



การป้องกันภาวะสมองเสื่อม THE PREVENTION OF DEMENTIA

มุกดา หนูยศรี

Mukda Nuysri

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
School of Nursing, Sukhothai Thammatirat Open University

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านความคิดและสติปัญญา ภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของเซลล์ประสาทในสมองและความผิดปกติจากส่วนอื่นของร่างกายที่ส่งผลให้สมองทำหน้าที่ผิดปกติ ส่วนปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้และปรับเปลี่ยนไม่ได้ ภาวะสมองเสื่อมมีอาการความจำเสื่อมเป็นอาการเด่น และมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ โดยอาการจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จากระยะเริ่มแรกมีเพียงความผิดพลาดในอาชีพ การงานและสังคมบ่อยขึ้นเรื่อย ๆ ระยะกลางจะเกิดความสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระยะสุดท้ายมีอาการรุนแรงมากจนไร้สมรรถภาพทุกอย่างและจำตัวเองไม่ได้ การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกใช้แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย การป้องกันภาวะสมองเสื่อมต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รับประทานอาหารบำรุงสมอง หลีกเลี่ยงยา อาหาร หรือกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสมอง ทำกิจกรรมสม่ำเสมอ เข้าสังคม ฝึกสติปัญญา และตรวจสุขภาพประจำปี และรักษาโรคประจำตัวอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อม, ปัจจัยเสี่ยง, การป้องกัน

Abstract

Dementia is a chronic disease that is more common in the elderly. Symptoms are caused by abnormalities in brain function and cognitive intelligence. Dementia is induced by a disorder of the nerve cells in the brain and disorders from other parts of the body that result in brain dysfunction. The risk factors of dementia include the changeable and unchangeable factors. The dominant symptom of dementia is memory loss. Symptoms include the gradual growing worse of the behavior, personality and mood. The symptoms will gradually progress from the early stage, which is frequently error in work and social activity, to the middle stage, which loss of activity in daily living, and then to the last stage which disable in all activities and inability to recognize himself. The dementia questionnaire: The Activity of Daily Living Index, and the Thai version of Mini-Mental State Examination is used for screening for dementia in the initial stage. The preventive strategies of dementia consist of controlling the risk factors of cardiovascular disease, consuming foods to nourish the brain, avoiding drugs, beverages and activities that can harm the brain, doing regular physical activities, joining social activities, cognitive training, having an annual physical examination, and having medical treatment of underlying disease with doctors regularly.

Keywords : Dementia, risk factors, prevention

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านการคิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ รวมถึงมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน (abstract thinking) ลดลง จนรบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลเสียต่อการทำงาน สังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (สถาบันประสาทวิทยา, 2557) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าใน ค.ศ.2012 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมเกือบ 35.6 ล้านคน และจะเพิ่มเป็นสองเท่า (65.7 ล้านคน) และสามเท่า (115.4 ล้านคน) ใน ค.ศ. 2030 และ ค.ศ. 2050 ตามลำดับ ภาวะสมองเสื่อมพบได้ทุกประเทศทั่วโลก มากกว่าครึ่งของผู้ป่วย (ร้อยละ 58) อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และคาดว่าผู้ป่วยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 70 ใน ค.ศ. 2050 ปัจจุบันโลกต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากกว่าปีละ 604 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (WHO, 2012)

ในประเทศไทย มีรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมในคนไทยร้อยละ 12 โดยคาดประมาณว่า มีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในไทยประมาณ 880,000 คน (วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, หทัยชนก พรระคะเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, และ กนิษฐา ไทยกล้า, 2553) ภาวะสมองเสื่อมเกิดได้ในประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2558) โอกาสเกิดโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (Larson, Yaffe, & Langa, 2013) โดยผู้มีอายุ 65-74 ปี และ 75-84 ปี เป็นโรคสมองเสื่อมร้อยละ 3 และร้อยละ 19 ตามลำดับ ผู้มีอายุมากกว่า 85 ปี เกือบครึ่งมีภาวะสมองเสื่อม (Umphred, Lazaro, Roller, & Burton, 2012)

ในประเทศไทยนั้นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.4 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 15.1 และ 9.8 ตามลำดับ) และพบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ความชุกของภาวะสมองเสื่อมก็เพิ่มมากขึ้นด้วย โดยในช่วงอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 7.1, 14.7 และ 32.5 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2553) ใน ค.ศ. 2013 มีผู้เสียชีวิตด้วยภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกถึง 1.70 ล้านคน (GBD 2013 Mortality and Causes of Death, Collaborators, 2015) เนื่องจากคนมีอายุยืนยาวขึ้น (Larson, Yaffe, & Langa, 2013) ภาวะสมองเสื่อมยังเป็นสาเหตุของการไร้ความสามารถในผู้สูงอายุมากที่สุด (Burns, 2009) ทำให้โลกต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นภาวะสมองเสื่อมยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และสังคมที่ซับซ้อนและรุนแรง เนื่องจากผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ และขาดความมั่นใจในตนเองจากการสูญเสียความสามารถในการรู้คิด และการตัดสินใจ เมื่ออาการมากขึ้นก็ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และนำไปสู่การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในที่สุด อีกทั้งยังมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น (Mayo Clinic Staff, 2015) นอกจากนั้นญาติผู้ดูแลยังได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมโดยตรง โดยเฉพาะการที่ต้องรองรับปัญหาทางจิต อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย สูญเสียโอกาสในการทำงานและมีรายได้ลดลง (Murray, 2014) นอกจากนั้น ภาวะสมองเสื่อมยังเพิ่มภาระในการดูแลแก่สังคมเนื่องจากต้องนำเข้ายาจากต่างประเทศที่มีราคาแพง ทำให้สูญเสียรายได้ของประเทศชาติอีกด้วย

ภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ประเภทคือ 1) Primary dementia เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมลงของเซลล์สมอง

ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ซึ่งเป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด สมองเสื่อมประเภทนี้อาการจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ 2) Secondary dementia เกิดจากโรคต่าง ๆ ที่ทราบสาเหตุ เป็นผลจากโรคทางกายที่มีผลกระทบทำให้สมองเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคติดเชื้อต่าง ๆ ขาดวิตามินบี 12 โรคทางเมตาบอลิซึม (ไทรอยด์ เบาหวาน) โพรงสมองขยายใหญ่ โรคจากสารพิษและยา เป็นต้น ซึ่งประเภทที่ 2 นี้ หากรักษาสาเหตุให้หายได้ อาการสมองเสื่อมก็จะหายไปด้วย (Larson, Yaffe, & Langa, 2013) แม้ว่าภาวะสมองเสื่อมประเภทแรกจะไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่เชื่อว่าการลดปัจจัยเสี่ยงจะช่วยชะลอการดำเนินโรค และมีผลให้อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมลดลง (Larson, Yaffe, & Langa, 2013) จึงมีความจำเป็นที่ทุกประเทศจะต้องให้ความสำคัญกับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) เสนอให้ทุกประเทศจัดทำโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับชาติ โดยเน้นการวินิจฉัยโรคในระยะแรกเริ่ม การกระตุ้นให้สังคมตระหนักถึงความสำคัญของโรค ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมและการคัดกรองหรือประเมินการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก เพื่อให้การบำบัดและฟื้นฟูความสามารถในการคิดและสติปัญญาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญ คนไทยจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแก่ครอบครัวและสังคมไทยในอนาคต

อย่างไรจึงจะเรียกว่าสมองเสื่อม

สมองเสื่อมหรือที่รู้จักกันว่า “ชรา (senility)” (Wikipedia, 2015) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของความจำ (memory) การคิด (thinking) และความสามารถด้านสังคม (social abilities) อย่างรุนแรง จนรบกวนการทำหน้าที่ใน

ชีวิตประจำวัน การจะบอกได้ว่ามีภาวะสมองเสื่อมสมองเสื่อมต้องทำหน้าที่ได้ดี แล้วเลวลงเรื่อย ๆ ในระดับที่มากเกินไปจะเกิดจากความชรา จนมีผลต่อการใช้ชีวิตทั้งด้านการงานและส่วนตัว โดยสมองจะต้องสูญเสียหน้าที่อย่างน้อย 2 ประการ ได้แก่ 1) ความสามารถในการจำ 2) ความสามารถในการคิด/การใช้เหตุผล 3) ความสามารถในการใช้ภาษาและ 4) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง เช่น การจ่ายเงิน การจดจำเส้นทางขับรถ เป็นต้น การสูญเสียความจำอย่างเดียวไม่ได้หมายความว่าสมองเสื่อม เพราะการลืมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ (Mayo Clinic Staff, 2015) ปกติสมองจะจำได้เมื่อมีการบันทึก แต่ถ้าทำอะไรเร็ว ๆ หรือหลายอย่างในช่วงเวลาสั้น ๆ สมองยังไม่ได้บันทึกจึงทำให้จำไม่ได้ แต่ถ้าทำเป็นเวลานานสมองจะบันทึกโดยอัตโนมัติ ภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ ภาษา และแรงจูงใจ แต่ไม่มีผลกระทบต่อระดับความรู้สึกตัว (consciousness)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ดังนี้

1. สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

1.1 ความผิดปกติของเซลล์ประสาทในสมอง ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทในสมอง (neurodegenerative) เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน เป็นต้น (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2558) หรือเซลล์ประสาทในสมองถูกทำลายและอาจจะเกิดในสมองหลายบริเวณ โดยจะมีผลกระทบต่อบุคคลแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ผิดปกติ (Mayo Clinic Staff, 2015)

1.2 ความผิดปกติจากส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ความผิดปกติจากส่วนอื่นของร่างกายที่ส่งผลให้สมองทำหน้าที่ผิดปกติ ได้แก่ ปัญหาหลอดเลือดสมอง ความแปรปรวนของระบบในร่างกาย เช่น โรคของต่อมไทรอยด์ โรคตับ โรคไต ภาวะ

ขาดสารอาหาร โดยเฉพาะภาวะขาดวิตามินบี 1 ในผู้ดื่มสุราเป็นประจำ ภาวะขาดวิตามินบี 12 จากการรับประทานอาหารมังสวิรัตมานานกว่า 10 ปี หรือถูกตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กออกบางส่วน การติดเชื้อในสมอง เช่น ซิฟิลิส เอชไอวี สมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น การถูกกระทบกระแทกที่สมองบ่อย ๆ เช่น อาชีพนักมวย เป็นต้น การมีส่วนประกอบของสมองเพิ่มขึ้น เช่น เนื้องอกในสมอง โพรงสมองขยายใหญ่เนื่องจากน้ำหล่อเลี้ยงสมองคั่ง (hydrocephalus) เป็นต้น การได้รับยาหรือสารพิษ เช่น ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาแก้แพ้รุ่นแรก (Chlorpheniramine: CPM) ยารักษาโรคจิต ยาต้านความเศร้ากลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic) ยาคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2558)

2. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม แบ่งได้ 2 ลักษณะ ดังนี้ (ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2558; วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2558; Srisuwan, 2013)

2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ มีดังนี้

2.1.1 อายุ ความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะหลังอายุ 65 ปี แต่ภาวะสมองเสื่อมก็มีใช้ส่วนหนึ่งของการสูงอายุปกติ และอาจจะเกิดกับคนอายุน้อยได้เช่นกัน

2.1.2 ประวัติครอบครัว หากมีบุคคลในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม บุคคลนั้นจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น

2.1.3 การผ่าเหล่าของยีนเฉพาะ เช่น คนที่เป็นดาวน์ซินโดรม เป็นต้น ผู้มีความผิดปกติของยีนจึงต้องรับการตรวจคัดกรอง เพื่อจะได้ทราบความผิดปกติตั้งแต่วัยแรก ทำให้มีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ มี 12 ประการดังนี้

2.2.1 หลอดเลือดแดงในสมองแข็ง (atherosclerosis) เนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหนาตัว แข็งตัว หรือมีการตีบตัวผิดปกติ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ถ้าลดลงมากจนไม่เพียงพอต่อการใช้งานก็จะทำให้น้ำเนื้อสมองตาย ส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือด (vascular dementia) และยังพบความสัมพันธ์ระหว่างหลอดเลือดแดงในสมองแข็งกับโรคอัลไซเมอร์อีกด้วย

2.2.2 ระดับความดันโลหิต ความดันโลหิตทั้งสูงและต่ำจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ การที่มีความดันโลหิตสูงในวัยกลางคนจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในวัยสูงอายุ แต่ถ้าได้รับการรักษาแล้ว โอกาสเสี่ยงจะลดลงจาก 4.3 เท่าเป็น 1.9 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ความดันโลหิตปกติ โดยความดันโลหิตสูงมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการลดลงของความสามารถของสมอง ทางตรงคือผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีการลดลงของปริมาตรและน้ำหนักสมองในแต่ละช่วงความดันโลหิตซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก 10 มม.ปรอท ความสามารถของสมองจะลดลงร้อยละ 7 ส่วนภาวะความดันโลหิตต่ำนั้นมีการศึกษาพบว่าผู้ที่อายุเกิน 75 ปี ที่มีความดันโลหิตต่ำมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น (Richard, Ligthart, Moll, & van Gool, 2010)

2.2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง การที่มีระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) ในเลือดสูงจะมีไขมันเลว หรือไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (LDL cholesterol) สูงด้วย จึงเพิ่มโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดและอัลไซเมอร์ ปัจจุบันยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้อยู่

2.2.4 โรคเบาหวาน (Diabetes) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดและอัลไซเมอร์ โดยพบว่าอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้น 2 เท่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.2.5 ฮอโมนเพศหญิงทดแทน (high estrogen and progesterone levels) ในปัจจุบันพบว่า ผู้หญิงที่ได้รับฮอโมนเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรนทดแทนหลังหมดประจำเดือนทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองตีบ และการอุดตันในหลอดเลือดดำ โดยผู้ป่วยที่ได้รับฮอโมนเพศหญิงทดแทนชนิดรวมเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า

2.2.6 ระดับโฮโมซิสตีนในเลือดสูง (hyperhomocysteinemia) ถ้าโฮโมซิสตีนซึ่งเป็นกรดอะมิโนที่ร่างกายสร้างขึ้นมาเองสูงจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดเนื่องจากโฮโมซิสตีน เป็นพิษต่อเซลล์สมองและทำลายหลอดเลือดสมอง โฮโมซิสตีนในเลือดจะเพิ่มขึ้นผิดปกติหากร่างกายขาดวิตามินบี 6 วิตามินบี 12 และกรดโฟลิก

2.2.7 ความอ้วน (Obesity) น้ำหนักที่เกินในช่วงวัยกลางคนจะเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมเมื่ออายุมากขึ้น ดัชนีมวลกายที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคตคือ 20-22.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกาย

2.2.8 การขาดการออกกำลังกาย มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป ในวัยกลางคนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และโรคอัลไซเมอร์ได้ร้อยละ 52 และ 62 ตามลำดับ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.2.9 การสูบบุหรี่ (Smoking) การสูบบุหรี่เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2.28 เท่า การงดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จะลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงได้เท่าคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ คือ ลดลงร้อยละ 50

2.2.10 การดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์มากทำให้มีความเสี่ยงจะเกิดโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ในขณะที่การศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณปานกลางจะช่วยป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ กล่าวคือ การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ชายไม่เกิน 2 ดริงค์ (drink) ต่อวัน ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดริงค์ต่อวัน (ปริมาณมาตรฐานของ 1 ดริงค์คือเบียร์ 360 มิลลิลิตรหรือ 1 กระป๋องหรือไวน์ 120 มิลลิลิตร หรือวิสกี้ 45 มิลลิลิตร) สามารถลดโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 42 และลดโอกาสภาวะเกิดสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 71 โดยไม่ขึ้นอยู่กับชนิดของแอลกอฮอล์

2.2.11 สารอาหาร การรับประทานวิตามินซีและวิตามินอีเพิ่มขึ้นจะมีอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มที่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือมีไขมันอิ่มตัว และโคเลสเตอรอลสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม แต่ถ้ารับประทานไขมันจากพืช และโอเมก้า 6 (กรดไลโนเลอิก) ซึ่งพบมากในน้ำมันพืชจำพวกน้ำมันดอกทานตะวัน ถั่วเมล็ดแห้ง เมล็ดพืชทอง ถั่วเหลือง เป็นต้น จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ นอกจากนี้การรับประทานปลาทะเลก็ช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ได้ โดยลดความเสี่ยงลงเหลือ 0.4 และ 0.3 เท่า ตามลำดับ

2.2.12 การได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ มีการศึกษาทางระบาดวิทยาหลายรายงานที่พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์และมีภาวะสมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น ๆ มีประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะมากกว่าคนที่ไม่มีความเสี่ยง

อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม

สมองเสื่อมจะมีอาการแตกต่างกันตามสาเหตุ ส่วนใหญ่อาการจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ และก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ อัตราการเสื่อมของสมองจะช้าหรือเร็ว รุนแรงมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับสาเหตุของสมองเสื่อม เช่น สมองเสื่อมจากเนื้อ

งอกในสมองมีระยะเวลาดำเนินโรค 0.5-2 ปี โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ที่ไม่ได้รับการรักษามีระยะเวลาดำเนินโรค 5-6 ปี เป็นต้น

อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย มีดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2558; Mayo Clinic Staff, 2015; Wikipedia, 2015)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด/สติปัญญา (cognitive changes) ได้แก่ การสูญเสียความจำ (memory loss) เริ่มสูญเสียความจำใหม่ ๆ และความจำระยะสั้น ปกติสมองเราจะจำเหตุการณ์ที่เกิดภายใน 24 ชั่วโมงได้ แต่ถ้าสมองเสื่อมจะจำไม่ได้ อาจจำไม่ได้ทั้งเหตุการณ์หรือคิดว่าเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้นแล้วทั้ง ๆ ที่ยังไม่เกิด จะสูญเสียความจำที่อยู่ติดตัวหรือเหตุการณ์ปัจจุบันมากกว่าอดีต เช่น กินข้าวแล้วลืมว่ายังไม่ได้กินข้าว จำบุคคลสลับกัน เป็นต้น มีความยุ่งยากในการสื่อสารหรือหาคำพูด ทำให้พูดไม่ถูก เรียกไม่ถูก พูดไม่ได้ มีความผิดปกติในการคิดเชิงนามธรรม การวางแผน การจัดระบบ และการเรียงลำดับ ทำให้มีความยุ่งยากในการทำงานที่ซับซ้อน ไม่เข้าใจเหตุผล และสูญเสียความสามารถในการบริหาร (executive function) มีปัญหาการตัดสินใจทำให้ตัดสินใจผิด ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เช่น มีกางเกงในสองตัว ตัวหนึ่งเป่าขาด อีกตัวหนึ่งยางยืดเสีย ถ้าต้องสวมกางเกงในสองตัวพร้อมกันจะสวมตัวไหนก่อน (ต้องสวมตัวยางยืดเสียก่อนแล้วทับด้วยตัวเป่าขาด) มิเช่นนั้นกางเกงในตัวยางยืดจะหลุดออกมาให้ขายหน้า) เปิดประตูไม่ได้เอาเลื่อยมาตัดกุญแจแทนที่จะหากุญแจมาใช้ เป็นต้น มีปัญหาการรับรู้หรือความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นจริง เช่น ไม่รู้วันเวลา และสถานที่ จึงหลงทาง ไม่เข้าใจมิติสัมพันธ์ (visual-spatial) เช่น รู้ว่าบ้านอยู่ใกล้สะพานแต่หาทิศทางที่จะเดินไปบ้านไม่ถูก และขาดจินตนาการ ทำให้ไม่สามารถวาดภาพในสมองได้ เช่น เวลาจะเดินทางไปไหนสมองจะวาดภาพว่าจะไปทางไหน

ด้วยวิธีใด แต่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะไม่สามารถวาดภาพดังกล่าวได้ เป็นต้น มีปัญหาการเคลื่อนไหวและการประสานงานของกล้ามเนื้อ ทำให้เสียสมดุล สั่น (tremor) รับประทานอาหารลำบาก กลืนลำบาก

2. การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีพฤติกรรมและอาการทางจิตใจเฉพาะ (*Behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD*) ทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนไป (Personality changes) ไม่สามารถใช้เหตุผลได้ และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม กล่าวคือ มีพฤติกรรมก้าวร้าว บางรายอาจแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย ขาดความยับยั้งชั่งใจและหุนหันพลันแล่น (disinhibition and impulsivity) ไม่มีสมาธิ ไม่จดจ่อต่อสิ่งใด (attention) วุ่นวายไม่อยู่นิ่ง (agitation) เดินไปเดินมาและกระสับกระส่าย ส่วนใหญ่พบว่าบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อาจเฉยเมย ไม่สนใจผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม มีปัญหาการนอนอาจนอนกลางวัน ตื่นตอนกลางคืนมารื้อค้นข้าวของ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และสูญเสียความอยากอาหาร ลืมว่าหิว และไม่รับประทานอาหารเช้า เป็นต้น หากเผชิญสถานการณ์ที่เหนือความสามารถของตนจะร้องไห้หรือโกรธอย่างทันทีทันใด หรือมีปฏิกิริยาที่รุนแรง (*catastrophic reaction*)

3. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological changes) ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตและอารมณ์ ซึ่งมักจะเกิดไปพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด/สติปัญญา และด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ได้แก่ วิตกกังวล ร้อยละ 20 ซึมเศร้า ร้อยละ 30 ส่วนอาการทางจิตมักจะพบอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง เช่น คิดว่าคนอื่นมาขโมยของ เป็นต้น บางรายมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย

อาการของภาวะสมองเสื่อมแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามความรุนแรงของโรค ดังนี้

1. ระยะเริ่มแรก (Early stages)

ผู้สูงอายุจะเริ่มมีความบกพร่องในหน้าที่การงาน และกิจกรรมสังคมอย่างเด่นชัด ซ้ำลิ้มและบกพร่องในการจัดการธุรกิจ เช่น การจัดการตารางนัดหมาย การใช้โทรศัพท์ การเดินทางโดยลำพัง เป็นต้น แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหลงลืมไม่มาก ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ และตัดสินใจเรื่องทั่ว ๆ ไปได้

2. ระยะกลาง (Middle stages)

เมื่อโรคก้าวหน้าขึ้น ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ความจำเสียอย่างเห็นได้ชัด สับสนในเรื่องเวลา สถานที่ บกพร่องในการแก้ปัญหาอย่างรุนแรง ไม่สามารถทำหน้าที่นอกบ้านได้ มีความบกพร่องในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันขั้นสูง เช่น การซักผ้า ล้างจาน จ่ายตลาด การปรุงอาหาร การใช้โทรศัพท์ การบริหารเงิน เป็นต้น และต่อมากจะมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เช่น การล้างหน้าแปรงฟัน การใช้ห้องน้ำ การขับถ่าย การอาบน้ำแต่งตัว การขึ้นลงบันได การรับประทานอาหาร เป็นต้น ถ้าปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังหรือตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ด้วยตนเองจะเกิดอันตราย จำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด

3. ระยะท้าย (Late stages)

มีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ สูญเสียความจำอย่างมาก ไม่รู้เวลา สถานที่ จำบุคคลใกล้ชิดไม่ได้ ไม่สามารถคิดและตัดสินใจด้วยตนเองได้ พุดไม่รู้เรื่องหรือไม่พูด อาจเคลื่อนไหวไม่ได้ ความอยากอาหารลดลงจนไม่ยอมรับประทานเลยและไม่รู้จักตนเอง บางรายมีอาการหลงผิด เกิดภาพหลอน ก้าวร้าวรุนแรง กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้

การประเมินภาวะสมองเสื่อม

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางประสาทจิตวิทยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสีวิทยา โดยการวินิจฉัยภาวะ

สมองเสื่อมจะไม่สามารถทำได้หากผู้ป่วยรายนั้นอยู่ในภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) หรือมีโรคทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวลรุนแรง เป็นต้น การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมมีดังนี้ (Wikipedia, 2015; สถาบันประสาทวิทยา, 2557; โยธิน ชินวลัญช์, 2559)

1. การซักประวัติ โดยปกติผู้ป่วยต้องมี

อาการอย่างน้อย 6 เดือน จึงจะสามารถวินิจฉัยโรคได้ และต้องซักประวัติเพื่อวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะซึมเศร้า และโรคจิตด้วย โดยซักประวัติว่า มีอาการอะไรบ้าง อาการเริ่มเกิดเมื่อไร ลักษณะการลืม ลักษณะการดำเนินโรค อะไรทำให้อาการดีขึ้นหรือเลวลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ประวัติภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวหรือโรคพาร์กินสัน การบาดเจ็บทางสมอง แบบแผนการดำเนินชีวิต ลักษณะอาหาร ยา โรคประจำตัว อัมพฤกษ์และอัมพาต การติดเชื้อในระบบประสาท โดยทั่วไปให้แยกซักประวัติระหว่างผู้ป่วยและญาติ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน

2. การตรวจร่างกาย ได้แก่ การวัด

สัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิต การตรวจหาความผิดปกติในร่างกายทั่วไป การตรวจทางระบบประสาทและการเดิน เป็นต้น

3. การตรวจทางประสาทจิตวิทยา

(Cognitive screening/ Neuropsychological tests)

การประเมินความสามารถในการคิด/สติปัญญา (cognition) ต้องครอบคลุมการทำงานของสมองในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านความใส่ใจ (attention) ความสามารถในการบริหารจัดการ (executive function) การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) การใช้ภาษา (language) ความสามารถเกี่ยวกับมิติสัมพันธ์ (visuospatial function) และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) เพื่อวินิจฉัยแยกโรคภาวะสมองเสื่อมแต่ละชนิด เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์จะสูญเสีย

ความคิด/สติปัญญาในด้านการเรียนรู้ และ ความจำค่อนข้างเด่นชัด เมื่อเทียบกับด้านอื่น เป็นต้น การประเมินความสามารถด้านการคิด/สติปัญญามีแบบทดสอบที่หลากหลาย ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันได้แก่ Mini-Mental State Examination (MMSE), MMSE-Thai 2002, Seven minutes test, MOCA (Montreal Cognitive Assessment) เป็นต้น และแบบทดสอบความสามารถในการคิด/สติปัญญาเฉพาะส่วน เช่น Clock drawing test, Verbal fluency test, Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE), RUDAS-Thai version (Rowland Universal Dementia assessment scale) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประเมินโดยละเอียดซึ่งต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจ เช่น Comprehensive neuropsychological tests เป็นต้น ในแต่ละการทดสอบจะมีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน ในการประเมินเพื่อให้คะแนนในแต่ละการทดสอบ ควรคำนึงถึงอายุ ระดับการศึกษา พื้นฐานอาชีพ ภาวะทางกายหรือทางใจที่ส่งผลให้ไม่สามารถทำการทดสอบได้เต็มที่ เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มองไม่เห็น เป็นต้น ในผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการ หรือสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ควรประเมินโดยใช้แบบประเมินหรือแบบทดสอบการคิด/สติปัญญาเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงคือ แบบประเมินสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Index, ADL Index) และ MMSE-Thai 2002 ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2557)

3.1 แบบประเมินสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน เป็นดัชนีที่ใช้วัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำได้จริง) ซึ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง เป็นการวัดระดับการพึ่งพา ดัชนีนี้เป็นตัวบ่งชี้ที่ดีที่สุดในการวินิจฉัยติดตามและประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม หากข้อมูลที่ได้พบว่า การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุบกพร่องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และผู้สูงอายุไม่รู้ว่ตนเองมีความบกพร่องแสดงว่า

ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม การประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันขั้นสูงในผู้สูงอายุไทย นิยมใช้ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living, ADL) และดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula Activity Daily Living Index, CAI) ตามลำดับ

3.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เป็นแบบทดสอบที่สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แปลมาจากแบบทดสอบ Mini-Mental State Examination (MMSE) ของโฟสไตน์และคณะ แบบทดสอบนี้เป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการคิด/สติปัญญา (cognitive impairment) ในด้านต่าง ๆ มีข้อความ 11 ข้อ ผลรวมของคะแนนพิจารณาตามระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (จะตัดคำถามออก 3 ข้อ) ผู้สูงอายุปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนนจากคะแนนเต็ม 23 คะแนน กรณีที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน หากมีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันประสาทวิทยา, 2557)

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory tests) การตรวจเลือดจะช่วยแยกสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือด (Complete Blood Count) เพื่อหา hypersegmented neutrophils และ megaloblasts ซึ่งพบในภาวะขาดวิตามินบี 12 และความผิดปกติอื่นของเลือด เช่น ภาวะซีด เป็นต้น หาระดับวิตามินบี 12 และโฟเลต ในรายที่สงสัย เช่น ทูพ-โภชนาการ รับประทานมังสวิรัต ตัดกระเพาะอาหาร เป็นต้น หาระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) อิเล็กโทรไลต์ ปิยูเอ็น และ เครีตินิน เอนไซม์ตับ, freeT4 และ TSH, Serum VDRL, แคลเซียม (Hypercalcemia ทำให้เกิด

ภาวะสมองเสื่อมได้), AntiHIV, การเจาะหลังและตรวจน้ำไขสันหลัง เป็นต้น ผลเลือดจะทำให้ทราบถึงภาวะขาดวิตามิน การติดเชื้อ และปัญหาอื่นที่ทำให้เกิดอาการสับสนหรือการรับรู้ภาวะหะติดปกติในผู้สูงอายุ อาจต้องตรวจหาแอลกอฮอล์หรือสารอื่นที่มีผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อม (สถาบันประสาทวิทยา, 2557)

4. การตรวจทางรังสีวิทยา (Imaging)

เมื่อประเมินแล้วสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจด้วยเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) หรือตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI brain) อย่างน้อย 1 ครั้ง ด้วย protocol เฉพาะสำหรับภาวะสมองเสื่อม เพื่อตรวจหาโรคที่สามารถรักษาได้ ในปัจจุบันมีการถ่ายภาพรังสีโดยใช้โพสิตรอน (Positron Emission Tomography: PET scan) ซึ่งสามารถวัดการทำงานของเซลล์สมองได้โดยการฉีดสารกัมมันตรังสีพิทสเบิร์กคอมพาวด์บี (Pittsburgh compound B: PiB) เข้าไป และสามารถดูการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในสมองได้ ซึ่งส่วนที่มีความผิดปกติจะใช้กลูโคสน้อยลง การใช้เครื่อง PET scan ร่วมกับข้อมูลทางคลินิกในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกมีความแม่นยำสูงถึง ร้อยละ 91.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมแล้ว เครื่อง PET scan จะช่วยในการแยกชนิดของภาวะสมองเสื่อมได้ด้วย (โยชินชิโนวาลัญช์, 2558; สถาบันประสาทวิทยา, 2557)

การรักษา

ภาวะสมองเสื่อมชนิด primary dementia ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2558) การดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยทั่วไป จะเน้นการคงความสามารถของสมองด้านต่าง ๆ ไว้ให้มากที่สุด โดยผู้ดูแลต้องกระตุ้นทักษะที่เหลืออยู่ตามกำลังที่มี ป้องกันการล้มเพิ่มอีกโดยการทบทวนความจำอยู่เสมอ กระตุ้นจุดแข็งที่เหลืออยู่ เช่น ทักษะส่วนตัวในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น และคงความสามารถเดิมที่เคยมี

เช่น การวาดรูป ระบายสี เย็บผ้า เล่นดนตรี เป็นต้น ทำการจัดระเบียบชีวิต และช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น ในปัจจุบันจำแนกการรักษาได้ 2 ประเภท (สถาบันประสาทวิทยา, 2557; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2558; Mayo Clinic Staff, 2015) ดังนี้

1. การรักษาโดยการใช้ยา การรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมจะใช้ยาช่วยชะลอความผิดปกติด้านความจำ ยาควบคุมปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต ยาที่ช่วยชะลอความผิดปกติเกี่ยวกับความจำได้แก่ สารยับยั้งการทำลายสารสื่อประสาท (Cholinesterase inhibitors) เช่น โดเนเพซิล (donepezil) หรือ Aricept ไรวาสติกมีน (rivastigmine) หรือ Exelon กาแลนทามีน (galantamine) หรือ Razadyne มีแมนทีน (Memantine) เป็นต้น ซึ่งจะมีประโยชน์ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยและปานกลาง ยาที่ยับยั้งการทำลายสารสื่อประสาทมีผลข้างเคียงคือรบกวนระบบทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง อาเจียน ท้องเสีย อาหารไม่ย่อย เป็นต้น รบกวนระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย เช่น มึนงง ปวดศีรษะ ง่วงเหงา หาวนอน เป็น รบกวนจิตประสาท เช่น กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ สับสน ซึมเศร้า เป็นต้น รบกวนกลไกการต่อต้านเชื้อโรค เช่น การติดเชื้อในทางเดินหายใจ ส่วนบน ทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ส่วนการรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตนั้นจะเป็นยาในกลุ่มลดความวิตกกังวล ยารักษาโรคซึมเศร้า ยารักษาโรคจิต ยาควบคุมอารมณ์ ยาช่วยให้หลับ ยาบางชนิดอาจมีผลต่อสมาธิและความจำของผู้ป่วย การเลือกใช้ต้องเข้าใจประสิทธิภาพของยา ผลข้างเคียง และปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาอื่นอยู่แล้ว การใช้ยาเป็นการรักษาเสริมในกรณีที่จัดการด้วยวิธีไม่ใช้ยาแล้วไม่ได้ผล

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา การรักษาโดยไม่ใช้ยาในปัจจุบันมีหลายรูปแบบ จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและขีดความสามารถในการเรียนรู้ ก่อนบำบัดต้อง

เตรียมผู้ป่วยให้พร้อม ประเมินและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับประสาทการรับรู้ เช่น ต้อกระจก การได้ยิน เป็นต้น บำบัดโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา และสื่อสารกับญาติและผู้ดูแลให้เข้าใจ และยอมรับความสามารถของผู้ป่วยสมองเสื่อม รูปแบบการรักษาได้แก่ การรักษาที่เน้นความคิด/สติปัญญา (Cognition-oriented) โดยการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality orientation therapy) การรักษาที่เน้นการฝึกความจำ (Memory training) เช่น หลับตาทายสิ่งของ สวดมนต์ เป็นต้น และการฝึกทักษะ (Skill training) เช่น การวาดภาพ การเต้นรำ เป็นต้น การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (Emotion-oriented) เช่น การระลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy) เป็นการกระตุ้นความจำและอารมณ์ด้วยประสบการณ์ชีวิตในอดีต เป็นต้น

การป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมพบมากขึ้นเนื่องจากประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นทั่วโลก หากสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระของครอบครัวและค่าใช้จ่ายของประเทศได้อย่างมหาศาล แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมแบ่งเป็น 7 กลุ่ม ได้แก่ (ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2558; วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2558; Srisuwan, 2013)

1. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่และโรคอ้วน จึงต้องควบคุมดังนี้

1.1 รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ โดยเฉพาะคนเป็นเบาหวานการควบคุมโรคเบาหวานให้ดีสามารถลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ถึง 4.9 เท่า (Ritchie, Carriere, Ritchie, Berr, Artero, & Ancelin, 2010) การรักษาระดับ

น้ำตาลในเลือดให้ปกติโดยรับประทานอาหารให้เป็นเวลาในปริมาณที่แพทย์กำหนด เพิ่มอาหารที่มีกากมากขึ้น เช่น ผักใบ เพื่อช่วยดูดซึมน้ำตาลในเลือดให้ลดลง หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด ใช้ผลิตภัณฑ์จากข้าวซ้อมมือและถั่วให้มากขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารทอด รับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/วัน จำนวน 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

1.2 รักษาความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ โดยรับประทานอาหาร DASH diet (Dietary Approach to Stop Hypertension) ได้แก่ รับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวานจัด ลดปริมาณไขมันในอาหารโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวซึ่งพบในผลิตภัณฑ์จากนม ไขมันจากสัตว์ หนังสัตว์ กะทิ น้ำมันมะพร้าว และไขมันทรานส์ (trans fat) หรือเนยมาการีน ซึ่งพบมากในขนมขบเคี้ยว เค้กและคุกกี้ หลีกเลี่ยงอาหารผัดหรือทอด อาหารแปรรูปทุกชนิด จำกัดเกลือในอาหารไม่เกิน 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์/วัน หรือรับประทานเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชา/วัน หรือน้ำปลาไม่เกิน 5 ช้อนชา/วัน คลายเครียด รับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา และออกกำลังกายสม่ำเสมอ

1.3 รักษาระดับไขมันในเลือดให้ปกติ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้องเลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณโคเลสเตอรอลไม่เกิน 300 มิลลิกรัม/วัน อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ สมอ สัตว์ ปลาหมึก หอยนางรม กุ้ง เป็นต้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เลือกใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันจากดอกทานตะวัน ข้าวโพด รำข้าว ถั่วเหลือง เป็นต้น และออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อลดโอกาสเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองดีขึ้นลดโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อมได้

1.4 งดหรือลดการสูบบุหรี่ การลดและเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงการอยู่ในสถานที่ที่ไม่มีควันบุหรี่จะลดความเสี่ยงในการเกิดโรคสมองเสื่อมได้

1.5 ควบคุมน้ำหนักตัว รักษาน้ำหนักตัว ให้ดัชนีมวลกายไม่เกิน 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ด้วยการควบคุมชนิดและปริมาณอาหารที่มีไขมันสูงเช่นเดียวกับ 1.3 และออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ

2. การรับประทานอาหารบำรุงสมอง
อาหารที่ช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมมีดังนี้

2.1 การรับประทานอาหารที่มีกรดโฟลิก และวิตามินบีสูง กรดโฟลิก วิตามินบี 6 และวิตามินบี 12 ช่วยควบคุมระดับกรดอะมิโนโฮโมซิสตีลีน อาหารที่ช่วยเพิ่มกรดโฟลิกและวิตามินบี 6 ได้แก่ ถั่วต่างๆ น้ำส้มคั้น กล้วย ธัญพืชไม่ขัดสี ผักใบเขียวจัด เนื้อสัตว์ สัตว์ปีกและอาหารทะเล ส่วนวิตามินบี 12 มีมากในเนื้อสัตว์ ไข่ และนม

2.2 รับประทานอาหารชนิดเมดิเตอร์เรเนียน ได้แก่ อาหารที่เน้นผัก ผลไม้ ไขมันจากน้ำมันมะกอกซึ่งมีไขมันอิ่มตัวน้อย เน้นการรับประทานคาร์โบไฮเดรตที่ไม่ผ่านการขัดสีและธัญพืช รับประทานเนื้อปลาปานกลาง และเนื้อสัตว์อื่นเล็กน้อย พบว่า ลดการเกิดโรคสมองเสื่อมและชะลอการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ (Middleton & Yaffe, 2010) นอกจากนี้ยังศึกษาพบว่า การรับประทานผักและผลไม้ปริมาณมากสามารถลดการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ถึง 6.5 เท่า (Ritchie et al., 2010)

อนึ่ง ในปัจจุบันคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรโดยการสนับสนุนของคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ได้ทำการศึกษาการใช้พรมมิ (*Bacopa monnieri* Wettst วงศ์ Scrophulariaceae) เพื่อบำรุงความจำ และมีการผลิตเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรขององค์การเภสัชกรรม ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สารสกัดพรมมิเพิ่มคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครโดยเพิ่มประสิทธิภาพการทรงตัว เพิ่มการตื่นตัวต่อสิ่งเร้า มีสมาธิมากขึ้น เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และความจำ และคลายอาการซึมเศร้า ยังไม่พบอาการพิษและภาวะข้างเคียงใด ๆ ในอาสาสมัคร โดยให้รับประทานวันละ

300 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง (กรรณก อิงคนันท์และคณะ, 2559)

3. หลีกเลี่ยงยา อาหารหรือกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสมอง หลีกเลี่ยงการรับประทานยาโดยไม่จำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสโตโรนทดแทนในวัยหมดประจำเดือน และลดหรืองดการดื่มแอลกอฮอล์ เพราะหากควบคุมปริมาณการดื่มไม่ได้จะเป็นอันตรายต่อทั้งสมอง ตับและตับอ่อน รวมทั้งระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุต่อสมองและระวังการหกล้ม ตลอดจนหลีกเลี่ยงอาชีพที่ทำให้สมองถูกกระทบกระเทือน เช่น นักมวย นักแข่งรถ เป็นต้น

4. การทำกิจกรรมสม่ำเสมอ การทำกิจกรรมรวมถึงการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง โดยการเดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ ปั่นจักรยาน รำมวยจีน วាយน้ำ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ และการทำกิจกรรมอะไรก็ได้ที่นอกเหนือจากงานประจำ ทั้งงานอดิเรก งานบ้าน งานรื่นเริงบันเทิงต่าง ๆ การเล่นเกม การอ่านหนังสือ เย็บปักถักร้อย เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทำตลอดเวลาจะทำให้การเสื่อมถอยของสมองน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมทำอย่างมาก

5. การเข้าสังคม (Social engagement) การเข้าร่วมกิจกรรมสังคมบ่อย ๆ พบปะ พูดคุยกับผู้อื่นบ่อย ๆ เช่น ไปงานเลี้ยงต่าง ๆ การเข้าชมรมผู้สูงอายุ ไปวัด เยี่ยมญาติพี่น้อง เป็นต้น รวมถึงการสร้างสังคมใหม่ ๆ จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ เพราะได้พูดคุย ได้ตอบกับคนอื่น ทำให้สมองได้ใช้ความคิด ผ่อนคลายจากความเครียด และมีความสุขทางใจ

6. การฝึกสติปัญญา (Cognitive training) ปัจจุบันมีการป้องกันสมองเสื่อมโดยการฝึกสติปัญญาที่น่าสนใจหลายวิธี เช่น การออกกำลังกายสมอง (Neurobic exercise) เป็นการออกกำลังกายสมองโดยใช้ประสาทสัมผัสหลาย ๆ อย่างมากระตุ้นสมองพร้อม ๆ กัน ทำให้เกิดการแตกกิ่งก้านของแขนงสมอง (dendrite) มากขึ้น

การติดต่อสื่อสารระหว่างเซลล์ทำได้ง่ายขึ้น เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และทำให้สมองแข็งแรงขึ้น โดยใช้ประสาทสัมผัสมากกว่า 1 อย่างและงดใช้ประสาทสัมผัสที่ใช้อยู่ เช่น ใช้มือคลำแทนการมองเห็น สื่อสารด้วยท่าทางแทนคำพูด เป็นต้น ผสมผสานประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น ดมกลิ่นหอมของดอกไม้ขณะฟังเพลง กระตุ้นประสาทสัมผัส เช่น จุดน้ำมันหอมระเหยขณะนวดตัว เป็นต้น เล่นเกมฝึกสมอง เช่น เล่นไพ่ เล่นหมากรุก เป็นต้น ทำกิจกรรมใหม่ ๆ เช่น เปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน เช่น แปร่งฟันด้วยมือซ้าย ตีชานแทนกาแฟ เป็นต้น เปลี่ยนวิธีการเดินทาง เปลี่ยนกิจกรรมและบรรยากาศในสถานที่ทำงาน เปลี่ยนวิธีการรับประทานอาหาร เปลี่ยนกิจกรรมในช่วงเวลาพักผ่อน เป็นต้น (Katz & Rubin, 2014) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การทำสมาธิมีผลดีต่อความจำ ความใส่ใจ ความสามารถในการบริหารจัดการ และการรับรู้สิ่งสมรอบตัว ดังนั้นการทำสมาธิจึงช่วยป้องกันสมองเสื่อมได้ (ศิวาพร จันทรกระจ่าง, 2559)

7. การตรวจสุขภาพประจำปีและรักษาโรคประจำตัวสม่ำเสมอ นอกจากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้สูงอายุควรตรวจสุขภาพประจำปี หรือหากมีโรคประจำตัวอยู่เดิมก็ต้องรับประทานยาตามแผนการรักษา และติดตามผลการรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ และหากเริ่มมีอาการหลงลืมมากผิดปกติ ควรรีบมาพบแพทย์เพื่อตรวจและรักษาทันที

สรุป

โรคสมองเสื่อมจะมีความบกพร่อง 3 ประการ ได้แก่ ความบกพร่องด้านความจำและการเรียนรู้การมีสมาธิอย่างต่อเนื่อง การวางแผน การตัดสินใจ การใช้ภาษา การรับรู้ก้อมิติสัมพันธ์ และการรับรู้สิ่งสมรอบตัวความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรม อาการทางจิตประสาท และความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การป้องกันโรคสมองเสื่อมต้องควบคุม

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รับประทานอาหารบำรุงสมอง หลีกเลียงยา สารหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสมองทำกิจกรรมสม่ำเสมอ เข้าสังคม ฝึกสติปัญญา และตรวจสุขภาพประจำปีและรักษาโรคประจำตัวอย่างสม่ำเสมอ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเน้นการคงความสามารถของสมองไว้ การดูแลตนเองได้มากที่สุด และอยู่ร่วมกับสังคมานที่สุขอย่างมีความสุขทุกฝ่าย

เอกสารอ้างอิง

- กรกนก อิงคนันท์ และคณะ. (2559). *การศึกษาพัฒนาพรมมิเพื่อใช้เป็นสมุนไพรรักษาความจำ*. สืบค้นได้จาก <http://www.admin.pha.nu.ac.th/Documents/News/Bacopa.pdf>
- ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์. (2558). Preventive Strategies of Dementia. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 6(3), 16-23.
- โยธิน ชินวลัญช์. (2558). ระวีง รู้ทัน ป้องกันโรคสมองเสื่อม. *Eisai*, 9(2), 20-23.
- โยธิน ชินวลัญช์. (2559). “ความจำถดถอย” จุดเริ่มอัลไซเมอร์.. *ตรวจพบก่อน รักษาได้*. สุขภาพน่ารู้. เดลินิวส์ออนไลน์. สืบค้นได้จาก <http://www.guru.sanook.com>
- วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. (2559). *ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน*. สืบค้นได้จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=415>
- วิชัย เอกพลากร, เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรพเก้า, และ กนิษฐา ไทยกล้า. (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2*. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นได้จาก <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report1.php>.
- ศิวาพร จันทรกระจ่าง. (2559). *การทำสมาธิกับโรคสมองเสื่อม*. สืบค้นได้จาก <http://www.thaidementia.org/core/File/797.pdf>
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2558). *สมองเสื่อม*. เอกสารโรเนียวประกอบการประชุม ณ โรงแรมมารวยการ์เด็นท์ วันที่ 2-6 พฤศจิกายน 2558.

- Burns, A. (2009). Dementia. *British Medical Journal*, 338(February), b75. Retrieved from <http://www.bmj.com/content/338/bmj.b75>
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death, Collaborators. (2015). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: A systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet*, 385(9963), 117-171.
- Katz, L., & Rubin, M. (2014). *Keep your brain alive: 83 Neurobic exercises to help prevent memory loss and increase mental fitness* (2nd ed.). B. Plus Publishing Company: New York.
- Larson, E. B., Yaffe, K., & Langa, K. M. (2013). New Insights into the Dementia Epidemic. *The New England Journal of Medicine*, 369(December), 2275-2277.
- Mayo Clinic Staff. (2015). *Dementia*. Retrieved from <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/dementia/basics/definition/con-20034399>
- Middleton, L. E., & Yaffe, K. (2010). Targets for the prevention of dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 20, 915-924.
- Murray, A. (2014). The effect of dementia on patients, informal carers and nurses. *Nursing Older People*, 26(5), 27-31.
- Richard, E., Ligthart, S. A., Moll van Charante, E. P., & van Gool, W. A. (2010). Vascular risk factors and dementia-towards prevention strategies. *Netherlands Journal of Medicine*, 68, 284-290.
- Ritchie, K., Carriere, I., Ritchie, C. W., Berr, C., Artero, S., & Ancelin, M. L. (2010). Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: Prospective cohort study of modifiable risk factors. *British Medical Journal*, 341, c3885.
- Srisuwan, P. (2013). Primary prevention of dementia: Focus on modifiable risk factors. *Journal Medical Association of Thailand*, 96(2), 251-258.
- Umphred, D. A., Lazaro, R. T., Roller, M. L., & Burton, G. U. (2012). *Neurological rehabilitation* (6th ed.). St. Louis, Mo.: Elsevier Mosby. p. 838.
- Wikipedia. (2015). *Dementia*. Retrieved from <https://en.wikipedia.org/wiki/Dementia>
- World Health Organization. (2012). *Dementia cases set to triple by 2050 but still largely ignored*. Retrieved from http://www.who.int/media/centre/news/releases/2012/dementia_20120411/en/