

## ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยารักษาอาการทางจิตประสาท ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาท

สุธาดา รัตติธนาธร, ภ.บ.\*

พาวุฒิ เมฆวิชัย, พ.บ.\*\*

### บทคัดย่อ

**ภูมิหลัง:** อาการทางจิตประสาทเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยทั่วไปจะรักษาโดยวิธีการปรับสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมก่อน แต่ในผู้ป่วยบางรายการควบคุมอาการเหล่านี้ด้วยยากลุ่ม psychotropic drug (PD) ยังมีความจำเป็น **วัตถุประสงค์:** ศึกษาหาความชุกของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาทที่ได้รับการรักษาด้วยยา PD และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยา ณ คลินิกความจำ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา **ผู้ป่วยและวิธีการ:** เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาท ณ คลินิกความจำ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2556 โดยประเมินอาการทางจิตประสาท ด้วยแบบทดสอบอาการทางจิตประสาท (Neuropsychiatric Inventory-NPI) แล้วเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย รวมถึงจำนวนและชนิดของยา PD ที่ได้รับ (ยาระงับอาการทางจิต ยาควบคุมอารมณ์ ยาด้านอาการซึมเศร้า และยานอนหลับ) ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยา PD ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาท **ผลการศึกษา:** มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาทจำนวน 65 รายเข้าร่วมการศึกษา มีอายุเฉลี่ย  $73.9 \pm 8.1$  ปี เป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ร้อยละ 47.7 ผู้ป่วยร้อยละ 53.8 ได้รับยา PD รักษาอาการทางจิตประสาท โดยยากลุ่ม antipsychotics เป็นยาที่ใช้มากที่สุด (ร้อยละ 30.8) รองลงมาได้แก่กลุ่มยานอนหลับ (ร้อยละ 16.9) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยา PD ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ความเสื่อมของระดับเซาว์ปัญญาสูงและผู้ป่วยที่มีจำนวนอาการทางจิตประสาทหลายอาการ **สรุป:** ความชุกของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาทและได้รับยา PD ณ คลินิกความจำ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เท่ากับร้อยละ 53.8 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ความเสื่อมของระดับเซาว์ปัญญาสูงและผู้ป่วยที่มีจำนวนอาการทางจิตประสาทหลายอาการ

\*กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา 30000

\*\*กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา 30000

**Abstract: Prevalence and Associated Factors for Receiving Psychotropic Medications in Dementia Patients with Neuropsychiatric Symptoms**

Sutada Rattithanthon Ph\*

Pawut Mekawichai, M.D.\*\*

\*Department of Pharmacology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

\*\*Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

*Nakhon Racth Med Bull 2015; 37: 23-30.*

**Background:** Neuropsychiatric symptoms (NPS) are common manifestations in dementia patients. The first line treatment for NPS is non-pharmacological methods. However, psychotropic drugs (PD) are necessity in some patients for controlling these symptoms. **Objective:** To determine the prevalence of dementia patients with NPS who used PD and to identify the associated factors for receiving this medications at Memory clinic, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital (MNRH). **Patients and Methods:** A cross-sectional study in dementia patients who had NPS was performed at Memory clinic, MNRH between January and June 2013. The NPS were documented by using Neuropsychiatric Inventory (NPI) questionnaire. The baseline characters and type of PD (antipsychotics, mood stabilizers, antidepressants and hypnotics) that patient used were collected. All data were analyzed to identify the prevalence and the associated factors for using of PD in dementia patients who had NPS. **Results:** There were 65 dementia patients with NPS with mean age of  $73.9 \pm 8.1$  years in the study. Alzheimer's disease was the most common type of dementia (47.7%). Fifty-three point eight percent of patients received PD. Antipsychotic was the commonly used medication (30.8%), followed by hypnotic drugs (16.9%). The advancing age, the more numbers of NPS and low cognitive status were the associated factors for receiving PD. **Conclusion:** The prevalence of dementia patients with NPS who received PD at Memory clinic, MNRH was 53.8%. Advancing age, low cognitive performance and the more numbers of NPS were the associated factors for receiving these medications.

## บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ในประเทศไทยมีการศึกษาในประชากรที่อายุมากกว่า 55 ปี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 1.8-2.0 ส่วนในประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 11.4 โดยแยกเป็นในเพศชายร้อยละ 8 และเพศหญิงร้อยละ 13.9<sup>(1)</sup> อาการของภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย

การถดถอยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ปัญญา (cognition) ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านอารมณ์และ/หรือพฤติกรรม

อาการทางจิตและพฤติกรรมผิดปกติในภาวะสมองเสื่อม (behavioral and psychological disorders in dementia) หรืออาการทางจิตประสาท (neuropsychiatric symptoms) เป็นอาการด้านอารมณ์และ/หรือพฤติกรรมในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมโดยพบว่าตลอดระยะเวลาของการดำเนินโรคสมองเสื่อมผู้ป่วยร้อยละ 90 จะมี

อาการเหล่านี้เกิดขึ้นและบ่อยครั้งที่เป็นอาการแรก ที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์<sup>(2)</sup> มีการศึกษาในอดีตพบว่า อาการทางจิตประสาท มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการเสื่อมของระดับเชาว์ปัญญา (cognition) และระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน<sup>(3-4)</sup> ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการเหล่านี้ มีผลการรักษาที่ไม่ดี คุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลแย่ง<sup>(5)</sup> ดังนั้นการรักษาและควบคุมอาการทางจิตประสาทจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

จากแนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยสถาบันประสาทวิทยา<sup>(6)</sup> แนะนำให้แพทย์ผู้ดูแลใช้วิธีพฤติกรรมบำบัดร่วมกับการปรับสภาพแวดล้อมรวมถึงให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเหล่านี้กับผู้ดูแลของผู้ป่วยก่อนให้ยารักษา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาท บางรายมีอาการรุนแรงจนรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันของญาติ และบางอาการอาจเกิดอันตรายทั้งกับผู้ป่วยหรือตัวผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับยาเพื่อรักษาอาการทางจิตประสาท การศึกษานี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยา psycho-tropic drugs (PD) เพื่อรักษาอาการทางจิตประสาทใน ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาท ณ คลินิกความจำ โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา

### ผู้ป่วยและวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบตัดขวางในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาท ณ คลินิกความจำ โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2556 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> Edition Text Revised (DSM-IV-TR)<sup>(6)</sup> โดยแพทย์เฉพาะทางประสาทวิทยา ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินอาการทางจิตประสาท

ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 1 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษาโดยใช้แบบทดสอบอาการทางจิตประสาท (Neuropsychiatric Inventory หรือ NPI)<sup>(7)</sup> ถ้าพบว่าผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีอาการทางจิตประสาทตามแบบทดสอบ NPI (หลงผิด-delusions, อาการหลอน-hallucinations, กระสับกระส่าย-agitation, ภาวะซึมเศร้า-depression, อาการกังวล-anxiety, เบิกบานมาผิดปกติ-euphoria, ภาวะไร้อารมณ์-apathy, ขาดความยับยั้งชั่งใจ-disinhibition, หงุดหงิด-irritability, พฤติกรรมทำซ้ำ-aberrant motor behaviors, อาการสับสนช่วงกลางคืน -nighttime behavior และปัญหาด้านการรับประทานอาหาร-eating problems) อย่างน้อย 1 อาการ ผู้ป่วยเหล่านี้จะถูกรวบรวมเข้าในการศึกษาโดยผู้วิจัย จะเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาดำเนินโรค ระดับเชาว์ปัญญา ณ ปัจจุบันและเมื่อแรกวินิจฉัย (ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย-Thai-Mini-Mental-State-Examinations: TMSE)<sup>(8)</sup> สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม (จากโรคอัลไซเมอร์จากโรคหลอดเลือดสมองและจากโรคพาร์กินสัน) จำนวนอาการทางจิตประสาท จำนวนและชนิดของยารักษาอาการทางจิตประสาทที่ผู้ป่วยได้รับโดย แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ

1. ยาระงับอาการทางจิต (antipsychotics)
2. ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizers)
3. ยาต้านอาการซึมเศร้า (antidepressants) และ
4. ยานอนหลับ (hypnotics)

ข้อมูลทั้งหมดจะนำมาวิเคราะห์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยา PD

### การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลแจกแจงนับแสดงโดย จำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องแสดง โดยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐานและพิสัยตามลักษณะการกระจายของข้อมูล (ทดสอบด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov) การวิเคราะห์หาความแตกต่างทางสถิติ ระหว่างข้อมูลสองกลุ่มใช้ t-test หรือ

Mann-Whitney U test ตามความเหมาะสมโดยถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ หากค่า  $p$  น้อยกว่า 0.05

### ผลการศึกษา

ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาทจำนวน 65 ราย เข้าร่วมการศึกษา (จากการประเมินผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมโดยแบบทดสอบ NPI จำนวน 95 ราย) เป็นเพศหญิงจำนวน 44 ราย (ร้อยละ 67.7) มีอายุเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ  $73.9\pm 8.1$  ปี มีระยะเวลาดำเนินโรคเฉลี่ย  $33.9\pm 25.8$  เดือน สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดได้แก่ สมองเสื่อมจากอัลไซเมอร์จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 47.7) รองลงมา

ได้แก่ สาเหตุจากโรคพาร์กินสัน 13 ราย (ร้อยละ 20.0) และจากโรคหลอดเลือดสมอง 9 ราย (ร้อยละ 13.8) คะแนน TMSE เมื่อแรกวินิจฉัยและปัจจุบัน เฉลี่ยเท่ากับ  $17.9\pm 8.1$  และ  $17.9\pm 9.9$  คะแนนตามลำดับ ผู้ป่วยทั้งหมดมีอาการทางจิตประสาทตั้งแต่ 1 ถึง 8 อาการ (มัธยฐานเท่ากับ 2.0 อาการ) โดยผู้ป่วยจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 30.8) มีอาการเดียว ผู้ป่วยจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 24.6) มีอาการทางจิตประสาท 2 อาการ ผู้ป่วยจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 13.8) มีอาการทางจิตประสาท 3 อาการ และ ผู้ป่วยจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 21.5) มีอาการทางจิตประสาท 4 อาการขึ้นไป สำหรับข้อมูลพื้นฐานอื่น ๆ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาท (จำนวน 65 ราย)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน (พิสัย)
เพศหญิง	44 (67.7)	
สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม		
โรคอัลไซเมอร์	31 (47.7)	
โรคพาร์กินสัน	13 (20.0)	
โรคหลอดเลือดสมอง	9 (13.8)	
แบบผสม (mixed dementia)*	12 (18.4)	
อายุ-ปี		$73.9\pm 8.1$
คะแนน TMSE แรกวินิจฉัย		$17.9\pm 6.1$
คะแนน TMSE ปัจจุบัน		$17.9\pm 9.9$
ระยะเวลาดำเนินโรค-เดือน		$33.9\pm 25.8$
จำนวนอาการทางจิตประสาท**		2.0 (1-8)
1 อาการ	20 (30.8)	
2 อาการ	16 (24.6)	
3 อาการ	9 (13.8)	
4 อาการ	6 (9.2)	
มากกว่า 4 อาการ	14 (21.5)	

TMSE=Thai-Mini-Mental-State-Examinations,

\*สาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์ร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง

\*\*ประเมินโดยแบบทดสอบอาการทางจิตประสาท (Neuropsychiatric Inventory หรือ NPI) โดยมีอาการตั้งแต่ 1-8 อาการ

**ตารางที่ 2** จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยที่ได้รับยา psychotropics drug (PD) ประเภทต่าง ๆ (ได้รับยา 35 ราย จากผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทจำนวน 65 ราย)

ชนิดของยาที่ได้รับ	ชนิดเดียว	ร่วมกับยากลุ่มอื่น	รวม
ยาระงับอาการทางจิต	16 (45.7)	4 (11.4)	20 (57.1)
ได้รับยานอนหลับ	9 (25.7)	2 (5.7)	11 (31.4)
ได้รับยาควบคุมอารมณ์	2 (5.7)	5 (14.3)	7 (20.0)
ได้รับยาด้านอาการซึมเศร้า	2 (5.7)	2 (5.7)	4 (11.4)

สำหรับการได้รับยารักษาอาการทางจิตประสาท ในการศึกษานี้พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 53.8) ได้รับยา PD กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดคือยาระงับอาการทางจิตจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 57.1 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา) ในจำนวนนี้ผู้ป่วย 16 รายได้รับยาระงับอาการทางจิตเพียงชนิดเดียว ส่วนผู้ป่วยอีก 4 รายได้รับยาระงับอาการทางจิตร่วมกับยากลุ่มอื่น ยากลุ่มที่ผู้ป่วยได้รับรองลงมาได้แก่ยานอนหลับ (11 รายหรือร้อยละ 31.4) โดยผู้ป่วยจำนวน 9 รายได้รับยานอนหลับเพียงชนิดเดียว ส่วนผู้ป่วยอีก 2 รายได้รับยานอนหลับร่วมกับยากลุ่มอื่น ผู้ป่วยจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 20.0)

ได้รับยาควบคุมอารมณ์ และผู้ป่วยจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 11.4) ได้รับยาด้านอาการซึมเศร้า โดยรายละเอียดแสดง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการได้รับยา PD พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับยาได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ( $p < 0.01$ ) ผู้ป่วยที่มีระดับเซาว์ปัญญาต่ำ ทั้งเมื่อแรกวินิจฉัยและในปัจจุบัน ( $p < 0.01$ ) และผู้ป่วยที่มีจำนวนอาการทางจิตประสาทหลายอาการ ( $p < 0.01$ ) ส่วนปัจจัยเรื่องเพศ ระยะเวลาการดำเนินโรคและสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับยา psychotropics drug (จำนวน 65 ราย)

ปัจจัย	การได้รับยารักษาอาการทางจิตประสาท		OR (95%CI)	p-value
	ไม่ได้รับยา (30 ราย)	ได้รับยา (35 ราย)		
เพศหญิง	20 (45.5)	24 (54.5)	1.1 (0.4-3.1)	0.87
สมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์	16 (47.1)	15 (50.0)	0.9 (0.4-2.5)	0.88
อายุ-ปี	70.6±7.3	76.7±7.7		<0.01
คะแนน TMSE แรกวินิจฉัย	20.0±4.4	16.1±6.9		<0.01
คะแนน TMSE ปัจจุบัน	21.3±8.1	14.9±10.4		<0.01
จำนวนอาการทางจิตประสาท	2.0 (1-7)	3.0 (1-8)		<0.01
ระยะเวลาการดำเนินโรค-เดือน	32.3±27.1	35.7±24.7		0.62

ข้อมูลแสดงเป็นจำนวน (ร้อยละ) ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐาน (พิสัย) ตามความเหมาะสม: TMSE=Thai-Mini-Mental-State-Examinations

## บทวิจารณ์

อาการทางจิตประสาทเป็นอาการที่สำคัญในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยสามารถพบได้ในทุกระดับความรุนแรงของโรคและสร้างปัญหาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่าอาการจากเชาวัณโรคที่เสื่อมเนื่องจากปัจจุบันนี้ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่าการรักษาด้วยยานี้ได้ประโยชน์ชัดเจนรวมทั้งผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้สูงอายุซึ่งได้รับยาหลายชนิดเพื่อรักษาโรคประจำตัวอยู่ก่อนแล้ว การให้ยาเพิ่มเติม เพื่อควบคุมอาการทางจิตประสาทจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ตลอดจนเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาได้ง่าย ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา หรืออาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต<sup>(9-11)</sup> โดยทั่วไปแพทย์ผู้ดูแลจึงจัดการกับปัญหาเหล่านี้โดยการหาสาเหตุของการเกิดอาการทางจิตประสาท การปรับสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมบำบัดก่อนหากไม่ได้ผลจึงให้การรักษาด้วยยาตามลำดับ

ในการศึกษานี้มีความชุกของผู้ใช้ยา PD อย่างน้อย 1 ชนิด เท่ากับร้อยละ 53.8 ซึ่งน้อยกว่าข้อมูลจากการศึกษาในต่างประเทศที่อยู่ระหว่างร้อยละ 63-73<sup>(12-14)</sup> ส่วนที่แตกต่างกันนั้นอาจเป็นเพราะข้อมูลจากการศึกษาส่วนใหญ่เป็น การศึกษาในบ้านพักคนชราหรือสถานพยาบาล แต่การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอก อาศัยอยู่บ้านของตนเองซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและมีผู้ดูแลโดยเฉพาะจึงให้การดูแลและจัดการปัญหาทางพฤติกรรมได้ดีกว่าทำให้มีอัตราการใช้ยาน้อยกว่าซึ่งพบได้เช่นเดียวกันกับการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>(15)</sup>

นอกจากนั้นอัตราการใช้ยังขึ้นกับชนิดของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีการศึกษาจากสหราชอาณาจักร โดย Barnes และ คณะ<sup>(15)</sup> พบว่าผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองและจากโรคพาร์กินสัน<sup>(16)</sup> มีอัตราการใช้ยา PD มากกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมจากอัลไซเมอร์ 1.6 (1.4-1.9) เท่า และ 2.3 (1.6-3.3) เท่าตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาโรคพาร์กินสันนั้นมีการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ ในการเพิ่มปริมาณโดพามีน

ในร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตประสาทได้ง่าย แต่ในการศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินไป ทำให้ไม่สามารถแยกความแตกต่างของการใช้ยา PD ในภาวะสมองเสื่อมแต่ละชนิดได้ ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมพบว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา PD ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงมาก (TMSE <15 คะแนน) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมปานกลาง (TMSE 15-19 คะแนน) มีอัตราการใช้ยา PD มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงน้อย (TMSE 20-23 คะแนน) 3.3 (2.6-4.1) เท่า และ 1.9 (1.6-2.3) เท่า ตามลำดับ<sup>(15-16)</sup> ซึ่งในการศึกษานี้ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยา PD จะมีคะแนน TMSE น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ยา (ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมมากกว่า) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมมาก นั้นมีโอกาสที่จะเกิดอาการทางจิตประสาทได้บ่อยและรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมน้อย ดังนั้นแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงมาก จึงควรให้ความสำคัญถึงอาการทางจิตประสาทและให้การแก้ไขตั้งแต่เริ่มมีอาการ ซึ่งจะส่งผลให้ลดอัตราการใช้ยา PD ในผู้ป่วยได้

สำหรับชนิดของยา PD ที่ใช้มากที่สุดในการศึกษานี้ คือ ยาระงับอาการทางจิต (ร้อยละ 30.8) คล้ายคลึงกับการศึกษาในอดีตที่อยู่ระหว่างร้อยละ 16-37<sup>(13,17)</sup> และยาที่ใช้เป็นยารุ่นใหม่ (novel antipsychotics เช่น risperidone, quetiapine ฯลฯ) มากกว่ายารุ่นเก่า (classical antipsychotics เช่น haloperidol) เช่นเดียวกันเนื่องจาก ยารุ่นใหม่นั้นมีผลข้างเคียงทางด้าน การเคลื่อนไหว และด้านการรบกวนระดับเชาวัณโรคน้อยกว่ายารุ่นเก่า ดังนั้นจึงนิยมใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากกว่า<sup>(15,18)</sup> ส่วนการศึกษาในอดีตพบว่ายาที่ใช้มากที่สุดนอกจากเป็นกลุ่มยาระงับอาการทางจิตแล้ว ก็จะเป็นยากดดันอาการซึมเศร้าและยานอนหลับ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะ

ของผู้ป่วย สถานที่ที่ทำการรักษาและสถานะของผู้ดูแลผู้ป่วย<sup>(13,19-21)</sup> ส่วนอาการทางจิตประสาทที่มีแนวโน้มที่จะได้รับยากลุ่ม PD มากที่สุดในการศึกษาส่วนมากคือ อาการกระสับกระส่าย (agitation) อาการสับสนในเวลากลางคืน (night-time behavior) และอาการก้าวร้าว (aggression)<sup>(12,21)</sup> แต่การศึกษานี้ไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของอาการทางจิตประสาทกับการได้รับยาได้ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยในแต่ละอาการไม่เพียงพอ การศึกษานี้มีข้อจำกัดดังนี้คือ

1. เป็นการศึกษาในสถานพยาบาลแห่งเดียว มีบุคลากรในการรักษาเพียงชุดเดียวจึงไม่สามารถบอกความแตกต่างของการใช้ยาได้ชัดเจน เหมือนการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาในหลายสถานที่และในบุคลากรหลายกลุ่ม

2. เป็นการศึกษาในคลินิกภาวะสมองเสื่อมที่มีผู้ดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างใกล้ชิดและมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นโอกาสในการจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยาจึงมากกว่า ซึ่งหากเป็นการศึกษาในชุมชนหรือ ในสถานพยาบาลอาจได้ผลลัพธ์ที่แตกต่างไป

3. มีจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินไป ทำให้ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ยา PD กับชนิดของภาวะสมองเสื่อมและชนิดของอาการทางจิตประสาทได้ ดังนั้นจึงควรจะมีการศึกษาต่อไปในอนาคตเมื่อมีการรวบรวมผู้ป่วยได้มากขึ้น

## สรุป

ความชุกของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาทและได้รับยา PD ณ คลินิกความจำโรงพยาบาลมหาราชธานีเท่ากับ ร้อยละ 53.8 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความเสื่อมของระดับเซโรโทนินมากและผู้ป่วยที่มีจำนวนอาการทางจิตประสาทหลายอาการ

## เอกสารอ้างอิง

1. Jitapunkul S, Kunanusont C, Phoolcharoen W, Suriyawongpaisal P. Prevalence estimation of dementia among Thai elderly: a national survey. *J Med Assoc Thai* 2001; 84: 461-7.
2. Rubin EH, Kinscherf DA. Psychopathology of very mild dementia of the Alzheimer type. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1017-21.
3. Stern Y, Tang MX, Albert MS, Brandt J, Jacobs DM, Bell K, et al. Predicting time to nursing home care and death in individuals with Alzheimer disease. *JAMA* 1997; 277: 806-12.
4. Mekawichai P. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and their associated factors: A cross-sectional study. *I-san J of Intern Med* 2013; 4: 23-31.
5. Gonzalez-Salvador T, Lyketsos CG, Baker A, Hovanec L, Roques C, Brandt J, et al. Quality of life in dementia patients in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 181-9.
6. Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders text revised. (DSM-IV-TR) 4th edition. Washington (DC): American psychiatric Press; 2000.
7. 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.
8. Train the Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination (TMSE). *Siriraj Hosp Gaz* 1993; 45: 359-74.
9. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebocontrolled trials. *JAMA* 2005; 294: 1934-43.
10. Kales HC, Kim HM, Zivin K, Valenstein M, Seyfried LS, Chiang C, et al. Risk of mortality among individual antipsychotics in patients with dementia. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 71-9.

11. Piersanti M, Capannolo M, Turchetti M, Serroni N, De Berardis D, Evangelista P, et al. Increase in mortality rate in patients with dementia treated with atypical anti-psychotics: a cohort study in outpatients in Central Italy. *Riv Psichiatri*. 2014; 49: 34-40.
12. Nijk RM, Zuidema SU, Koopmans RT. Prevalence and correlates of psychotropic drug use in Dutch nursing-home patients with dementia. *Int Psychogeriatr* 2009; 21: 485-93.
13. Kim H, Whall AL. Factors associated with psychotropic drug usage among nursing home residents with dementia. *Nurs Res* 2006; 55: 252-8.
14. Petek SM, Cedilnik GE. Psychotropic medication use among elderly nursing home residents in Slovenia: cross-sectional study. *Croat Med J* 2011; 52: 16-24.
15. Barnes TR, Banerjee S, Collins N, Treloar A, McIntyre SM, Paton C, et al. Antipsychotics in dementia: prevalence and quality of antipsychotic drug prescribing in UK mental health services. *Br J Psychiatry* 2012; 201: 221-6.
16. Weintraub D, Chen P, Ignacio RV, Mamikonyan E, Kales HC. Patterns and trends in antipsychotic prescribing for Parkinson disease psychosis. *Arch Neurol* 2011; 68: 899-904.
17. Frenchman IB. Atypical antipsychotics for nursing home patients: a retrospective chart review. *Drug Aging* 2005; 22: 257-64.
18. Sultzer DL, Davis SM, Tariot PN, Dagerman KS, Lebowitz BD, Lyketsos CG, Clinical symptom responses to atypical antipsychotic medications in Alzheimer's disease: phase 1 outcomes from the CATIE-AD effectiveness trial. *AM J Psychiatry* 2008; 165: 844-54.
19. Monette J, Alessa W, McCusker J, Cole M, Voyer P, Champoux N, et al. Association of resident and room characteristics with antipsychotic use in long-term care facilities (LTCF). *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55: 66-9.
20. Kleijer BC, van Marum RJ, Frijters DH, Jansen PA, Ribbe MW, Egberts AC, et al. Variability between nursing homes in prevalence of antipsychotic use in patients with dementia. *Int Psychogeriatr* 2014; 26: 363-71.
21. Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey FR, Koopmans RT. Psychotropic drug prescription in nursing home patients with dementia: influence of environmental correlates and staff distress on physicians' prescription behavior. *Int Psychogeriatr* 2011; 23: 1632-9.