



Psychiatric disorder Elderly

เอกสารประกอบการเรียนการสอน ปีการศึกษา 2563

วิชา 370419 Psychiatry for Physical therapy

รศ.พญ.พูนศรี รังษิณี

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น





ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

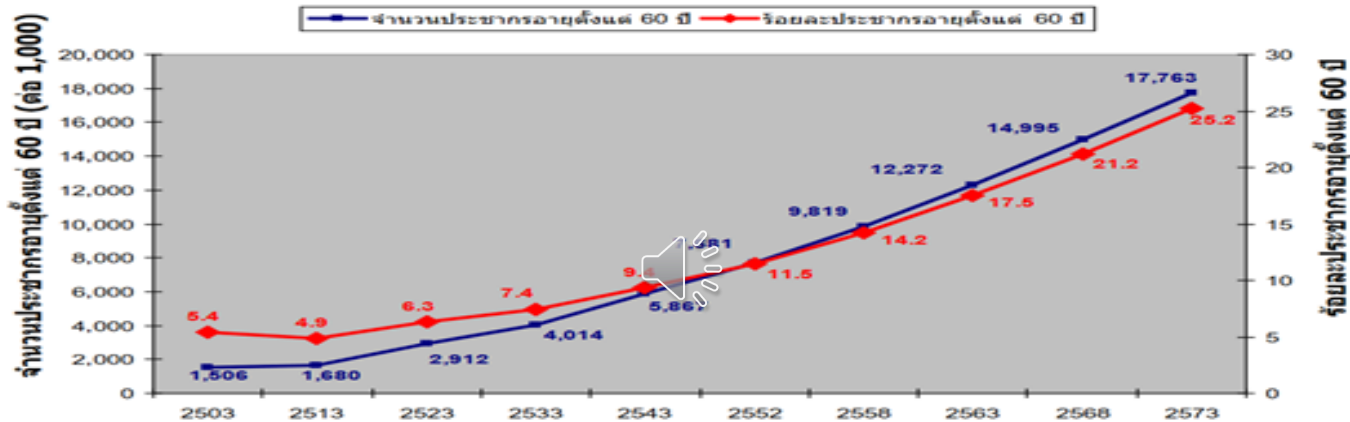
บทเรียนและเอกสารชุดนี้ เป็นลิขสิทธิ์ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดทำขึ้นเพื่อการเรียนการสอน หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด รหัสวิชา 370419 Psychiatry for Physical Therapy สำหรับนักศึกษากายภาพบำบัดชั้นปีที่ 3 คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเท่านั้น ภาควิชาฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการใช้ข้อมูลใด ๆ ในบทเรียนหรือเอกสาร ไม่ว่าจะบางส่วนหรือทั้งหมด โดยมีให้ผู้ใดเผยแพร่ อ้างอิง ลอกเลียน ทำซ้ำหรือแก้ไขด้วยวิธีใด ๆ เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากภาควิชาฯ หากฝ่าฝืน จะถูกดำเนินการลงโทษทางวิชาการและทางวินัย รวมถึงดำเนินคดีทางกฎหมาย



ความสำคัญ

สถานการณ์ด้านประชากร

แผนภูมิที่ 1.1 จำนวนและร้อยละประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2503-2573



ที่มา: ข้อมูลปี พ.ศ. 2503-2543 สำนักทะเบียนราษฎรของประเทศไทย พ.ศ. 2503-2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ข้อมูลปี พ.ศ. 2543-2573 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง)
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

วิจัยมุ่งเป้าด้านสุขภาพช่วยเพิ่มคุณค่าการดูแล
สุขภาพประชาชนได้อย่างไร

โดย

พ.ญ.ลัดดา คำจาริเลิศ

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

กระบวนการชรา และโรคหรือความผิดปกติ

กระบวนการชรา Aging process	โรค/ความผิดปกติ
<p>ปริมาณและสัดส่วนไขมันเพิ่มขึ้น</p> <p>สายนายาวผู้สูงอายุ</p> <p>การได้ยินความถี่สูงลดลง หรือหูตึง</p> <p>glucose tolerance test ลดลง</p> <p>กระดูกบาง</p> <p>กระดูกงอกบริเวณหัวกระดูกของข้อ</p> <p>ลำไส้ใหญ่บีบตัวช้าลง/ท้องผูก</p> <p>ตรวจพบ autoantibodies</p> <p>glomerular filtration rate ลดลง</p> <p>รับประทานอาหารน้อยลง</p> <p>มวลและกำลังกล้ามเนื้อ ลดลง</p> <p>สมองฝ่อ/หลงลืมในผู้สูงอายุ</p>	<p>โรคอ้วน</p> <p>ตาบอด</p> <p>หูหนวก</p> <p>โรคเบาหวาน</p> <p>โรคกระดูกพรุน</p> <p>โรคข้อเสื่อม</p> <p>อูจาระอดตัน</p> <p>autoimmune disease</p> <p>โรคไตวาย</p> <p>โรคเบื่ออาหาร</p> <p>functional disability</p> <p>โรคสมองเสื่อม/กลุ่มอาการเพ้อ (delirium)</p>

ปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้ป่วยสูงอายุมักมาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ ดังนี้ (6 I's)

1. ภาวะสับสน (insanity or confusion or impaired cognitive function)
2. ภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ (incontinence)
3. ภาวะเคลื่อนที่ไม่ได้ (immobility)
4. ภาวะทรงตัวไม่ดีและหกล้มบ่อย (instability and falls)
5. ภาวะทุพพลภาพหรือไร้สมรรถภาพ (inability or disability)
6. ภาวะผลข้างเคียงจากการรักษา (iatrogenesis)

การป่วยทางจิตในผู้สูงอายุที่พบบ่อย

- ผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15-25
- สมองเสื่อม
- สับสนเพื่อ
- โรคเศร้า
- วิตกกังวล
- นอนไม่หลับ

โรคสมองเสื่อม (Dementia)

- กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากการทำงานของสมองด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ทั่วไปเสื่อมถอย และไม่คืนสู่สภาพปกติ อาการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่
 1. **Amnesia** : ลืม จำเรื่องที่เกิดใหม่ (registration) ไม่ได้ จำเหตุการณ์ที่ผ่านไปไม่นาน (recent memory) ไม่ได้ เรียนรู้สิ่งใหม่ (new learning) ได้ยาก
 2. **anomia** : เรียกชื่อสิ่งของไม่ได้
 3. **apraxia** : ทำกิจกรรมบางอย่างไม่ได้ เช่น แกะกระดุมไม่ได้
 4. **agnosia** : ไม่รู้จักวัตถุสิ่งของว่าเป็นอะไรและใช้ประโยชน์ไม่ถูก
 5. **aphasia** : สูญเสียความสามารถในการสื่อสารภาษา


โรคสมองเสื่อม: ความชุก และ การวินิจฉัย

- ความชุกของโรคสมองเสื่อม
 - 5 % ในคนอายุมากกว่า 65 ปี
 - 20 % ในคนอายุมากกว่า 80 ปี
 - 30 % ในคนอายุมากกว่า 90 ปี
 - 50 % ในคนที่อายุมากกว่า 95 ปีขึ้นไป
- Mini-Mental State Examination (MMSE)
- Thai Mini-Mental State Examination (TMSE)
- Montreal Cognitive Assessment Test

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient's Name: _____ Date: _____

Instructions: Ask the questions in the order listed. Score one point for each correct response within each question or activity.

Maximum Score	Patient's Score	Questions
5		"What is the year? Season? Date? Day of the week? Month?"
5		"Where are we now: State? County? Town/city? Hospital? Floor?"
3		The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if possible. Number of trials: _____
5		"I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, ...) Stop after five answers. Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W)
3		"Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?"
2		Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them.
1		"Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'"
3		"Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank paper.)
1		"Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.")
1		"Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.)
1		"Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.) 
30		TOTAL

(Adapted from Rovner & Folstein, 1987)

Interpretation of the MMSE:

Method	Score	Interpretation
Single Cutoff	<24	Abnormal
Range	<21	Increased odds of dementia
	>25	Decreased odds of dementia
Education	21	Abnormal for 8 th grade education
	<23	Abnormal for high school education
	<24	Abnormal for college education
Severity	24-30	No cognitive impairment
	18-23	Mild cognitive impairment
	0-17	Severe cognitive impairment

Interpretation of MMSE Scores:

Score	Degree of Impairment	Formal Psychometric Assessment	Day-to-Day Functioning
25-30	Questionably significant	If clinical signs of cognitive impairment are present, formal assessment of cognition may be valuable.	May have clinically significant but mild deficits. Likely to affect only most demanding activities of daily living.
20-25	Mild	Formal assessment may be helpful to better determine pattern and extent of deficits.	Significant effect. May require some supervision, support and assistance.
10-20	Moderate	Formal assessment may be helpful if there are specific clinical indications.	Clear impairment. May require 24-hour supervision.
0-10	Severe	Patient not likely to be testable.	Marked impairment. Likely to require 24-hour supervision and assistance with ADL.

Source:

- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." *J Psychiatr Res* 1975;12:129-138.

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

ชื่อ : _____
 ระดับการศึกษา : _____
 เพศ : _____
 วันเดือนปีเกิด : _____
 วันที่ทำการทดสอบ : _____

VISUOSPATIAL / EXECUTIVE		คัดลอก, อุทกาทก		วาดหน้าปัดนาฬิกา บนเวลาที่ 11.10 น. (3 คะแนน)		คะแนน	
				[] [] [] [] [] []		___/5	
NAMING							
						___/3	
MEMORY							
อ่านชุดคำเหล่านี้แล้วให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำ ทดสอบ 2 ครั้ง และถามซ้ำอีกครั้งหลัง 5 นาที		หน้า	คำไหน	วัด	มะณี	สีแดง	
ทวนครั้งที่ 1							
ทวนครั้งที่ 2							
ATTENTION							
อ่านตัวเลขต่อไปนี้ตามลำดับ (1 ตัววินาที)		ให้ผู้ทดสอบทวนจำตามลำดับ [] 2 1 8 5 4					___/2
		ผู้ทดสอบทวนจำแบบย้อนลำดับ [] 7 4 2					
อ่านออกเสียงตัวเลขต่อไปนี้ แล้วให้ผู้ทดสอบสระใดเมื่อได้ยินเสียงอ่านเลข "1" (ไม่มีคะแนนถ้าคิดเกิน 2 ครั้ง)		[] 5 2 1 3 9 4 1 1 8 0 6 2 1 5 1 9 4 5 1 1 1 1 4 1 9 0 5 1 1 2					___/1
เริ่มจาก 100 ลบไปเรื่อยๆ ถึง 7		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3
ลบจุด 4 หรือ 3 ตัว ได้ 3 คะแนน , 2 หรือ 3 ตัว ได้ 2 คะแนน , 1 ตัว ได้ 1 คะแนน , 0 ตัว ไม่ให้คะแนน							
LANGUAGE							
Repeat: ฉันรู้ว่าเธอเป็นคนเดียวที่มาทำงานวันนี้		[] []					___/2
แล้วมีกลุ่มคนอื่นผู้หนึ่งก็เข้าเมื่อมีหมาอยู่ในห้อง							
Fluency / บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษร " ก " ให้มากที่สุดได้ใน 1 นาที		ก [] _____ (N ≥ 11 words)					___/1
ABSTRACTION							
บอกความเหมือนระหว่าง 2 สิ่ง เช่น กลิ่น-ส้ม : เป็นผลไม้ [] รถไฟ-จักรเย็บผ้า [] นาฬิกา-โน้ตบรรเลง []							___/2
DELAYED RECALL							
ให้ทวนชุดคำที่จำไว้ก่อนหน้านี้ โดยไม่มีการให้ตัวช่วย		หน้า	คำไหน	วัด	มะณี	สีแดง	___/5
		[]	[]	[]	[]	[]	
Optional	Category cue						ให้คะแนนเฉพาะคำที่ทวนได้โดยไม่ให้ตัวช่วย
	Multiple choice cue						
ORIENTATION							
[] วันที่ [] เดือน [] ปี [] วัน [] สถานที่ [] จังหวัด							___/6



สาเหตุของโรคสมองเสื่อม

- **Degenerative**: Alzheimer's disease, Lewy body disease, Fronto-temporal degeneration (Pick's disease), Parkinson's disease
- **vascular** : infarct (single or multiple), non-infarct ischemia
- **toxins** : alcohol, heavy metals
- **trauma** : subdural hematoma, post-traumatic encephalopathy
- **metabolic** : hypothyroid, calcium excess (or deficiency)
- **endocrine** : thyroid deficiency (or excess)
- **Deficiency** : B12, folate, niacin (pellagra)
- **infection** : AIDS, CJD, syphilis
- **other** : multiple sclerosis, SLE

การรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม

- เป็นโรคสมองเสื่อมจริงหรือไม่ เป็นชนิดไหน ตรวจสอบเพื่อหาสาเหตุที่แก้ไขได้
- ให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมแก่ญาติและ
- ปรับสภาพที่พักอาศัยให้เหมาะสม เน้นความสะดวกและปลอดภัย
- กรณีจะพาผู้ป่วยไปนอกบ้านควรมีบัตรหรือแถบชื่อผู้ป่วยพร้อมที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อดีสะดวก
- บอกวันเวลาสถานที่กับผู้ป่วยตามจริงอย่างสม่ำเสมอ
- ยารักษาโรค **Alzheimer's disease**

Delirium

- alteration of consciousness
- disorientation
- poor attention or distractibility
- cognitive impairment
- Perceptual disturbance

- Agitation stupor
- sundown syndrome
- sleep-wake cycle disturbance
- ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ
- อัตราความชุก **14-65 %** ของผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาตัวในโรงพยาบาล
- สัมพันธ์กับอัตราการตาย **10-65 %**

ปัจจัยกระตุ้นให้เกิด delirium

- ในผู้สูงอายุที่อยู่โรงพยาบาล
 - การถูกให้อยู่นิ่ง ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหว เช่น ถูกผูกมัด
 - การใช้ยาหลายตัว เช่น ยาจิตเวชมากกว่า 2 ตัวขึ้นไป
- เหตุจากการรักษา
 - อยู่ในห้องฉุกเฉินนานมากกว่า 12 ชั่วโมง
 - อยู่ในห้อง ICU
- การเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น ขาดอาหาร ขาดน้ำ ติดเชื้อ

การดูแลรักษา delirium

- รีบแก้ไขสาเหตุโดยเร็ว
 - การดูแลแบบประคับประคอง
 - การดูแลทั่วไป
- หลักการดูแลทั่วไป
- การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีลักษณะ “สงบแต่ไม่สงบ มีแสงส่องสว่างพอควร สะดวกและสบาย”
 - สื่อสารผู้ป่วยบ่อยๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย
 - เพื่อช่วยการรับรู้ของผู้ป่วยมีเครื่องบอกเวลา เช่นนาฬิกาและปฏิทินที่มองเห็นชัดเจน
 - ภายในห้องพักรักษาต้องมีแสงสว่างพอควร
 - เปิดเพลงเบาๆ
 - ผู้ดูแลหรือญาติเฝ้าใกล้ชิด
 - การใช้ยาและการผูกมัด ควรหลีกเลี่ยงจะให้เมื่อจำเป็นและขนาดน้อยๆ กรณีกลัวมาก ก้าวร้าวรุนแรง ใช้ยา **haloperidol 0.5-2 mg** ต่อวัน
 - การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการอธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยให้ญาติทราบและเข้าใจ

โรคอารมณ์เศร้า (Depression)

- 10 % ในชุมชน
- 30 % ที่โรงพยาบาลชุมชน
- 50 % nursing home
- 20 % med -surge
- ความสำคัญ
- ทุกข์ทรมาน
- ไม่ร่วมมือในการรักษา
- อัตราตาย สูง
- การวินิจฉัยโรคอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุ
- **Physical symptoms** : ปวดหลัง
ปวดข้อ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เมื่อยล้า
เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
- **Cognitive dysfunction** : หลงลืม
- ซึมลงแยกตัว เอาแต่นอน ต่อด้าน
หวาดระแวง
- Missed diagnosis

การรักษา

การใช้ยาต้านเศร้า

- Tricyclic antidepressants
- Serotonin reuptake inhibitors (SSRI)
- การรักษาด้วยการกระตุ้นให้ชกด้วยไฟฟ้า(ECT)
- การรักษาด้วยจิตบำบัดแบบประคับประคอง ร่วมด้วยกับพฤติกรรมบำบัด
- การช่วยเหลือผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว
- ใช้เวลารักษานานอย่างน้อย 2 ปี

การดำเนินโรคและพยากรณ์โรค

- 32.5 % ดีขึ้นแต่เกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก
- 27.3 % ดีเป็นปกติ
- 14.2 % ไม่ดีขึ้นและทรุดลงเรื่อย ๆ

โรควิตกกังวล (**Anxiety disorders**)

- NIMH - USA : prevalence study
- phobic disorder+PANIC+ OCD ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี = 5.5 %
- generalized anxiety disorder 3.7 - 7.1%

การรักษา

การใช้ **Benzodiazepine** ในผู้สูงอายุเป็นระยะเวลานาน:-

- ง่วงนอนกลางวันมากเกินไป
- สับสน (confusion), cognitive impairment
- psychomotor impairment
- paradoxical reaction
- intoxication
- amnestic syndrome
- dependence , abuse
- breakthrough withdrawal reaction

การนอนในผู้สูงอายุ

- ปริมาณ และคุณภาพของการนอนหลับลดลง
- หลับได้ประมาณ **70-80%** ของเวลาที่ใช้บนที่นอน
- ตื่นกลางดึกบ่อยขึ้น เวลาที่ตื่นก็นานขึ้นกว่าที่จะหลับได้ใหม่ จำนวนการตื่นขึ้นมา กลางดึกบ่อย ๆ มักทำให้รู้สึกว่าการนอนหลับไม่เต็มอิ่มก็ได้ มากกว่าจำนวนชั่วโมง การนอนต่อคืน
- วงจรการนอน- ตื่นเปลี่ยนแปลงไป ในขณะที่การนอนหลับช่วงกลางคืนมี แนวโน้มลดลงตามอายุ ง่วงนอนในช่วงกลางวันและงีบหลับมากขึ้น
- **growth hormone** ลดลง
- **melatonin** ฮอร์โมนที่หลั่งในช่วงกลางคืนจากต่อมไพเนียล และสัมพันธ์ กับความง่วง ลดการหลั่งลง

ปัญหาการนอนหลับหรือหลับไม่ดีพอ

- รูปแบบด้วยกัน — หลับลำบากหรือหลับยาก หลับๆตื่นๆ นอนได้น้อย หรือตื่นเชากว่าปกติ รวมไปถึงความรู้สึกว่านอนหลับไม่เต็มอิ่ม รู้สึกไม่สดชื่นหลังการตื่นนอนในตอนเช้า
- มากในเพศหญิง
- เพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุ
- ลักษณะ: นอนหลับยาก ตื่นบ่อย กลางดึก ตื่นเร็วหรือเข้าเกินไป รู้สึกว่านอนได้น้อย มักนอนกระสับกระส่ายบนเตียง

สาเหตุของอาการนอนไม่หลับ

- โรคทางอายุรกรรม การใช้สาร ยา และสภาพแวดล้อม
 - กลุ่มอาการ dementia และในผู้ป่วย Alzheimer's disease
 - การอยู่ในโรงพยาบาลและการผ่าตัด
 - อาการปวด
 - คั้นจากสาเหตุต่าง ๆ
 - การบั่นทอนระบบประสาท การหายใจลำบาก
- โรคทางจิตเวช
- **Primary sleep disorder** : obstructive sleep apnea และ idiopathic restless legs syndrome

ปัญหาที่ท้าทายของการดูแลรักษาโรคในผู้สูงอายุโดยสหสาขาวิชา

- การติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงาน
- ลักษณะเฉพาะในผู้สูงอายุ
- การสื่อสารกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- ความคาดหวังของผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- การประเมินรอบด้านสำหรับผู้สูงอายุแต่ละคน (ร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม)