



# ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจ ในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิด และการรักษา

กอบทัย สิทธิรัตนฤทธิ พบ.\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อทบทวนความสำคัญ ความชุก การดำเนินโรค การจำแนกกลุ่มอาการ การประเมินอาการและการรักษาปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms in dementia: BPSD) โดยละเอียด

**วิธีการศึกษา:** ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากตำรา หนังสือ และบทความทางวิชาการผ่าน PubMed โดยคำสำคัญที่ใช้คือ สมองเสื่อม (dementia) อัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) อาการทางจิตเวช และระบบประสาท (neuropsychiatric symptoms: NPS) พฤติกรรม (behavior) อารมณ์และจิตใจ (psychological symptoms) และ BPSD

**ผลการศึกษา** ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม ไม่ว่าภาวะสมองเสื่อมนั้นจะเกิดจากสาเหตุใด ผู้ป่วยสมองเสื่อมกว่าร้อยละ 90 จะมีปัญหานี้ร่วมด้วย ในเวลาใดเวลาหนึ่งของการดำเนินโรคและรุนแรงจนจำเป็นต้องได้รับการรักษา ปัญหานี้สามารถพบได้ในทุกระดับความรุนแรงแม้กระทั่งในกลุ่มผู้ป่วย mild cognitive impairment (MCI) แต่จะพบปัญหานี้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรง โดยอาการมักจะขึ้นๆ ลงๆ เกิดซ้ำได้บ่อยๆ และปัญหาดังกล่าวมักจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นอย่างมาก ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาและอัตราการรับตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้รักษาในโรงพยาบาลสูงมากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ

**สรุป** ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อมประกอบด้วยสี่กลุ่มอาการสำคัญ ได้แก่ กลุ่มอาการด้านอารมณ์ กลุ่มอาการโรคจิต กลุ่มอาการ vegetative และกลุ่มอาการอื่นๆ สำหรับการประเมินอาการ BPSD ควรใช้หลัก ABCs หรือ four Ds approach ควรคู่ไปกับการประเมินปัจจัยแวดล้อมที่อาจกระตุ้นให้เกิดอาการ BPSD ได้ ส่วนการรักษานั้นให้พยายามค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการก่อน (ถ้าหาได้) จากนั้นจึงให้การรักษาโดยไม่ใช้ยา หากยังไม่ได้ผลจึงค่อยพิจารณาเลือกยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป โดยควรให้ยาตัวเดียว (monotherapy) ไปก่อน

**คำสำคัญ** สมองเสื่อม อัลไซเมอร์ อาการทางจิตเวชและระบบประสาท พฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(4): 499-462

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



# Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): Concept and Treatment

Gobhathai Sittironnarit, M.D.\*

## ABSTRACT

**Objective:** To review literatures about prevalence, clinical course, clinical syndrome, assessment and treatment of BPSD in dementia.

**Method:** Systematic reviewed by searching of textbook, pubmed using keywords: dementia, Alzheimer's disease, neuropsychiatric symptoms, NPS, behavior, psychological symptoms and BPSD.

**Results:** Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) are very common in demented population even though whatever pathology is underlined. More than 90% of demented people will exhibit at least one BPSD that needs specific management at some point in the course of their illness. BPSD may present in all severity of dementia even in mild cognitive impairment (MCI), but are often seen with greater frequency and severity in the later stages of dementing illnesses. The symptoms may wax and wane, with a high rate of recurrence after onset. Besides, BPSD make more trouble than cognitive deficits for caregivers of demented people, associate with increased rates of institutionalization, cost of care and caregiver's stress and burden. The background, significance, prevalence, course, classification, assessment and management of BPSD were addressed in this article.

**Conclusion:** BPSD consists of 4 symptoms as the following: mood, psychosis, vegetative and other symptoms. Assessment of BPSD should be ABCs of four Ds approach, combined with environmental factors that precipitating to BPSD. Treatment is try to find the causes of BPSD and non pharmacological treatment, then pharmacological treatment should be monotherapy.

**Keywords:** dementia, Alzheimer's disease, neuropsychiatric symptoms, behavior, psychological symptoms

J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(4): 499-462

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

## **บทนำ**

ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือ “Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)” หรือ “Neuropsychiatric symptoms (NPS)” นั้นเป็นกลุ่มอาการที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติในการรับรู้ สมาธิ ความจำ การคำนวณ การวางแผน การเรียงลำดับความสำคัญ การใช้เหตุผล การตัดสินใจ ความสามารถในการใช้ภาษา (cognitive functions) โดยตรง<sup>1</sup> แต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (carer or caregiver) อย่างมาก

## **ความเป็นมาของ BPSD**

ในความเป็นจริงแล้วปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ เช่น อารมณ์เศร้า อาการหลงผิด ปัญหาเรื่องการนอน การควบคุมอารมณ์ ฯลฯ นั้นพบร่วมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมมานานแล้วเพียงแต่ไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างเป็นทางการอย่างเป็นระบบเท่าที่ควรในประเทศที่พัฒนาแล้วก็เพิ่งมีการศึกษาอย่างเป็นระบบเมื่อประมาณสองทศวรรษที่ผ่านมาเท่านั้นเอง (ช่วงปี พ.ศ. 2533) และเนื่องจากการใช้คำศัพท์หรือนิยามที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษาก่อให้เกิดปัญหาในการส่งต่อและพัฒนาความรู้ในด้านนี้อย่างต่อเนื่อง สมาคมจิตเวชผู้สูงอายุนานาชาติ (International Psychogeriatric Associations: IPA) จึงได้มีมติบัญญัติศัพท์คำว่า “Behavioral Disturbances of Dementia (BDD)” ขึ้นมาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและเชื่อมต่อการศึกษาเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการนี้อย่างเป็นทางการ แต่ในระยะเวลาต่อมากลับพบว่าการใช้คำนี้ยังไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งหมดจึงได้เปลี่ยนไปใช้คำว่า “Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia (BPSD)” แทน และในที่สุดก็ตัดคำให้สั้นลงเหลือเพียงคำว่า “Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)” ในที่สุด<sup>1-4</sup>

## **ความสำคัญของ BPSD**

BPSD เป็นหนึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมแบบ Lewy-body (DLB) และ frontotemporal dementia (FTD) อีกทั้งยังพบได้บ่อยในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และผู้ป่วยสมองเสื่อมจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง (vascular dementia) นอกจากนี้ยังพบอาการ BPSD ได้ในกลุ่มผู้ป่วย mild cognitive impairment (MCI), Parkinson's disease with dementia (PDD), progressive supranuclear palsy (PSP) และ corticobasal degeneration (CBD) ได้อีกด้วย

อาการ BPSD มักจะสร้างปัญหาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่าอาการจาก cognitive function ที่เสื่อมลง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายรู้สึกว่า เป็นภาระหรือเกิดอาการซึมเศร้าตามมา เพิ่มภาวะทุพพลภาพ (disability) ในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเพิ่มอัตราการรับตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้รักษาในโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ cognitive function โดยไม่มีอาการ BPSD<sup>5</sup>

## **ความชุกของ BPSD**

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมตามแหล่งชุมชนจะมีอาการ BPSD ประมาณร้อยละ 60<sup>6</sup> และในช่วงใดช่วงหนึ่งของการป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนี้ ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 จะเกิดอาการ BPSD ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา<sup>1</sup> ความชุกในการเกิด BPSD จะสูงขึ้นถึงร้อยละ 95 ในผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบอัลไซเมอร์ขั้นรุนแรง (advanced Alzheimer's disease) และผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบ frontotemporal dementia (FTD)<sup>7</sup> โดยอาการ BPSD ที่พบบ่อยที่สุดคือความเฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ (apathy) ความพลุ่งพล่าน กระวนกระวายใจ (agitation) และอารมณ์ซึมเศร้า (depression)<sup>6</sup>

สำหรับในประเทศไทย มูทิตา พนาสถิติย์ และคณะ พบอาการ BPSD ในกลุ่มผู้ป่วย mild cognitive impairment (MCI) ประมาณร้อยละ 75 โดยพบอาการวุ่นวายช่วงกลางคืน (night-time behaviors) บ่อยที่สุด (ร้อยละ 37.5) และพบอาการ BPSD ในกลุ่มผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ประมาณร้อยละ 97.5 โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดคือความอยากอาหารที่เปลี่ยนไป (ร้อยละ 57.5) รองลงมาคืออาการเฉยเมย ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์และ aberrant motor activity (พบเท่ากันคือร้อยละ 52.5) และพบผู้ป่วยมีอาการ BPSD พร้อมกัน 2 อาการมากที่สุด<sup>8</sup>

### การดำเนินโรคของ BPSD

พบได้ในทุกระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม แต่มักพบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรง อาการมักจะขึ้นๆ ลงๆ (wax and wane) และเกิดซ้ำได้บ่อย<sup>5</sup>

### การจำแนกกลุ่มอาการ BPSD

Burns และคณะ ได้เริ่มจำแนกกลุ่มอาการ BPSD ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2533 โดยตั้งต้นจากการจำแนกอาการในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ก่อนและต่อมายังขยายขอบเขตมายังกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมอื่นๆ ด้วย โดยจำแนกกลุ่มอาการ BPSD ออกเป็น 4 กลุ่มอาการหลัก ได้แก่ กลุ่มอาการด้านพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พลุ่พลุ่ผ่านกระวนกระวาย ปัญหาการนอน และการควบคุมอารมณ์เพศ กลุ่มอาการด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์ดีหรือหงุดหงิดเกินปกติ และวิตกกังวลเกินเหตุ กลุ่มอาการเกี่ยวกับความคิดที่ผิดปกติ เช่น อาการหลงผิด (delusion) และกลุ่มอาการเกี่ยวกับการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่น อาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นต้น<sup>9-12</sup>

ต่อมาทางสมาคมจิตเวชผู้สูงอายุนานาชาติ (International Psychogeriatric Associations: IPA) ได้มีการปรับปรุงการจำแนกใหม่โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการคือ กลุ่มอาการด้านอารมณ์ กลุ่มอาการโรคจิต

(psychotic symptoms) ซึ่งประกอบด้วยอาการหลงผิดและประสาทหลอนเป็นหลัก กลุ่มอาการ vegetative เช่น วงจรการนอนผิดปกติ พลุ่พลุ่ผ่านกระวนกระวาย เดินไปเดินมาแบบไร้จุดหมาย และกลุ่มอาการอื่นๆ (other phenomena) เช่น การก้าวร้าวทางกายภาพและทางวาจา (physical and verbal aggression) ส่งเสียงดังเข้าที่ ควบคุมอารมณ์เพศไม่ได้<sup>1</sup> โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (mood symptoms)

พบอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลได้บ่อยก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม (premonitory stages of dementia) หรือในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการน้อย (mild dementia) สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรง (advanced dementia) แล้วมักพบความวิตกกังวลมากกว่าอาการซึมเศร้า และอาการด้านอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุดคือความเฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ (apathy)<sup>1</sup>

อาการซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะเด่นที่ความรู้สึกหมดความสนใจในกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ (anhedonia) และมีความนับถือตนเองลดลง (low self-esteem) ในขณะที่อารมณ์เศร้าหมอง (sadness) รู้สึกผิด (feeling of guilt) และคิดอยากฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง (suicidality) นั้นจะพบน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (major depression)<sup>13</sup> กล่าวโดยสรุปแล้วอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะเป็นชั่วคราวและไม่รุนแรงเท่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า<sup>14</sup> ณ ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมองที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมแน่ชัด แต่เชื่อว่าอาจเกิดจาก hypometabolism ที่สมองส่วน frontal และ anterior cingulate gyrus<sup>15</sup> หรืออาจเป็นที่สมองส่วน parietal และ right temporal region ก็ได้<sup>16,17</sup> สำหรับอาการแมเนีย (mania) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นพบน้อยมาก แต่ก็ยังสูงกว่าในผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมอยู่เล็กน้อย<sup>5</sup> โดยพบอาการนี้ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ประมาณร้อยละ 4 เท่านั้น<sup>11, 18</sup>

## 2. กลุ่มอาการโรคจิต (psychotic symptoms)

ไม่ค่อยพบอาการหลงผิด (delusion) และประสาทหลอน (hallucination) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการน้อย (mild dementia) แต่จะพบอาการทั้งสองนี้ได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะรุนแรง (advanced dementia)<sup>1</sup> และผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบ Lewy-body (DLB) ซึ่งพบอาการเหล่านี้ได้ประมาณร้อยละ 5

อาการหลงผิดที่พบจะเป็นอาการหลงผิดชนิดไม่วิตถาร (non-bizarre delusion) เช่น คิดว่ามีคนมาปองร้าย (persecutory delusion) มีคนปลอมตัวมาเป็นญาติหรือเพื่อนของตนของตน (Capgras delusion) มีคนแปลกหน้าอาศัยอยู่ในบ้าน (phantom boarder syndrome) สมบัติถูกขโมย (delusion of theft) และคู่สมรสนอกใจ (jealousy delusion) ซึ่งอาการหลงผิดเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด กังวล ไม่สบายใจ ไม่ปลอดภัยเมื่ออาศัยอยู่ที่บ้านหรือโรงพยาบาลและนำไปสู่การพยายามหนีออกจากที่พักอาศัยได้<sup>1, 5</sup>

สำหรับอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคืออาการหูแว่วและเห็นภาพหลอน โดยผู้ป่วยมักได้ยินเสียงของบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วหรือได้ยินเสียงของบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในห้อง ส่วนภาพหลอนที่เห็นจะค่อนข้างเป็นเรื่องเป็นราวและมีสีสัน<sup>5</sup>

## 3. กลุ่มอาการ vegetative

อาการกลุ่มนี้มักจะสัมพันธ์กับความสามารถด้าน visuospatial ที่ลดลง มักจะแสดงออกด้วยอาการพลุ่งพล่านกระวนกระวายแต่ไม่ก้าวร้าว (non-aggressive agitation) เช่น แต่งกายไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ เปลื้องผ้าในที่สาธารณะ เดินไปเดินมาแบบไร้จุดหมาย (wandering) ลุกเดินระหว่างรับประทานอาหาร ลุกเดินไปมายามวิกาล (nocturnal ambulation) พยายามหนีออกจากบ้านหรือสถานรับดูแลผู้สูงอายุ<sup>5, 19, 20</sup> เป็นต้น มักพบอาการเหล่านี้ได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรง (advanced dementia) ที่สุขภาพกายค่อนข้างแข็งแรงและมีโรคร่วมทางกายน้อย อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ การเดินไปเดินมา

แบบไร้จุดหมายในสภาพแวดล้อมปกติ ซึ่งอาจเกิดจากการพยายามกระตุ้นตนเองของผู้ป่วยให้มีปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอก<sup>20</sup> นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมพุดซ้ำๆ ย้ำไปย้ำมา เข้าที่ บ่นหรือถามซ้ำๆ เรียกร้องความสนใจเกินควร<sup>5, 19, 20</sup> ซึ่งมักพบในผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรงที่มีโรคทางกายร่วมมากและมีอาการเจ็บปวดหรือความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมด้วยหรือในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่ต้องการหรือเหมาะสม อาการเหล่านี้เกิดในช่วงเย็น เมื่อผู้ป่วยอยู่คนเดียว ถูกผูกมัด หรือขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ขับถ่าย เป็นต้น กล่าวโดยสรุปแล้วปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (ยกเว้นการเดินทางไปเดินมาแบบไร้จุดหมาย) มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยถูกผูกมัด ต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง อยู่ในสภาพอากาศที่ไม่เหมาะสม เช่น หนาวหรือร้อนเกินไป และไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมนั่นเอง<sup>20</sup>

ปัญหาเรื่องวงจรการนอน (sleep-wake cycle) ผิดปกติในผู้ป่วยสมองเสื่อมก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบบ่อย โดยผู้ป่วยจะจับหลับในช่วงกลางวัน (frequent day-time napping) หลับไม่ค่อยสนิท ตื่นช่วงกลางคืนบ่อยๆ (multiple nocturnal awakening) และตื่นกลางดึกก่อนนานกว่าจะหลับได้อีก หรืออาจตื่นแล้วไม่หลับอีก (prolonged night-time wakefulness)<sup>15, 21</sup> ซึ่งปัญหาเรื่องการนอนนี้จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สบายใจเป็นอย่างมาก และปัญหาเรื่องการนอนนี้ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยถูกรับตัวไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล<sup>22</sup>

## 4. กลุ่มอาการอื่นๆ (other phenomena)

แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มย่อย คือ การก้าวร้าวทางกายภาพและทางวาจา (physical and verbal aggression) และการมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ขาดความยับยั้งชั่งใจ ควบคุมอารมณ์เพศไม่ได้ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (irritability and disinhibition)<sup>5, 20</sup>

4.1 การก้าวร้าวทางกายภาพและทางวาจา (physical and verbal aggression) เช่น การตี ตะข่วน ขว้างปาข้าวของ กัด ถ่มน้ำลาย สบประทุพุดคำหยาบพบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรง (advanced

dementia) ที่รู้สึกไม่สบายกายและวิตกกังวล จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแล้วรู้สึกวุ่นวายหรือร้อนเกินไป คิดว่าถูกล่วงล้ำความเป็นส่วนตัว หรือปวดเมื่อยตามตัว พฤติกรรมเหล่านี้จะพบในเพศชายมากกว่าหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพค่อนข้างก้าวร้าวมาตั้งแต่ก่อนป่วย<sup>20</sup>

4.2 การมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ขาดความยับยั้งชั่งใจ (irritability and disinhibition) ควบคุมอารมณ์เพศไม่ได้ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อารมณ์ที่หงุดหงิดง่ายมักแสดงออกโดยการโต้เถียง มุ่ยหน้า มุ่ยปาก นิ่งเงียบไม่พูดไม่จา หรือส่งเสียงดังด้วยความโกรธ ส่วนการขาดความยับยั้งชั่งใจ เช่น การแสดงความเป็นมิตรมากเกินไปจนเกินควร (excessive friendliness) การแสดงความเห็นอย่างไม่ถูกกาลเทศะ การควบคุมอารมณ์เพศไม่ได้ก็มักเกิดจากการขาดความยับยั้งชั่งใจที่ดีเช่นกัน ผู้ป่วยอาจแสดงออกด้วยการอวดอวัยวะเพศ (self-exposure of genitalia) สำเร็จความใคร่ด้วยตนเองบ่อยๆ (compulsive masturbation) พูดจาทะลวงหรือล่วงเกินทางเพศหรือสัมผัสตัวผู้ดูแลและทีมผู้รักษาอย่างไม่เหมาะสม (inappropriate sexual advances and touching)<sup>5</sup>

อาการต่างๆ เหล่านี้ล้วนนำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการรักษา ก่อให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพ ปัญหาด้านกฎหมายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและญาติ ส่งผลให้ญาติและผู้ดูแลรู้สึกท้อทรมานใจ คิดว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักหน่วงหรืออาจมีอาการซึมเศร้าตามมาได้ในที่สุด<sup>5</sup>

### การประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อมที่สงสัยว่าอาจมีอาการ BPSD ร่วมด้วย

ควรซักประวัติจากผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย ตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิตผู้ป่วยโดยละเอียด และส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเมื่อสงสัยว่าอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ BPSD ได้ ถ้าพบสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการควรรีบแก้ไขโดยด่วน

หลักการประเมินอาการ BPSD มีหลายวิธี ได้แก่

#### 1. ABCs approach<sup>23,24</sup>

- Antecedents: มองหาสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอาการ BPSD ได้ทั้งจากสิ่งแวดล้อม บุคคลอื่น และตัวผู้ป่วยเอง

- Behavior: อาการ BPSD ที่เกิดขึ้นเป็นอาการในกลุ่มใด

- Consequences: ใครเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากอาการ BPSD บ้าง และผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

#### 2. Four Ds approach<sup>25</sup>

- Define: ซักประวัติจากญาติและผู้ดูแล ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตและตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินว่าขณะนี้ผู้ป่วยมีอาการใดของ BPSD

- Decode: มองหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ BPSD เช่น ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ (hypothyroidism) เป็นต้น

- Devise: อธิบายญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ BPSD สอนวิธีการพูดและปฏิบัติต่อผู้ป่วย (approachment) การปรับสภาพแวดล้อม และรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ให้รวมถึงวิธีการบริหารยา (ถ้าจำเป็นต้องให้ยาช่วยด้วย)

- Determine: ตั้งเป้าหมายในการรักษาอาการ BPSD และปรับเปลี่ยนกลวิธีใหม่หากวิธีการรักษาเดิมไม่ได้ผล

### คำถามที่อาจเป็นประโยชน์ในการประเมินอาการ BPSD<sup>1</sup>

1. อาการ BPSD ใดที่ทำให้สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลรู้สึกลำบากใจ และใครเป็นผู้ที่ลำบากใจที่สุดในการดูแลผู้ป่วย

2. อาการ BPSD นี้เกิดขึ้นเมื่อใด ที่ไหน และในสถานการณ์ใด

3. เคยได้มีการพยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาการ BPSD หรือยัง ถ้าเคยแล้วได้ลองใช้วิธีใดมาบ้าง

แบบประเมินอาการ BPSD แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่คือ<sup>5</sup>

1. แบบประเมินอาการ BPSD ที่ประเมินอาการใดอาการหนึ่งเป็นหลัก เช่น Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) เพื่อประเมินอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย และ Cornell Scale for Depression in Dementia and the Apathy Inventory เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและความเฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์

2. แบบประเมินอาการ BPSD โดยรวม เช่น Behavioral Pathology in AD Rating Scale (BEHAVE-AD), Neuropsychiatric Inventory (NPI), และ Behavioral Rating Scale for Dementia (BRSD)

### การรักษาอาการ BPSD<sup>1</sup>

หลักการรักษาอาการ BPSD ที่สำคัญที่สุดคือ “primum non nocere” ซึ่งหมายความว่าถ้ายังไม่แน่ใจ ก็อย่าเพิ่งทำอะไรนั่นเอง เนื่องจากปัจจุบันนี้ยังไม่มี การรักษาใดที่มีผลการศึกษาที่มีหลักฐานสนับสนุนที่ชัดเจน และการรักษาบางอย่างโดยเฉพาะการใช้ ยารักษาอาการ BPSD จะก่อให้เกิดผลข้างเคียง อันไม่พึงประสงค์ หรือก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (disability) ตามมาหรืออาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ แม้จะพบไม่บ่อยก็ตาม

โดยทั่วไปแล้วการรักษาอาการ BPSD ที่ดีที่สุดคือ การแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ (ถ้าหาได้) ก่อน หลังจากนั้นจึงให้การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management) และให้การรักษาด้วยยา (pharmacological management) ตามลำดับ หากจำเป็นต้องใช้ยาควรเลือก ใช้ยาตัวเดียว (monotherapy) ก่อน

### ปัจจัยสนับสนุนที่ก่อให้เกิดอาการ BPSD<sup>25</sup>

- ปัจจัยทางชีวภาพ (biological stress) หรือ ภาวะเพื่อสับสนจากโรคทางกาย (delirium) หรือโรคทาง กายเอง เช่น ท้องผูก ปวดศีรษะ ภาวะติดเชื้อในทางเดิน

หายใจ ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ มีความเจ็บปวด หิวหรือกระหายน้ำ เป็นต้น

- โรคร่วมทางจิตเวช (co-morbidity) และ/หรือ การกำเริบของโรคจิตเวช (recurrent episode)

- ความสามารถของ cognitive function ลดลง เช่น ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ (inability to express vocally)

- ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) เช่น อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังเกินไป ร้อนหรือหนาวเกินไป เป็นต้น

- การไม่ได้รับการตอบสนองดังที่ต้องการ (unmet needs)

- ผู้ดูแลด้อยประสบการณ์หรือรุกร้าความ เป็นส่วนตัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมมากเกินไป (unsophisticated or intrusive caregiving)

- ผลข้างเคียงจากยา

### การรักษาอาการ BPSD โดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management)

ปัจจุบันนี้ยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติใดที่มี ประสิทธิภาพเพียงพอในการรักษาอาการ BPSD เนื่องจากอาการเหล่านี้เกิดได้จากหลายสาเหตุ ส่วนใหญ่ แล้วจึงเน้นที่การปรับเปลี่ยนอาการ BPSD ที่ไม่พึงประสงค์ มากกว่าการแก้ไขสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการ<sup>26</sup> สำหรับใน ประเทศไทยนั้นมีแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (clinical practice guideline for dementia) ที่พัฒนา โดยสถาบันประสาทวิทยา ร่วมกับตัวแทนราชวิทยาลัย สมาคม มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล และสถาบันต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนจากทั่วประเทศ เริ่มใช้ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2551<sup>24</sup> และได้รับความนิยมน้อยอย่างแพร่หลาย อย่างไรก็ตามแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อมนี้ ก็ได้มีคำแนะนำการรักษาอาการ BPSD ตามสาเหตุต่างๆ ไว้เช่นกัน

การรักษาอาการ BPSD โดยไม่ใช้ยาสามารถ แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มย่อยคือ การให้การรักษาที่เน้น



การสื่อสารด้วยอวัจนภาษาและการให้การรักษานี้เน้น  
การสื่อสารด้วยอวัจนภาษา<sup>26</sup>

**1. การให้การรักษานี้เน้นการสื่อสารด้วย  
อวัจนภาษา (non-verbal intervention) ประกอบไปด้วย**

- สุนทรบำบัด (aromatherapy) การใช้น้ำมัน  
หอมระเหยจะช่วยลดความวิตกกังวล พลุ่พลา  
นกระวนกระวายใจและกระตุ้นประสาทสัมผัสให้ทำงาน  
อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รูปแบบการใช้สุนทรบำบัด  
ก็มีหลากหลายวิธีให้เลือกใช้ เช่น ใช้สูดดม ใช้ขวด  
ใช้อาบน้ำ หรือทาเฉพาะที่ก็ได้ กลิ่นที่นิยมใช้ในผู้ป่วย  
สมองเสื่อมมากที่สุดคือกลิ่นเมลิสสา (melissa) และ  
กลิ่นลาเวนเดอร์ (lavender) อย่างไรก็ตามกลไกการ  
ออกฤทธิ์ของการใช้สุนทรบำบัดในการรักษาอาการ  
BPSD นั้นยังไม่มีผู้ใดทราบแน่ชัด
- การรักษาด้วยแสงสว่าง (bright light therapy:  
BLT) เพื่อปรับ circadian rhythms ของผู้ป่วยสมอง  
เสื่อมและช่วยลดอาการ sundowning syndrome ด้วย  
โดยทั่วไปแนะนำให้วางกล่องส่องแสง (light box) ให้อยู่  
ในลานสายตาของผู้ป่วยและห่างจากตัวผู้ป่วยประมาณ  
1 เมตร ความเข้มของแสงอยู่ที่ 2,000-10,000 ลักซ์  
อาจให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยแสงนานครั้งละ 30 นาที  
ถึง 2 ชั่วโมง วันละ 1-2 ครั้ง และอาจรักษาได้นานถึง  
8 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติที่  
แน่นอนในการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยวิธีนี้
- ดนตรีบำบัด (music therapy) ช่วยเพิ่ม  
ช่องทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรง  
ที่สูญเสียความสามารถด้านภาษาไป อาจมีประโยชน์  
ในแง่ของการทบทวนความจำและการรับรู้ในเรื่องเวลา  
สถานที่และบุคคล (orientation) รวมถึงช่วยฝึกทักษะ  
ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นอีกครั้ง
- การออกกำลังกาย (exercise) ช่วยลดความ  
รู้สึกพลุ่พลาผ่านกระวนกระวายใจ ปรับให้อารมณ์สดชื่น  
แจ่มใสมากขึ้นและช่วยให้คุณภาพการนอนดีขึ้น
- การรักษาแบบ snoezelen เป็นการรักษา  
ที่ใช้แสงสว่าง พื้นผิวสัมผัสที่แตกต่างกัน ดนตรี และ

สุนทรบำบัดเป็นตัวกระตุ้นการมองเห็น การสัมผัส การได้ยิน  
และการรับกลิ่นในผู้ป่วยสมองเสื่อมไปพร้อมๆ กัน (multi-  
sensory stimulation) แรกเริ่มเดิมทีนั้นใช้ในการรักษา  
ผู้ป่วยที่มีปัญหาบกพร่องเรื่องการเรียน (learning  
disability) และต่อมาได้นำมาประยุกต์ใช้ในการรักษา  
ผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย

**2. การให้การรักษานี้เน้นการสื่อสารด้วย  
อวัจนภาษา (verbal intervention) ประกอบไปด้วย**

- การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมปัญหา  
ด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ (BPSD) ที่สามารถ  
พบร่วมได้ เพื่อให้ญาติและผู้ดูแลมีความเข้าใจ รวมถึง  
ทราบวิธีในการดูแลและตอบสนองผู้ป่วยสมองเสื่อมได้  
อย่างเหมาะสม
- การฝึกให้ผู้ป่วยรับรู้เวลา สถานที่และบุคคล  
ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง (reality orientation) เพื่อ  
ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในโลกของความเป็นจริงและลดความ  
วิตกกังวลของผู้ป่วย โดยทั่วไปการฝึกในลักษณะนี้  
จะฝึกเป็นกลุ่มโดยฝึกวันละครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง  
ประมาณ 5 วันต่อสัปดาห์
- การจัดกิจกรรมระลึกถึงความทรงจำดีๆ ในอดีต  
(reminiscence therapy) เช่น พุดคุยเกี่ยวกับช่วง  
วัยเด็ก วัยทำงาน หรือช่วงชีวิตที่ผู้ป่วยมีความสุข อาจใช้  
รูปถ่าย เทป วิดีทัศน์หรือของที่ระลึกเป็นตัวช่วยทบทวน  
ความทรงจำในอดีตก็ได้ กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วย  
ตระหนักถึงอัตลักษณ์และคุณค่าของตนเอง และอาจ  
ช่วยกระตุ้นความจำได้อีกด้วย
- การหาความหมายของพฤติกรรมและอารมณ์  
ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา (validation therapy) พัฒนา  
โดยนาอิมิ ฟิล (Naomi Feil) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยา<sup>26</sup>  
การรักษานี้เชื่อว่าพฤติกรรมที่แสดงออกมามี  
ความหมายแฝงอยู่ทั้งสิ้นและเกิดจากปมขัดแย้งในอดีต  
ที่ยังไม่สามารถแก้ไขหรือผ่านพ้นไปได้ (unfinished  
conflicts) หากเข้าใจความหมายแฝงที่ซ่อนอยู่และ  
สะท้อนอารมณ์ของผู้ป่วยได้เหมาะสมแล้วจะช่วยให้  
สื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีขึ้นอีกทั้งช่วยบรรเทาความทุกข์  
ทรมานใจและความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้



นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกการรักษาอาการ BPSD โดยไม่ใช้ยาตามอาการต่างๆ ได้ดังนี้<sup>20, 26</sup>

**1. อาการซึมเศร้า (depressed affect)** เกิดจากความรู้สึกว่าต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้อื่น ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (lack of control) หดห้วง (a sense of helplessness) ขาดแรงจูงใจที่ดี (insufficient reinforcing activities) และต้องอยู่อย่างเดียวดาย โดยลำพัง (loneliness) จึงควรให้การรักษาโดยไม่ใช้ยา ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

- ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สร้างความรู้สึกว่าผู้ป่วยยังสามารถจัดการกับชีวิตตนเองได้พอสมควร เช่น ให้ผู้ป่วยเลือกว่าจะใส่เสื้อผ้าชุดไหน หรือจะรับประทานอาหารเช้าชนิดใด เป็นต้น

- ยอมรับอาการหลงลืมของผู้ป่วย หาความหมายของพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา และสะท้อนอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อความจำที่ถดถอยลง (validation therapy)

- ให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยเฉพาะบุคคลอื่นเป็นที่รักและมีความสำคัญต่อผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท โดยอาจจัดทำวิดีโอเหมือนว่าสมาชิกในครอบครัวกำลังพูดคุยกับผู้ป่วย อัดเสียงบทสนทนาไว้ให้ผู้ป่วยฟัง หรืออาจสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลี้ยงสัตว์ เช่น สุนัข แมว ปลา เพื่อความเพลิดเพลิน หรือหากมีพื้นที่จำกัดอาจใช้หุ่นยนต์สัตว์เลี้ยง หรือตุ๊กตาที่มีเสียงประกอบแทนได้

- จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมเฉพาะรายบุคคล และ/หรือกิจกรรมกลุ่ม เช่น กิจกรรมของโรงพยาบาลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมระลึกถึงความทรงจำดี ๆ ในอดีต (reminscence therapy) กิจกรรมฝึกความคิดของผู้ป่วย (cognitive training) ซึ่งได้ผลดีในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะต้นที่มีอารมณ์เศร้าร่วมด้วย เช่น การเล่นเกมอักษรไขว้ การเล่นเกมสซูโดกุ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่น่าสนใจ เช่น การออกกำลังกายเบาๆ การปลูกต้นไม้ การทำอาหาร การเย็บปักถักร้อย เกมทายปัญหา บิงโก เล่นไพ่ เป็นต้น

**2. อาการเฉยเมย ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ (apathy)** ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ขาดแรงจูงใจ และดูเหมือนไร้ความรู้สึก ไม่ได้ตอบ และไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การดูแลรักษาอาการนี้โดยไม่ใช้ยาสามารถทำได้ดังนี้

- อธิบายให้ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการนี้เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมและเกิดขึ้นจริง ผู้ป่วยไม่ได้แกล้งทำ

- กระตุ้นระบบประสาทสัมผัสต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การใช้สื่อบันทึกเสียง ดนตรีบำบัด หรือการรักษาแบบ snoezelen

- จัดกิจกรรมระลึกถึงความทรงจำดี ๆ ในอดีต (reminscence therapy)

- ฝึกกระตุ้นสมาธิในระยะเวลาสั้นๆ (time and attention control condition)

**3. อาการโรคจิต (psychotic symptoms)** พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสายตา เช่น ตามัว ตาฟาง ตาบอด หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินที่ลดลง เช่น นูตึง นูบอด นูหนวก หากตรวจพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาดังกล่าวควรจัดหาแว่นสายตาหรือเครื่องช่วยฟังให้ผู้ป่วย เพื่อทำให้การรับรู้ชัดเจนมากขึ้น อาการหูแว่ว หรือประสาทหลอนอาจหายไปเองได้ หากอาการหลงผิด หูแว่ว หรือเห็นภาพหลอนนั้นไม่ได้ก่อให้เกิดความกลัว วิดกกังวล หรือส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่น หรือผู้ป่วยเองแล้วอาจไม่จำเป็นต้องให้การรักษาก็ได้

อย่างไรก็ดีหากอาการหลงผิด หูแว่ว เห็นภาพหลอนดังกล่าวก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองหรือผู้อื่น หรือส่งผลต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นก็ควรพิจารณาว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการโรคจิตแน่หรือไม่ มีสาเหตุอะไรที่อาจก่อให้เกิดอาการดังกล่าวได้บ้าง และผลกระทบที่เกิดจากอาการนั้นๆ ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติคืออะไร ซึ่งสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอาการหลุดออกจากโลกของความเป็นจริงอาจเกิดได้จาก

- การที่ผู้ป่วยมี cognitive function ที่เสื่อมลงมากโดยเฉพาะผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรง อาจ

ทำให้ผู้ป่วยมีความจำใหม่ที่เกิดขึ้นมาเองโดยไม่เคยมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง (confabulation) ซึ่งไม่ได้เป็นอาการโรคจิตแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีอาการหลงผิดว่าญาติหรือผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยอยู่เป็นตัวปลอม (Capgras' delusion) ได้เช่นกัน การรักษาโดยไม่ใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับสาเหตุนี้คือการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยจดจำญาติหรือผู้ดูแลได้นานกว่าเดิม

- การแปลความหมายของสิ่งเร้าผิด (misinterpretation of stimuli) เช่น เมื่อผู้ป่วยได้ยินเสียงจากลำโพงที่ตั้งมากอาจแปลความว่าเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงแหว่ หรือผู้ป่วยเห็นภาพสะท้อนของตนเองในกระจกแล้วอาจแปลความว่ามีบุคคลอื่นอยู่ในห้องกับผู้ป่วย ซึ่งการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ผิดไปนี้จะพบในผู้ป่วยที่ใช้ cognitive function ได้อย่างจำกัดร่วมกับสูญเสียความสามารถในการแปลความหมายจากระบบประสาทสัมผัสต่างๆ (sensory deficits) เช่น ตามัว ตาบอด หรือหูตึง เป็นต้น การให้การรักษาโดยไม่ใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับสาเหตุนี้คือการเอาสิ่งเร้านั้นๆ ออกไป หรือหากไม่สามารถทำได้ก็เปลี่ยนสิ่งเร้าเดิมเป็นสิ่งเร้าอื่นที่ก่อให้เกิดการแปลความหมายของสิ่งเร้าผิดน้อยลง

- เหตุการณ์ที่พบบ่อยในบ้านหรือที่พักอาศัย เช่น ผู้ป่วยหลงผิดว่ามีคนมาขโมยของของตนไป (delusion of theft) หรือผู้ป่วยหลงผิดว่าตนเองถูกทอดทิ้ง (delusion of abandonment) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบได้บ่อยในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ อาการหลงผิดในลักษณะนี้มักสะท้อนภาพของความจริงในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมรายนั้นๆ แม้ว่าจะเป็นการโรคจิตก็ตาม การรักษาโดยไม่ใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับอาการหลงผิดว่ามีคนมาขโมยของของตนไปก็คือการให้ผู้ป่วยเขียนชื่อลงบนสิ่งของต่างๆ ของตนเอง เช่น แก้วน้ำ เป็นต้น หรือหากของสิ่งนั้นไม่ได้มีมูลค่าสูงนักอาจซื้อของในลักษณะเดียวกันหลายๆ ชิ้นมาสำรองไว้เพื่อใช้ทดแทนในกรณีที่ผู้ป่วยหาสิ่งของดังกล่าวไม่เจอ และการรักษาโดยไม่ใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับอาการหลงผิดว่าตนเองถูกทอดทิ้ง

คือการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากกว่าเดิม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะกับญาติหรือเพื่อนสนิทได้บ่อยขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายังเป็นที่รักและต้องการอยู่ ซึ่งจะช่วยบรรเทาความรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควร หรือไร้คุณค่าให้เบาบางลงได้

- ผู้ป่วยที่เกิดอาการเพ้อ สับสนจากโรคทางกาย (delirium) ซึ่งจำเป็นต้องรีบหาสาเหตุและให้การรักษาอย่างเร่งด่วน

- ผู้ป่วยมีอาการระทมเศร้า ยังไม่เป็นที่แน่ชัดในปัจจุบันว่าอาการหลงผิดนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า หรือภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดอาการหลงผิด อย่างไรก็ตามมักพบภาวะซึมเศร้าร่วมกับอาการหลงผิดได้บ่อย การรักษาภาวะซึมเศร้าโดยไม่ใช้ยา เช่น การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือการสร้างความรู้สึกว่าผู้ป่วยยังสามารถจัดการกับชีวิตตนเองได้พอสมควร อาจทำให้อาการหลงผิดในผู้ป่วยสมองเสื่อมดีขึ้นได้

4. ปัญหาเกี่ยวกับการนอน (sleep disturbance) พบได้บ่อยขึ้นตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยอาจหลับยากขึ้น หลับไม่สนิท หรือมีจำนวนชั่วโมงในการนอนลดลง การรักษาปัญหาเกี่ยวกับการนอนโดยไม่ใช้ยาสามารถทำได้โดยการสร้างสุขลักษณะนิสัยที่ดีในการนอน (sleep hygiene) ลดสิ่งเร้าในช่วงเวลานอน สนับสนุนให้ผู้ป่วยเดินเล่นระหว่างวันมากขึ้น ให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลในเรื่องเทคนิคการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสม จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ อย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมง ใช้สุคนธบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและหลับสบายมากขึ้น อาจใช้อาหารเสริมจำพวกเมลาโทนิน (melatonin) ช่วยด้วยก็ได้ ในต่างประเทศมักแนะนำให้ใช้การรักษาด้วยแสงสว่าง (bright light therapy) ร่วมด้วย

5. ปัญหาด้านพฤติกรรม (behavior problems) การรักษาปัญหาด้านพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยาสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้านใหญ่ๆ คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี

ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และการดูแลเรื่องความสุขสบายทั้งทางกายและใจของผู้ป่วย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (providing social support and contact) สามารถทำได้โดย

- ให้อาหาร เพื่อนสนิท ผู้ดูแล หรืออาสาสมัครคุยกับผู้ป่วยตามลำพัง (one-on-one interaction) โดยอาจคุยเกี่ยวกับเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจหรือชื่นชอบในอดีตก็ได้ (reminiscence therapy)

- จัดทำวิดิทัศน์ที่มีลักษณะเสมือนว่าญาติหรือเพื่อนสนิทกำลังพูดคุยโต้ตอบกับผู้ป่วยอยู่ หรืออาจอัดเสียงบทสนทนาไว้ให้ผู้ป่วยฟังและฝึกโต้ตอบก็ได้ (simulated presence therapy)

- ให้ผู้ป่วยเลี้ยงสัตว์ เช่น สุนัข แมว หรือปลา หากที่พักอาศัยมีพื้นที่จำกัดอาจพิจารณาใช้หุ่นยนต์สัตว์เลี้ยง หรือตุ๊กตาแทนได้ (pet therapy)

5.2 การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ (providing engaging activities) แบ่งออกเป็น

- การกระตุ้นผู้ป่วย (providing stimulation) เช่น การใช้เสียงเพลงเป็นสื่อ การใช้สุคนธบำบัด การสัมผัสผู้ป่วยบ่อยๆ การรักษาแบบ Snoezelen การใช้ชิงช้าหรือเก้าอี้โยก อย่างไรก็ตามในการเตรียมสื่อกระตุ้นผู้ป่วยควรคำนึงถึงภาวะทางกายของผู้ป่วย เช่น ตาฟาง หูตึง เพื่อประกอบการวางแผนในการใช้สื่อกระตุ้นผู้ป่วยด้วย

- การจัดกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วย (providing activities) ส่วนใหญ่มักจะเป็นกิจกรรมที่มีรูปแบบค่อนข้างชัดเจนโดยจัดให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนหรือจัดเป็นกิจกรรมกลุ่มก็ได้ ตัวอย่างของกิจกรรมในลักษณะนี้ได้แก่ กิจกรรมมอนเตสซอรี (Montessori-based activities)<sup>27</sup> กิจกรรมเข้าจังหวะ เดินรำ ออกกำลังกาย ร้องเพลงคาราโอเกะ ทำสวน เย็บปักถักร้อย จับคู่ของที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน ทักษะศึกษา เล่นเกมทายปัญหา เล่นไพ่ เล่นเกมบิงโกหรือเกมอื่นๆ ที่ฝึก

การทำงานของสมอง (cognitive tasks) หรืออาจให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของโรงพยาบาลกลางวัน (day hospital) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุก็ได้

5.3 การดูแลเรื่องความสุขสบายทั้งทางกายและใจของผู้ป่วย ควรเฝ้าสังเกตภาวะต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อความสุขสบายของผู้ป่วยและชัดเจนว่าไม่ให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขและเมื่อพบภาวะดังกล่าวแล้วรีบแก้ไขโดยทันที เช่น ให้อาหารรับประทาน ปิดไฟเวลาผู้ป่วยเข้านอน เปิดไฟให้พอเหมาะเวลารับประทานอาหาร จัดเตียงนอนหรือโซฟาที่สบายให้กับผู้ป่วย จัดหาแว่นตาหรืออุปกรณ์ช่วยฟัง จัดบรรยากาศและสถานที่ให้น่าอยู่ อบอุ่น สบายตา เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปแล้วการรักษาอาการ BPSD โดยไม่ใช้ยานั้นเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลหรือสถานบำบัดอย่างรวดเร็วหากมีเหตุการณ์เร่งด่วนฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งทางกายและใจอย่างเต็มที่อีกด้วย

### การรักษาอาการ BPSD โดยใช้ยา (pharmacological management)

หากรักษาอาการ BPSD โดยไม่ใช้ยาแล้วยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ควรพิจารณาให้การรักษาด้วยยาลำดับถัดไป ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มียาตัวใดที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้รักษาอาการ BPSD โดยเฉพาะ ดังนั้นการรักษาด้วยยาอาจไม่สามารถควบคุมอาการ BPSD ได้เสมอไป<sup>1</sup>

### รายชื่อยาที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าน่าจะช่วยรักษาอาการ BPSD ได้มีดังนี้<sup>1, 28,29</sup>

1. กลุ่มยารักษาอาการโรคจิตรุ่นใหม่ (novel antipsychotics) การใช้ยา risperidone ในขนาด 0.5-2 มก./วัน หรือ olanzapine 2.5-10 มก./ วัน หรือใช้ aripiprazole ในขนาดต่างๆ สามารถช่วยลดอาการทางจิตก้าวร้าวและกระวนกระวายใจได้ อย่างไรก็ตามการใช้ยา risperidone และ olanzapine จะเพิ่มความเสี่ยงของผู้ป่วยสมองเสื่อมในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง

3 เท่า จึงควรระมัดระวังการใช้ยาทั้งสองตัวนี้สำหรับยาตัวอื่นในกลุ่มนี้ยังไม่มีการศึกษาใคร่รองรับว่าใช้ได้ผลในการรักษาอาการ BPSD

**2. กลุ่มยารักษาอาการโรคจิตรุ่นเดิม (classical antipsychotics)** ข้อมูลสนับสนุนการใช้ยารักษาโรคจิตรุ่นเดิม เช่น ยา haloperidol ในการรักษาอาการ BPSD นั้นมีน้อยกว่าการรักษาอาการทางจิตรุ่นใหม่มา การให้ยาในกลุ่มนี้มักจะทำให้ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงได้แก่ อาการมือสั่น ตัวเกร็ง คอแข็ง เดินคล้ายหุ่นยนต์ (extrapyramidal side effects) ได้บ่อย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบ Parkinson's disease with dementia (PDD) และแบบ Lewy-body (DLB) และยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้พอๆ กันหรืออาจมากกว่ากลุ่มยารักษาโรคจิตรุ่นใหม่ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

**3. กลุ่มยา cholinesterase inhibitors (AChEIs) และยา memantine** มีผลการศึกษาที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลางสนับสนุนว่าการใช้ยาในกลุ่มนี้รักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยชะลอการเกิดอาการ BPSD ได้ระยะหนึ่ง แต่หากเริ่มให้ยาในกลุ่มนี้เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง (advanced dementia) แล้ว ยาในกลุ่มนี้ก็ไม่สามารถชะลอการเกิดอาการดังกล่าวได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการให้ยา rivastigmine มีประสิทธิภาพอย่างมากในการลดอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน และอาการกระวนกระวายใจในผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบ Lewy-body (DLB)

**4. กลุ่มยาด้านเศร้า (antidepressants)** ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักจะทนผลข้างเคียงของกลุ่มยา selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ได้ดีแม้ว่ายาในกลุ่มนี้จะก่อให้เกิดอาการกระวนกระวายได้บ้าง ยาที่ได้ผลดีในการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมคือยา sertraline และ citalopram ควรหลีกเลี่ยงการใช้กลุ่มยา tricyclic antidepressants (TCAs) รักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อม

เนื่องจากฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic effect) ของกลุ่มยานี้ต่อสมอง (central anticholinergic) จะทำให้ภาวะสมองเสื่อมทรุดลงได้

**5. กลุ่มยากันชัก (anticonvulsants)** ผลการศึกษาส่วนใหญ่บ่งว่ายากกลุ่มนี้ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการ BPSD อย่างไรก็ตามมีการศึกษาบางรายงานพบว่ายา valproate และ carbamazepine อาจช่วยลดอาการ BPSD ได้<sup>1, 29, 30</sup>

นอกจากยาทั้ง 5 กลุ่มแล้ว ยังมียากกลุ่มอื่นๆ ที่ใช้รักษาอาการ BPSD ได้อีก ยาเหล่านี้ได้แก่กลุ่มยา benzodiazepines กลุ่มยา barbiturates ลิเทียม (lithium) ฮอร์โมนเอสโตรเจน และยา cyproterone acetate

ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนประโยชน์ที่ชัดเจนของการใช้วิตามินอี ยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ (non-steroidal inflammatory drugs: NSAIDs) ยาลดไขมันกลุ่ม statins เป๊ะก๊วย (ginkgo biloba) และการใช้วิตามิน A beta ในการป้องกันหรือรักษาโรคอัลไซเมอร์<sup>31</sup>

## สรุป

การศึกษาระดับปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ (BPSD) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นเพิ่งได้มีการศึกษาอย่างเป็นทางการมาประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา โดยสามารถแบ่งอาการ BPSD ออกเป็น 4 กลุ่มอาการที่สำคัญได้แก่ กลุ่มอาการด้านอารมณ์ กลุ่มอาการโรคจิต กลุ่มอาการ vegetative และกลุ่มอาการอื่นๆ ควรประเมินอาการ BPSD โดยใช้หลัก ABCs หรือ Four Ds Approach และประเมินปัจจัยแวดล้อมที่อาจกระตุ้นให้เกิดอาการ BPSD ได้ ส่วนการรักษานั้นให้พยายามหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการก่อน (ถ้าหาได้) จากนั้นจึงให้การรักษาโดยไม่ใช้ยา หากยังไม่ได้ผลจึงค่อยพิจารณาเลือกยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป โดยควรให้ยาเพียงตัวเดียว (monotherapy) ก่อน สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ไม่ควรมองข้ามไปคือการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ

BPSD และภาวะสมองเสื่อมให้แก่ญาติและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ทราบวิธีในการดูแลและตอบสนองของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

## Reference

1. Ames D, Chiu E, Lindsay J, Shulman KI. Guide to the Psychiatry of Old Age. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
2. Finkel SI. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 1997; 8 (suppl 3): 215-6.
3. Finkel SI, Burns A. Introduction to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): a clinical and research update. *Int Psychogeriatr* 2000; 12 (supp: 9-1): 9-12.
4. Udomratn P. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *J Gerontol Geriatr Med* 2004; 5:30-5.
5. Teng E, Marshall GA, Cummings JL. Neuropsychiatric features of dementia. In: Miller BL, Boeve BF, eds. *The Behavioral Neurology of Dementia*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009:85-100.
6. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JCS. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry* 2000; 157:708-14.
7. Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, Gornbein J. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology* 1996; 46: 130-5.
8. Phanasathit M, Charernboon T, Hemrungron S, Tangwongchai S, Phanthumchinda K. Prevalence of Neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. In: Mateos R, Engedal K, Franco M, eds. *IPA 2010 Diversity, Collaboration, Dignity/ Abstracts of the IPA International Meeting*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela; 2010: 491-2.
9. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. I: disorders of thought content. *Br J Psychiatry* 1990; 157:72-6.
10. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. II: disorders of perception. *Br J Psychiatry* 1990; 157:76-81.
11. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. III: disorders of mood. *Br J Psychiatry* 1990; 157:81-6.
12. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. IV: disorders of behavior. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 86-94.
13. Lyketsos CG, Lee HB. Diagnosis and treatment of depression in Alzheimer's disease. A practical update for the clinician. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004; 17:55-64.
14. Katz IR. Diagnosis and treatment of depression in patients with Alzheimer's disease and other dementias. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl 9): 38-44.

15. Hirono N, Mori E, Ishii K, Ikejiri Y, Imamura T, Shimomura T, et al. Frontal lobe hypometabolism and depression in Alzheimer's disease. *Neurology* 1998; 50:380-3.
16. Sultzer DL, Mahler ME, Mandelkern MA, Cummings JL, Van Gorp WG, Hinkin CH, et al. The relationship between psychiatric symptoms and regional cortical metabolism in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1995; 7:476-84.
17. Mendez MF, McMurtry A, Chen AK, Shapira JS, Mishkin F, Miller BL. Functional neuroimaging and presenting psychiatric features in frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77:4-7.
18. Lyketsos CG, Corazzini K, Steele C. Mania in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1995; 7:350-2.
19. Cohen-Mansfield J. Agitated behaviors in the elderly II. preliminary results in the cognitively deteriorated. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34:722-7.
20. Cohen-Mansfield J. Non-pharmacological interventions for BPSD. In: Ritchie CW, Ames D, Masters CL, Cummings J, ed. *Therapeutic Strategies in Dementia*. Oxford: Atlas Medical Publishing; 2007:185-201.
21. Vitiello MV, Prinz PN. Alzheimer's disease, sleep and sleep/ wake patterns. *Clin Geriatr Med* 1989; 5:289-99.
22. Bliwise DL. Sleep disorders in Alzheimer's disease and other dementias. *Clinical Cornerstone* 2004; 6 (suppl 1A): S16-28.
23. Byrne EJ, Collins D, Burns A. Behavioural and psychological symptoms of dementia-agitation. In: Burns A, Winblad B, eds. *Severe Dementia*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2006; 51-61.
24. Boonkerd P, ed. *Clinical Practice Guideline for Dementia, 2<sup>nd</sup> edition*. Bangkok: Prasart Neurological Institute; 2008.
25. Lyketsos CG. Dementia and milder cognitive syndromes. In: Blazer DG, Steffens DC, eds. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry, 4<sup>th</sup> edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2009: 243-60.
26. Overshott R, Burns A. Non-pharmacological treatment of severe dementia: an overview. In: Burns A, Winblad B, ed. *Severe Dementia*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2006:162-75.
27. Nantachai G, Nivatapan R, Kraisorapong K. The efficacy of memory training using Montessori philosophy-based activities in mild dementia elderly. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009; 54:197-208.
28. Shahl A, Lopes AT. Pharmacological interventions for BPSD. In: Ritchie CW, Ames D, Masters CL, Cummings J, eds. *Therapeutic Strategies in Dementia*. Oxford: Atlas Medical Publishing; 2007:204-26.
29. Kulkantrakorn K. *Modern Neurology*. Bangkok: Proud Press; 2010.