพาร์กินสัน คือ อาการสั่นของโรค Essential tremor ซึ่งลักษณะอาการสั่นจะแตกต่างกันออกไป อาการสั่นของโรค Essential tremor ลักษณะการสั่นคือ สั่น

ขณะใช้มือทำงาน เช่น ตักข้าว หยิบสิ่งของ และมักจะสั่นเริ่มพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง

ขั้นตอนที่ 2 ให้ผู้ป่วยยกแขนขึ้นในท่าเหยียดแขนไปทางด้านหน้า แล้วสังเกตอาการสั่น อาการสั่นของโรคพาร์กินสันจะลดน้อยลงเมื่อเทียบกับอาการสั่นขณะอยู่เฉย และอาการสั่นอาจเกิดขึ้นได้หลังจากยกแขนขึ้นหลายวินาที (Re-emergent tremor)

ขั้นตอนที่ 3 ให้ผู้ป่วยเคาะนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ต่อเนื่องนาน 10 วินาที โดยให้ผู้ป่วยพยายามทำให้กว้าง และ เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วสังเกตอาการการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) หรือความกว้าง (Amplitude) ที่ลดลงเมื่อทำกิจกรรมต่อเนื่อง (Motor decay)

ขั้นตอนที่ 4 ให้ผู้ป่วยกำมือสลับแบมือนาน 10 วินาทีโดยให้ผู้ป่วยพยายามทำให้กว้าง และ เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วสังเกตอาการการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) หรือความกว้าง (Amplitude) ที่ลดลงเมื่อทำกิจกรรมต่อเนื่อง (Motor decay)

ขั้นตอนที่ 5 ให้ผู้ป่วยคว่ำมือสลับหงายมือนาน 10 วินาทีโดยให้ผู้ป่วยพยายามทำให้กว้าง และเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วสังเกตอาการการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) หรือความกว้าง (Amplitude) ที่ลดลงเมื่อทำกิจกรรมต่อเนื่อง (Motor decay)

ขั้นตอนที่ 6 ให้ผู้ป่วยเคาะส้นเท้ากับพื้นนาน 10 วินาทีโดยให้ผู้ป่วยพยายามทำให้สูง และ เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วสังเกตอาการการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) หรือความ

กว้าง (Amplitude) ที่ลดลงเมื่อทำกิจกรรมต่อเนื่อง (Motor decay)

ขั้นตอนที่ 7 ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ผู้ตรวจหมุนแขน/ขาและศีรษะเพื่อตรวจดูแรงต้านในทุกทิศทาง ทั้งงอ/เหยียด คว่า/หงายสังเกตอาการแข็งเกร็งจากการเพิ่มขึ้นของแรงต้านทานเท่ากันตลอดการเคลื่อนไหวไม่ว่าจะช้าหรือเร็ว อาการแข็งเกร็งเป็นจังหวะเหมือนซี่ล้อเกวียน (Cogwheel rigidity) ขณะตรวจให้ผู้ป่วยกำมือด้านตรงข้ามกับแขน/ขา ด้านที่ตรวจเพื่อเปรียบเทียบความสนใจผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 8 ให้ผู้ป่วยเอามือกอดอกแล้วลุกขึ้นยืน ผู้ตรวจสังเกตการทรงตัวว่าสามารถลุกขึ้นจากเก้าอี้ได้อย่างลำบากหรือไม่ มีอาการเซ ขณะลุกขึ้นยืนหรือไม่

ขั้นตอนที่ 9 ให้ผู้ป่วยเดินไปข้างหน้าประมาณ 10 เมตร แล้วหมุนตัวกลับ ผู้ตรวจสังเกตลักษณะการเดินของผู้ป่วยต่อไปนี้

- ผู้ป่วยแกว่งแขนที่น้อยลงขณะเดิน แขนอาจแกว่งแขนน้อยลงข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง

- ลำตัวของผู้ป่วยตัวโน้มไปข้างหน้าขณะเดิน (Stoop posture or camptocormia)

- ผู้ป่วยเดินก้าวสั้น ซอยเท้าถี่ (Shuffling)

- ผู้ป่วยเดินโน้มไปข้างหน้าตามแรงโน้มถ่วงก้าวสั้นลงเรื่อยๆ (Festination)

- ผู้ป่วยหมุนตัวไปทั้งตัวขณะหันหลังกลับตัว (Turn en bloc)

- ผู้ป่วยเดินแล้วขาดิดพื้นก้าวขาไม่ออก (Freezing of gait)

ขั้นตอนที่ 10 ให้ผู้ป่วยยืนกางขากว้างประมาณระยะไหล่ 2 ข้าง ผู้ตรวจตรวจการทรงตัวโดยการดึงตัวผู้ป่วยบริเวณไหล่ จากด้านหลัง (Pull test) หากผู้ป่วยถอยหลังมากเกิน 2 ก้าวหรือล้มไปข้างหลัง แสดงว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการทรงตัว

ผู้ป่วยพาร์กินสันแต่ละรายจะมีอาการที่ตรวจพบเมื่อตรวจร่างกายผู้ป่วยแตกต่างกัน ดังนั้นหากพยาบาลเข้าใจลักษณะอาการของโรคพาร์กินสัน จะช่วยให้สามารถซักประวัติ และสังเกตอาการการเคลื่อนไหวผิดปกติของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น การวินิจฉัยโรคพาร์กินสันในปัจจุบันอายุแพทย์ได้ใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคพาร์กินสันของ United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank (UKPDSBB)<sup>1</sup> คือ ตรวจหาอาการพาร์กินโซนิซึม โดยผู้ป่วยต้องมีอาการช้า (Bradykinesia) เป็นอาการหลัก จากนั้นจึงซักประวัติเพื่อแยกโรคพาร์กินสันออกจากกลุ่มอาการพาร์กินโซนิซึมอื่นๆ และหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติซับซ้อนแพทย์อาจพิจารณาการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ซึ่งขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจในการส่งตรวจที่เหมาะสมต่อไป<sup>1</sup> อย่างไรก็ตามสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ผู้มีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า มีความผิดปกติต่างๆ เช่น ท้องผูก ปัญหาการนอนหลับ ตลอดจนการได้กลิ่นลดลง (Hyposmia) ที่อยู่ในวัยเกิน 40 ปีขึ้นไป ควรจะได้รับการประเมินคัดกรองด้วย**บทสรุป**

การให้ความรู้และการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสันในชุมชนเป็น

บทบาทสำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อค้นหาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะต้นชะลอการดำเนินของโรค และลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการคัดกรองโรคพาร์กินสัน รวมถึงพัฒนาทักษะในการคาดการณ์การเกิดโรคพาร์กินสันเบื้องต้น จากอาการชักประวัติ ตรวจร่างกาย และสังเกตอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ หากพบอาการเหล่านี้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อลดความวิตกกังวลต่อการเกิดโรคพาร์กินสัน และ

ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่เหมาะสมจากแพทย์

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นส่วนสำคัญของทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกับ อสม. ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงองค์กร เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนในด้านการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ดียิ่งขึ้น

## References

1. Bhidayasiri R. Clinical Practice Guideline for Diagnosis and Management of Parkinson's disease. Bangkok: Chulalongkorn Centre of Excellence for Parkinson's Disease & Related Disorders. Chulalongkorn Hospital. Thai Red Cross Society; 2011. (in Thai)
2. Boonrod N, Boonpeng K, Bhidayasiri R. Parkinson's Disease Nursing Handbook. Bangkok: Chulalongkorn Centre of Excellence for Parkinson's Disease & Related Disorders. Chulalongkorn Hospital. Thai Red Cross; 2016 (in Thai)
3. De Lau LM, Breteler MM. Epidemiology of Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2006; 5(6): 525-35.
4. Vernon GM. Parkinson Disease and the Nurse Practitioner: Diagnostic and Management Challenges. *The Journal for Nurse Practitioners* 2009; 5(3): 195-206.
5. Na Nakorn R. Benefits and Cautions for Health Screening. *Journal of Health Systems Research* 2013; 7(3): 325-30. (in Thai)
6. Prachublarb C. Competencies in Caring Patients with Parkinson's Disease. *J Royal Thai Army Nurses* 2015; 16(1): 1-7. (in Thai)

7. Postuma RB, Pelletier A, Berg D, Gagnon J-F, Escudier F, Montplaisir J. Screening for prodromal Parkinson's disease in the general community: a sleep-based approach. *Sleep Medicine* 2016; 21:101-5. doi.org/10.1016/j.sleep.2015.12.016.
8. Pellicano C, Benincasa D, Pisani V, Buttarelli FR, Giovannelli M, Pontieri FE. Prodromal non-motor symptoms of Parkinson's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2007; 3(1): 145-52.
9. Jost WH. Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's Disease. *Journal of the neurological sciences* 2010; 289(1-2): 69-73.
10. Kristian W, Clare J F. Bladder Dysfunction in Parkinsonism: Mechanisms, Prevalence, Symptoms, and Management. *Movement Disorders* 2006; 21(6): 737-45.
11. Bhidayasiri R, Mekawichai P, Jitkriksadukul O, Panyakaew P, Kaewwilai L, Boonrod N, et al. Nocturnal journey of body and mind in Parkinson's disease: the manifestations, risk factors and their relationship to daytime symptoms. Evidence from the NIGHT-PD study. *Journal of neural transmission* (Vienna, Austria: 1996) 2014; 121 Suppl 1: S59-68.
12. Burn DJ. Beyond the iron mask: Towards better recognition and treatment of depression associated with Parkinson's disease. *Movement disorders* 2002; 17(3): 445-54.
13. Aarsland D, Kurz MW. The epidemiology of dementia associated with Parkinson disease. *Journal of the Neurological Sciences* 2010; 289(1): 18-22.
14. Santos-García D, de la Fuente-Fernández R. Impact of non-motor symptoms on health-related and perceived quality of life in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences* 2013; 332(1-2): 136-40.
15. Abbas MM, Xu Z, Tan LC. Epidemiology of Parkinson's Disease East Versus West. *Mov Disord Clin Pract* 2018; 5: 14-28.
16. Noyce AJ, Bestwick JP, Silveira-Moriyama L, Hawkes CH, Knowles CH, Hardy J, Giovannoni G, Nageswaran S, Osborne C, Lees AJ, Schrag A. PREDICT-PD: identifying risk of Parkinson's disease in the community: methods and baseline

- results. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014; 85(1): 31-7.
17. Chan DK, Hung WT, Wong A, Hu E, Beran RG. Validating a screening questionnaire for parkinsonism in Australia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 69(1): 117-20.
18. Setthawatcharawanich S, Sathirapanya P, Phabphal K, Limapichat K. Short questionnaire for Parkinson's disease as a screening instrument. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2011; 113(10): 885-8.
19. Luevanich C. Hypertension: Pattern for Screening the Health Silent Killer. *Journal of Yala Rajabhat University* 2553; 5(1): 71-86. (in Thai)

## ภาคผนวก

แบบสอบถามเพื่อคัดกรองโรคพาร์กินสัน<sup>2</sup>

คำชี้แจง: โปรดกาเครื่องหมายกากบาท (x) ลงในช่องว่างที่ตรงกับอาการของท่านใน 1 เดือนที่ผ่านมา

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1. ท่านงุ่มง่ามมากขึ้น หรือลำบากขึ้นในการใช้มือทำงานเช่น ตัดกระดาษ ปิดลูกบิด ใช้ไขควง (อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ข้ออักเสบหรือ อัมพฤกษ์)	<input type="checkbox"/> (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)	
2. ท่านมีอาการสั่นของมือ แขน ขา หรือ ศีรษะ	<input type="checkbox"/> (4 คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)	
3. ท่านมีน้ำลายสอจะไหลเมื่ออ้าปากเล็กน้อย หรือไม่มีอาการแสดงทางสีหน้า (หน้าตาย หรือเหมือนหน้ากาก)	<input type="checkbox"/> (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)	
4. ท่านเสียการทรงตัวขณะหมุนตัว	<input type="checkbox"/> (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)	
5. ท่านกำลังรับประทานยาแก้อาการเวียนศีรษะ กลุ่ม Cinnarizine , Flunarizine /ยาสำหรับโรคจิตเวช เช่น Haloperidol, Risperidone ยาแก้แพ้จาเจียนกลุ่ม Metoclopramide ยาลดความดันโลหิตสูงกลุ่ม Reserpine, Methydoxa, Amlodipine	หากรับประทานยาในกลุ่มนี้ ให้ระวังอาการพาร์กินสันที่เกิดจากยา (Drug induce parkinsonism) แนะนำให้หยุดยาในกลุ่มนี้ และสังเกตอาการ		
<b>รวมคะแนน</b> คะแนน 0-5 ไม่พบความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสัน คะแนน 6-10 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสัน แนะนำให้ผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม			