

การศึกษาความชุกของอาการทางประสาทจิตเวชที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

รัตนา จันทร์แจ่ม พ.บ., ดรุณี มณฑิยรทอง วท.ม., สุพัตรา ปวนไผ่ พย.ม.
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

Abstract: Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms in Patients with Dementia; A Study in Chiangmai Neurological Hospital

Chanchaem R, Montientong D, Puanfai S
Chiangmai Neurological Hospital, Mueang Chiangmai, Chiangmai, 50200
(E-mail: ratit.cnh@gmail.com)

The present study aimed to evaluate the prevalence of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. One hundred and sixty-nine dementia patients and their caregivers were included into the study at the Memory and Outpatient clinic of Chiangmai Neurological Hospital between 1 December 2016 and 31 May 2017. A battery of tests was administered including questionnaires to characterize the patient data, Mini Mental State Examination – Thai version (MMSE), Clinical Dementia Rating (CDR) and Neuropsychiatric Inventory (NPI). Among the dementia participants, 63.3% had exhibited a neuropsychiatric symptom in the past month. The most frequent neuropsychiatric symptoms were sleep and nighttime behavior disorder (20.7%), delusions (16.6%), irritability (15.4%), anxiety (13.0%), and hallucinations (13%). The findings from this study indicated that neuropsychiatric symptoms were common in outpatients with dementia.

Keywords: Prevalence, Neuropsychiatric symptom, Dementia

บทคัดย่อ

งานศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของอาการทางประสาทจิตเวช โดยการประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 169 ราย และสัมภาษณ์ผู้ดูแลใกล้ชิดเกี่ยวกับอาการด้านประสาทจิตเวชของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกความจำของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2559 – 31 พฤษภาคม 2560 ชุดแบบทดสอบที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรอง MMSE ฉบับภาษาไทย แบบประเมิน Clinical Dementia Rating (CDR) และ Neuropsychiatric Inventory (NPI) ความชุกของอาการทางประสาทจิตเวชในผู้ป่วยสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 63.3 โดยอาการที่พบบ่อยได้แก่ ปัญหาการนอนหลับและพฤติกรรมช่วงกลางคืน ความคิดหลงผิด อารมณ์หงุดหงิดง่าย ความกังวลใจ และ อาการหลอน คิดเป็นร้อยละ 20.7, 16.6, 15.4, 13.0 และ 13.0 ตามลำดับ การศึกษานี้สรุปได้ว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีอาการทางประสาทจิตเวชพบร่วมด้วยได้บ่อย

คำสำคัญ: ความชุก อาการทางประสาทจิตเวช ภาวะสมองเสื่อม

บทนำ

สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี พ.ศ. 2564 ผลกระทบด้านสุขภาพและสังคมที่เกิดขึ้นตามมา ได้แก่ งบประมาณด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี สมองเสื่อมเป็นโรคซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา โดยความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 8.1¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ว่ามีมูลค่ามากกว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยโรคหัวใจ และมีแนวโน้มว่าค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นทุกปี

ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการถดถอยของกระบวนการรู้คิด การรับรู้ ความจำ ทักษะการแก้ไขปัญหาการใช้ภาษา และกระบวนการทำงานของสมองในด้านต่างๆ จนกระทั่งสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในที่สุด ภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ โดยสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease)² และโรคหลอดเลือดสมอง อาการของภาวะสมองเสื่อมขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะเล็กน้อยจะสูญเสียความจำระยะสั้น รวมทั้งอาจมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น รู้สึกหงุดหงิดง่าย เมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะปานกลางจะสูญเสียความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว สูญเสียทักษะในการสื่อสารและทักษะในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ มากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก จนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรง ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในที่สุด ผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 66-94 จะมีอาการทางประสาทจิตเวชร่วมด้วย³ อาการทางประสาทจิตเวชที่พบจะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม⁴ เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์ซึมเศร้า และปัญหาการนอน เป็นต้น และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ญาติตัดสินใจพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจประเมินและให้การรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมโดย Sittirongnarit⁵ พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่าร้อยละ 90 จะมีปัญหาทางประสาทจิตเวชร่วมในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของการดำเนินโรค และอาการรุนแรงจนจำเป็นต้องได้รับการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรง ระดับความรุนแรงของอาการทางประสาทจิตเวชมักจะเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ และเกิดซ้ำได้บ่อยๆ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลสมองเสื่อมเป็นอย่างมาก ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาและอัตราการรับตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้รักษาในโรงพยาบาลสูงมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าอาการทางประสาทจิตเวช

ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาต้านโรคซึมเศร้าและยาต้านโรคจิต ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาดังกล่าวตามมาจาก การทบทวนงานศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอาการทางประสาทจิตเวช ในผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นที่รู้จักกันดีในปัจจุบัน และมีรายงานเกี่ยวกับ ความชุกและลักษณะของอาการทางประสาทจิตเวชเป็นจำนวนมาก ในต่างประเทศ เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวมีส่วนนำไปสู่การพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม ในขณะที่การรายงานดังกล่าวในประเทศไทยยังมีน้อย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ทราบความชุกของอาการทางประสาทจิตเวช รวมทั้งลักษณะของอาการประสาทจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่มารับการตรวจในโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เพื่อหาความชุกของอาการทางประสาทจิตเวชในผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยวิธีการศึกษาข้อมูลทั่วไป ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และอาการทางประสาทจิตเวชของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการประเมินด้วยชุดเก็บข้อมูล และสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับรายละเอียดของอาการทางประสาทจิตเวชของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 1 เดือนก่อนมาพบแพทย์ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) ผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือ คลินิกความจำของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 (2) ผู้ป่วยสมองเสื่อม ต้องได้รับการวินิจฉัยโรคจากอายุรแพทย์ด้านระบบประสาท โดยใช้เกณฑ์ของ Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)⁶ และ (3) ผู้ป่วยและญาติยินยอมรับการประเมินด้วยชุดเก็บข้อมูลตามที่กำหนดโดยนักวิจัยที่ผ่านการอบรม เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากกรวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่สามารถรับการประเมินด้วยชุดเก็บข้อมูลได้ครบตามที่กำหนด เช่น มีปัญหาการสื่อสาร ขาดสมาธิในการทำแบบทดสอบ และผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง (2) ผู้ป่วยและญาติไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ชุดเก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ชุดเก็บข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Mini-Mental State Examination ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยมีจุดตัดแยกตามระดับการศึกษา⁷ และการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมตามคะแนนแบบทดสอบ MMSE ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน ≥ 21 , 11-20 และ 0-10 สำหรับแยกภาวะสมองเสื่อมออกเป็นระยะเล็กน้อย ระยะปานกลาง และระยะรุนแรงตามลำดับ⁸ แบบวัดระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (Clinical Dementia Rating) ซึ่งแบ่งออกเป็นคะแนน 0, 0.5, 1, 2 และ 3 โดยให้คะแนนและแปลผลตามวิธีของ Morris⁹ และแบบทดสอบตรวจหาอาการทางประสาทจิตเวช โดยให้คะแนนและแปลผลตามวิธีของ Cummings¹⁰ ซึ่งแบ่งอาการทางประสาทจิตเวชออกเป็น 12 ข้อ ได้แก่ ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน พฤติกรรมวุ่นวาย ก้าวร้าว ความรู้สึกเป็นทุกข์ ซึมเศร้า ความกังวลใจ อารมณ์ร้ายหรือฟุ้งซ่าน ความเฉยเมย ความขี้ขี้ขังใจเสียไป หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย กิจกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ การนอนหลับและพฤติกรรมช่วงกลางคืน และ ความเจริญอาหารและการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป อาการทางประสาทจิตเวชในแต่ละข้อให้คะแนนทั้งความถี่ (คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4) และความรุนแรง (คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3) คะแนน NPI ในแต่ละอาการคำนวณจากคะแนนความถี่คูณด้วยคะแนนความรุนแรง โดยการวิจัยครั้งนี้กำหนดให้อาการทางประสาทจิตเวชแต่ละข้อที่มีคะแนน $NPI \geq 4$ เป็นระดับความรุนแรงของอาการที่มี

ความสำคัญทางคลินิกในการพิจารณาให้การรักษา งานศึกษาครั้งนี้เลือกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้ทั้งสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานซึ่งคำนวณด้วยโปรแกรม SPSS และเลือกใช้ Pearson Chi-square วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม (ตามคะแนนแบบสอบถาม MMSE และ CDR) การรักษาดัวยยาต้านโรคจิต และมูลค่ายาในการรักษาภาวะสมองเสื่อม กับ อาการทางประสาทจิตเวชระดับที่มีความสำคัญทางคลินิกในการให้การรักษา (คะแนน $NPI \geq 4$)

wa

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้าร่วมกับงานวิจัยมีจำนวน 169 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 64.5 รองลงมา ได้แก่ จังหวัดลำพูนและเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 9.5 และ 5.9 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยมีอายุเฉลี่ย 74.8 ± 8.8 ปี (ค่าพิสัย 52-94 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.6 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม 2.2 ± 2.3 ปี ระยะเวลามัธยฐานที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมเท่ากับ 1 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คะแนนเฉลี่ย MMSE เท่ากับ 12.9 ± 7.1 คะแนนรวมเฉลี่ยของ NPI เท่ากับ 8.3 ± 7.3 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมเกิดจากโรคอัลไซเมอร์และโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 76.9 และ 12.4 ผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 52.1, 36.7, 26.6 และ 17.8 มีโรคความดันโลหิตสูง ไช้มนในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้าร่วมกับงานวิจัยมีอาการทางประสาทจิตเวชร่วมอย่างน้อย 1 ข้อ จำนวน 107 ราย โดยที่ผู้ป่วยจำนวน 77 ราย มีอาการทางด้านประสาทจิตเวชในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิกในการให้การรักษา คิดเป็นความชุกของอาการทางประสาทจิตเวชในผู้ป่วยสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 63.3 และความชุกของอาการทางประสาทจิตเวชที่มีระดับความสำคัญทางคลินิกในผู้ป่วยสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 45.6 การศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 33.1, 18.9, 11.2 มีอาการทางประสาทจิตเวชร่วมด้วยจำนวน 1, 2 และ ตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไปตามลำดับ อาการทางประสาทจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัญหาการนอนหลับและพฤติกรรมช่วงกลางคืน รองลงมา ได้แก่ ความคิดหลงผิด อารมณ์หงุดหงิดง่าย ความกังวลใจ และอาการประสาทหลอน คิดเป็นร้อยละ 20.7, 16.6, 15.4, 13.0 และ 13.0 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1)

ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ในงานวิจัยครั้งนี้จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา และด้วยหลายๆ งานศึกษาพบความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาต่ำกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งระดับการศึกษามีผลต่อคะแนนแบบทดสอบ MMSE¹¹ งานศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาเป็นเกณฑ์เบื้องต้นสำหรับหาความสัมพันธ์กับระดับอาการทางประสาทจิตเวช ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับการศึกษากับการเกิดอาการทางประสาทจิตเวชที่มีคะแนน $NPI \geq 4$

อาการทางประสาทจิตเวชพบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกระดับ โดยมีลักษณะและระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน งานศึกษาครั้งนี้มีการหาความสัมพันธ์เบื้องต้นของปัจจัยระยะเวลาเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยเลือกใช้การประมาณค่ามัธยฐานและค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม (1 และ 2 ปี ตามลำดับ) และปัจจัยระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม โดยเลือกใช้การแบ่งระดับด้วยแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002

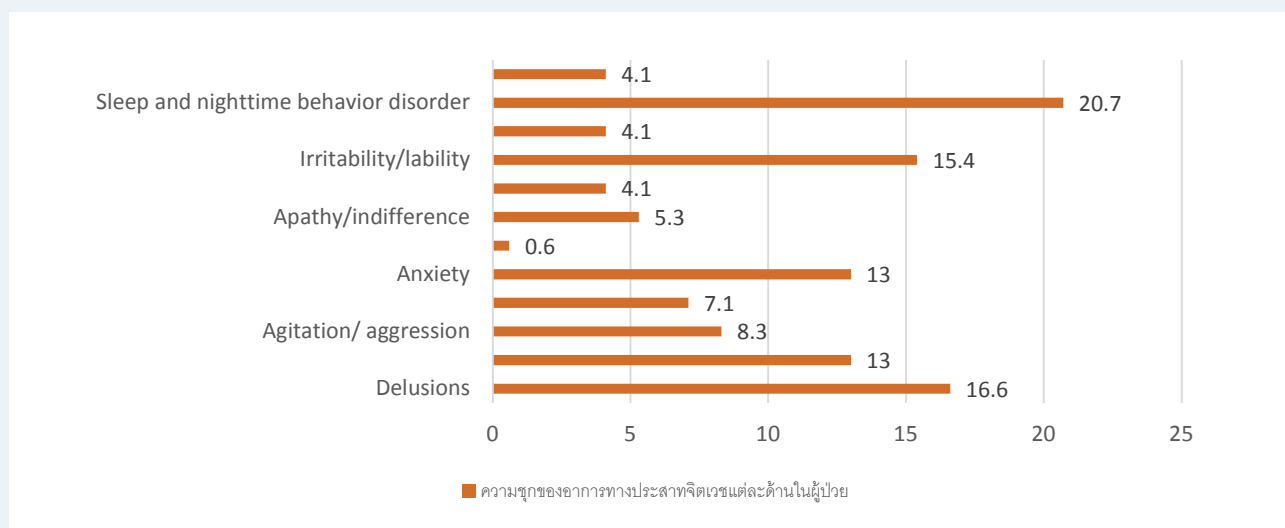
และ CDR กับระดับความรุนแรงของอาการทางประสาทจิตเวช งานวิจัยครั้งนี้พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วย

แบบทดสอบ CDR มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางประสาทจิตเวชที่มีคะแนน NPI \geq 4 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสมองเสื่อม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสมองเสื่อม	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 60	12	7.1
60-70	39	23.1
>70	118	69.8
เพศ		
หญิง	99	58.6
ชาย	70	41.4
สาเหตุของโรคสมองเสื่อม		
Alzheimer's disease	130	76.9
Vascular dementia	21	12.4
Parkinson's disease dementia	9	5.3
อื่นๆ	9	5.3
ระดับคะแนน MMSE		
\geq 21	32	18.9
11-20	75	44.4
0-10	62	36.7
ระดับคะแนน CDR		
0.5	2	1.2
1	100	59.2
2	43	25.4
3	24	14.2
จำนวนอาการทางประสาทจิตเวช ในผู้ป่วยแต่ละราย		
1 อาการ	56	33.1
2 อาการ	32	18.9
\geq 3 อาการ	19	11.2

แผนภูมิที่ 1 ความชุกของอาการทางประสาทจิตเวชแต่ละด้านของผู้ป่วยสมองเสื่อม (คะแนน NPI > 0)



ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการทางประสาทจิตเวช

		จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม						P- Value	OR	95% CI		
		NPI score < 4		NPI score ≥4*		Total						
		n	%	N	%	n	%					
เพศ	ชาย	35	38.0	35	45.5	70	41.4	0.331	1.357	0.734	2.511	
	หญิง	57	62.0	42	54.5	99	58.6					
อายุ (ปี)	< 60	8	8.7	5	6.5	13	7.7	0.810	1	0.342	4.465	
	60-70	22	23.9	17	22.1	39	23.1					
	>70	62	67.4	55	71.4	117	69.2					
ระดับการศึกษา	-ต่ำกว่าหรือเทียบเท่าระดับประถมศึกษา	61	66.3	57	74.0	118	69.8	0.277	1.448	0.743	2.825	
	-สูงกว่าระดับประถมศึกษา	31	33.7	20	26.0	51	30.2					
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม (ปี)	< 1	22	23.9	25	32.5	47	27.8	0.218	1.530	0.778	3.008	
	≥ 1	70	76.1	52	67.5	122	72.2					
	< 2	49	53.3	46	59.7	95	56.2					
	≥ 2	43	46.7	31	40.3	74	43.8					
คะแนน MMSE-Thai 2002	0-10	28	30.4	34	44.2	62	36.7	0.093	2.671	1.087	6.567	
	11-20	42	45.7	33	42.9	75	44.4					
	≥21	22	23.9	10	13.0	32	18.9					
คะแนน CDR	1	68	73.9	34	44.2	102	60.4	<0.001	1	2.526	1.218	5.238
	2	19	20.7	24	31.2	43	25.4					
	3	5	5.4	19	24.7	24	14.2					

หมายเหตุ* กำหนดให้คะแนน NPI ≥ 4 เป็นระดับอาการประสาทจิตเวชที่มีความสำคัญในการรักษาทางคลินิก

วิจารณ์

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้าร่วมการศึกษามีอายุเฉลี่ย 74.8 ± 8.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ค่าเฉลี่ย MMSE เท่ากับ 12.9 ± 7.1 สาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะสมองเสื่อมเกิดจากโรคอัลไซเมอร์ รองลงมาเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง จากการวิเคราะห์ข้อมูลอาการทางประสาทจิตเวชพบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้าร่วมการศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของ NPI รวม เท่ากับ 8.3 ± 7.3 และความชุกของอาการทางประสาทจิตเวชเท่ากับร้อยละ 63.3 โดยพบว่าสอดคล้องกับงานศึกษาอื่นๆ ซึ่งพบความชุกของอาการประสาทจิตเวชร้อยละ 66-94³ และสอดคล้องกับงานศึกษาของ Bergh¹² ในปี พ.ศ. 2555 ที่พบว่าความชุกของอาการทางประสาทจิตเวชในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจมีมากถึงร้อยละ 88-98

อาการทางประสาทจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด คือ ปัญหาการนอนหลับหรือพฤติกรรมช่วงกลางคืน รองลงมาได้แก่ ความคิดหลงผิด อารมณ์หงุดหงิดง่าย ความกังวลใจ และ อาการประสาทหลอน โดยคิดเป็นร้อยละ 20.7, 16.6, 15.4, 13.0 และ 13.0 ตามลำดับ และไม่พบอาการด้านอารมณ์ร้ายแรงหรือฟุ้งซ่าน จากการเปรียบเทียบกับงานวิจัยในประเทศไทยที่รายงานไว้โดย Senanarong¹³ พบว่าผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกมีความจำมีความชุกของอาการด้านอารมณ์

หงุดหงิดง่าย ความเฉยเมย กิจกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ และความกังวลใจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.9, 45.2, 42.5 และ 42.5 ตามลำดับ ในขณะที่พบอาการด้านอารมณ์ร้ายแรงหรือฟุ้งซ่านน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.8 และจากการรายงานโดย Chareemboon¹⁴ ซึ่งศึกษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในคลินิกความจำพบว่าอาการทางประสาทจิตเวชที่พบบ่อยได้แก่ ความเฉยเมย ปัญหาการนอนหลับและพฤติกรรมช่วงกลางคืน ความเจริญอาหารหรือการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป และอารมณ์หงุดหงิดง่าย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71.0, 61.3, 56.5, 51.6 และ 45.2 ตามลำดับ ในขณะที่พบอารมณ์ร้ายแรงหรือฟุ้งซ่านน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.5 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาผู้ป่วยสมองเสื่อมของไทยที่รายงานไว้ดังกล่าว พบว่าอาการทางประสาทจิตเวชที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละที่มีลักษณะอาการคล้ายๆ กัน ต่างกันที่ความชุกของแต่ละอาการ ความชุกของแต่ละอาการที่พบจากการวิจัยครั้งนี้จะน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการวิจัยที่ผ่านมา ทั้งนี้อาจเนื่องจากหลายสาเหตุ ได้แก่ สาเหตุและระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน การรับรู้อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมจากญาติและผู้ดูแล รวมทั้งความเชื่อและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันระหว่างภูมิภาค

สรุป

การศึกษาค้นคว้าพบว่าความชุกของอาการทางประสาทจิตเวชในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 63.3 โดยระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วยแบบทดสอบ CDR มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการทางประสาทจิตเวช สรุปได้ว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประสาทเชิงใหม่ตรวจพบอาการทางประสาทจิตเวชร่วมด้วยได้บ่อย

ข้อเสนอแนะ

แม้ว่าอาการทางประสาทจิตเวชในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะพบได้บ่อย แต่เนื่องจากการประเมินอาการดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากญาติและผู้ดูแลใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม รวมทั้งต้องมีผู้ชำนาญหรือผ่านการอบรมในการประเมิน ทำให้การประเมินหาอาการดังกล่าวในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมยังน้อยกว่าที่ควร นอกจากนี้การรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมยังมีความยุ่งยาก ซับซ้อน โดยแบ่งออกเป็นการรักษาภาวะสมรรถภาพสมองที่ถดถอย การรักษาอาการทางประสาทจิตเวช และการรักษาตามอาการอื่นๆ ทั้งรูปแบบการใช้ยา และการรักษาแบบไม่ใช้ยา เช่น การปรับสภาพแวดล้อม การรักษาโรคร่วมอื่นๆ การทำกิจกรรมบำบัด การให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลใกล้ชิดเกี่ยวกับเรื่องสมองเสื่อม และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ตามระยะความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งการดูแลสภาพจิตใจของญาติและผู้ดูแลซึ่งพบว่ามีความเครียดและอาการซึมเศร้าร่วมด้วยได้บ่อย ดังนั้นการสร้างระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้งในแง่การวินิจฉัย การส่งต่อ การดูแลรักษาตามศักยภาพของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ มีส่วนทำให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยสมองเสื่อม ญาติและผู้ดูแล และทีมงานสหวิชาชีพประจำคลินิกความจำโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ทุกท่าน สำหรับความร่วมมือในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ รวมทั้งความรู้และประสบการณ์ร่วมกันในการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อมตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

References

1. Aekplakorn W, Author. Thai National Health Examination Survey, NHES V 2014. Nonthaburi: Health system research institute; 2016.
2. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K, et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol* 2008; 7:812-26.
3. Borsje P, Wetzels RB, Lucassen PL, Pot AM, Koopmans RT. Neuropsychiatric symptoms in patients with dementia in primary care: a study protocol. *BMC Geriatr* 2014; 14:32.
4. Steffens DC, Maytan M, Helms MJ, Plassman BL. Prevalence and clinical correlates of neuropsychiatric symptoms in dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2005; 20:367-73.
5. Sittironnarit G, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): Concept and Treatment. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011; 56: 449-62.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: APA Press; 2000.
7. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Mini-Mental State Examination Thai-version 2002 (MIMSE-THAI 2002). Bangkok: Institute; 2002.
8. Pernecky R, Wagenpfeil S, Komossa K, Grimmer T, Diehl J, Kurz A. Mapping scores onto stages: mini-mental state examination and clinical dementia rating. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 139-44.
9. Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology* 1993; 43: 2412-4.
10. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-14.
11. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 922-35.
12. Bergh S, Selbaek G. The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in the patients with dementia. *Norsk Epidemiologi* 2012; 22: 225-32.
13. Senanarong V, Pongvarin N, Jamjumras P, Sriboonroung A, Danchaiwijit C, Udomphanthuruk S, et al. Neuropsychiatric symptoms, functional impairment and executive ability in Thai patients with Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 2005; 17: 81-90.
14. Chareernboon T, Phanasathit M. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a cross-sectional descriptive study in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2014; 97: 560-5.