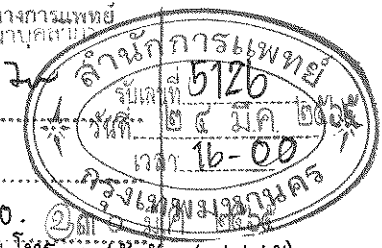




สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์
สำนักงานพัฒนาบุคลากร

รับที่ 2668

๒๕ มี.ค. ๒๕๖๕



บันทึกข้อความ

๐๑-๒๐.

ส่วนราชการ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน (ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โทร. ๐๘๕-๕๑๔-๓๓๘๕)

ที่ กท.๐๖๑๔ / ๔๒๓

วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๕

สพบ.

เรื่อง ขอส่งรายงานการประชุม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

๒๕ มี.ค. ๒๕๖๕

ต้นเรื่อง หนังสือที่เลขที่ กท ๐๔๐๑/๙๓ เรื่อง ขออนุมัติให้ข้าราชการเข้าร่วมการประชุม ลงวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๕ ปลัดกรุงเทพมหานคร (นางวันทนีย์ วัฒนะ รองปลัดกรุงเทพมหานครปฏิบัติหน้าที่แทนปลัดกรุงเทพมหานคร) อนุมัติให้ข้าราชการสังกัดโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน นายภูริวัจน์ อัครพรไกรเลิศ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ เข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.๒๕๖๕ และ Workshop ครั้งที่ ๑๑ “BUILDING BRIDGES in Dementia Diagnosis and Management” ในรูปแบบออนไลน์ Virtual Meeting ระหว่างวันที่ ๑๗ -๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ และ Workshop วันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ จัดโดยสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย โดยขอไม่ถือเป็นวันลาและขออนุมัติเบิกจ่ายค่าลงทะเบียน เป็นเงิน ๒,๕๐๐.- บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยเบิกจ่ายจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ของสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร แผนงานบริหารทรัพยากรบุคคล ผลผลิตพัฒนาบุคลากร งบรายจ่ายอื่น รายการค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการศึกษาเพิ่มเติม ฝึกอบรม ประชุม และดูงาน ในประเทศ และต่างประเทศ และให้ข้าราชการผู้ได้รับอนุมัติจัดทำรายงานการประชุมเสนอต่อปลัดกรุงเทพมหานคร ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันที่กลับจากเข้าร่วมการประชุม

ข้อเท็จจริง ข้าราชการสังกัดโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน นายภูริวัจน์ อัครพรไกรเลิศ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ ได้เข้าร่วมการประชุมดังกล่าว และจัดทำรายงานการประชุม ตามแบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัดตั้งกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้อพิจารณาเสนอแนะ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน พิจารณาแล้วเห็นว่าควรส่งรายงานการประชุมดังกล่าว รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบที่แนบมานี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางปนัดดา สีสาดุมลิต)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน



ตั้งต้น (แก้ไข / เพิ่มเติมรายละเอียด)
- นิสิตโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนนทบุรี
- แผนงานจัดตั้งโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดนนทบุรี

๒๕/๓/๕

- กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ
- กลุ่มงานพัฒนาการบริหาร

(นางสาวปิยรัตน์ พรรณรังษี)

ผู้อำนวยการส่วนพัฒนาบุคลากร
สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ สำนักการแพทย์
๒๕ มี.ค. ๒๕๖๕

๒๐๒๑๑๘ ศ.ดร.วิวัฒน์คุณากร ๒๐/๒/๕



บันทึกข้อความ

รองปลัดกรุงเทพมหานคร
รับที่... ๑๐๐๑/๕๗
วันที่... ๒๑ ม.ค. ๒๕๖๕
เวลา... ๑๐.๕๕

วิเศษ งาม

ส่วนราชการ สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร (ส่วยทศกศรฯ โทร./โทรสาร ๐๒๖๒๑ ๑๕๒๓ หรือ โทร. ๑๓๕๖)

ที่ กท ๐๕๐๑/๕๗

วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติให้ข้าราชการเข้าร่วมการประชุม

เรียน ปลัดกรุงเทพมหานคร

ต้นเรื่อง ปลัดกรุงเทพมหานคร (นางวันทนี วัฒนะ รองปลัดกรุงเทพมหานครปฏิบัติราชการแทนปลัดกรุงเทพมหานคร) ได้โปรดสั่งการให้สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานครพิจารณาเสนอ กรณีสำนักงานแพทย์ได้ขออนุมัติให้ข้าราชการสังกัดโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน ราย นายภูริวัจน์ อัครพรไกรเลิศ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ เข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ และ workshop ครั้งที่ ๑๑ “BUILDING BRIDGES in Dementia Diagnosis and Management” ในรูปแบบออนไลน์ Virtual Meeting ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ และ workshop วันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ จัดโดยสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม รวมทั้งแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นวิวัฒนาการใหม่ ๆ ด้านโรคสมองเสื่อมระหว่างสมาชิกและแพทย์ผู้สนใจ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยขอไม่ถือเป็นวันลา และขออนุมัติเบิกจ่ายค่าลงทะเบียนประเภทแพทย์ผู้สนใจ จำนวน ๒,๕๐๐.- บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน) จากเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ของสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร แผนงานบริหารทรัพยากรบุคคล ผลผลิตพัฒนาบุคลากร งบรายจ่ายอื่น รายการค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการศึกษาเพิ่มเติม ฝึกอบรม ประชุม และดูงานในประเทศและต่างประเทศ และการส่งข้าราชการไปประชุมดังกล่าวเป็นไปตามโครงการของหน่วยงานที่ได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานครและบุคลากรกรุงเทพมหานครประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ และของสำนักงานแพทย์ รายละเอียดปรากฏตามหนังสือ ที่ กท ๐๖๐๒/๕๐๓ ลงวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๕

ข้อเท็จจริง

๑. สถาบันฯ ได้ตรวจสอบแล้วปรากฏว่า การประชุมดังกล่าวได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานครและบุคลากรกรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

๒. สำนักงานแพทย์ ให้เหตุผลว่าการประชุมดังกล่าวผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง ถูกวิธี รวมถึงได้เพิ่มพูนความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ได้แลกเปลี่ยนความรู้วิวัฒนาการใหม่ ๆ และแนวทางการคิดเห็นทางด้านโรคสมองเสื่อม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อภารกิจหน้าที่ของผู้ขออนุมัติและกรุงเทพมหานคร โดยขอปรับเปลี่ยนค่าใช้จ่ายต่อคนตลอดหลักสูตร จากที่กำหนดไว้ในแผนฯ คนละ ๔,๕๐๐.- บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) แต่ในครั้งนี้ออมัติค่าลงทะเบียนจำนวน ๒,๕๐๐.- บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน) เนื่องจากการประชุมดังกล่าวหน่วยงานผู้จัดได้กำหนดจัดการประชุมในรูปแบบออนไลน์ Virtual Meeting จึงทำให้ค่าลงทะเบียนลดลงและไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในแผนฯ

ข้อพิจารณา...

ข้อพิจารณาและเสนอแนะ สถาบันฯ พิจารณาแล้วเห็นว่าการประชุมดังกล่าวเกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ต่อภารกิจหน้าที่ของผู้ขออนุมัติและกรุงเทพมหานคร จึงเห็นควรดำเนินการ ดังนี้

๑. อนุมัติให้ข้าราชการ ราย นายภูริวัจน์ อัครพรไกรเลิศ เข้าร่วมการประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด และเบิกค่าลงทะเบียน จำนวน ๒,๕๐๐.- บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน) จากงบประมาณ ใช้จ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ของสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร แผนงานบริหารทรัพยากรบุคคล ผลผลิตพัฒนาบุคลากร งบรายจ่ายอื่น รายการค่าใช้จ่ายในการส่งเสริม การศึกษาเพิ่มเติม ฝึกอบรม ประชุม และดูงานในประเทศและต่างประเทศ ทั้งนี้ ให้ข้าราชการผู้ได้รับอนุมัติ ติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อย่างใกล้ชิด รวมทั้งปฏิบัติตาม นโยบายของกรุงเทพมหานครที่เกี่ยวข้อง อำนาจอนุมัติเป็นของปลัดกรุงเทพมหานคร ตามระเบียบกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม พ.ศ. ๒๕๔๑ ข้อ ๗ (๑)

๒. ให้ข้าราชการผู้ได้รับอนุมัติ จัดทำรายงานการประชุมเสนอต่อปลัดกรุงเทพมหานคร ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันที่กลับจากเข้าร่วมการประชุม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติในข้อ ๑ และสั่งการในข้อ ๒

ป.พ.พ. ๗๗

(นางสาวประภาศรี ศุภอักษร)

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร

สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร

- อนุมัติในข้อ ๑
- ให้ ขรก.ผู้ได้รับอนุมัติดำเนินการในข้อ ๒ ตามที่ สนพ.และ สพข.เสนอ



(นางวันทนี วัฒนนะ)

รองปลัดกรุงเทพมหานคร

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกรุงเทพมหานคร

๒๑ ม.ค. ๒๕๖๕

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นายภูริวัจน์ อัครพรไกรเลิศ.

อายุ ๓๘ ปี การศึกษา วุฒิปริญญาตรีอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ

๑.๒ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) แพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป โดยตรวจ ประเมิน รักษาผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และมีกลุ่มอาการผิดปกติของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะเพื่อสับสน กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ล้มบ่อย มีการใช้ยาหลายชนิดหรือมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอนไม่หลับ ตลอดจนป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การรับวัคซีน และการดูแลจิตใจ

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร Building bridge in dementia diagnosis and management
เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว ไม่มีค่าใช้จ่าย

จำนวนเงิน ๒,๕๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๑๗-๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ สถานที่ ประชุมผ่านระบบออนไลน์ (virtual meeting)

คุณวุฒิ/วุฒิปริญญาที่ได้รับ วุฒิปริญญาจากสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพิ่มพูนองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม และสามารถนำความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมที่ได้ไปถ่ายทอดให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชน

๒.๑.๒ ศึกษาความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมใหม่ๆ ในการรักษา ดูแล พึ่งพา และป้องกันโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยสมองเสื่อม

๒.๒ เนื้อหา

ภาวะสมองเสื่อมอาจแบ่งได้เป็น ๒ กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

๑.๑ ภาวะสมองเสื่อมชนิดที่รักษาหายได้ หรือภาวะสมองเสื่อมชั่วคราว เช่น ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ (ไทรอยด์เป็นพิษ หรือ ฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำก็ได้) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะขาด

แอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal syndrome) ภาวะพร่องวิตามินบี ๑๒ (Vitamin B๑๒ deficiency) เป็นต้น ซึ่งภาวะเหล่านี้หากรักษาที่สาเหตุแล้ว สามารถทำให้อาการที่มีลักษณะเหมือนภาวะสมองเสื่อมหายได้

๑.๒ ภาวะสมองเสื่อมชนิดที่รักษาไม่หายขาด มักจะเป็นภาวะที่เกิดจากความเสื่อมถอยของเนื้อสมอง ซึ่งปัจจุบันมีพยาธิสภาพในสมองหลายชนิดที่พิสูจน์ได้ว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของสมอง เช่น Beta amyloid plaques และ Neurofibrillary tangles ในโรคอัลไซเมอร์, Lewy bodies ที่เกิดจากโปรตีน alpha synuclein ในโรค dementia of Lewy bodies (DLB), โปรตีน TDP-๔๓ ที่สะสมในโรค frontotemporal dementia (FTD)

โดยทั่วไปความชุกของภาวะสมองเสื่อมในคนอายุ ๖๕ ปีเท่ากับร้อยละ ๖-๘ และเพิ่มเป็นสองเท่าทุก ๕ ปี ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.๒๕๕๙ พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยสมองเสื่อม ๔๗.๕ ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.๒๕๗๓ จะมีผู้ป่วย ๗๕.๖ ล้านคน และเพิ่มเป็น ๑๓๕.๕ ล้านคนในปี พ.ศ.๒๕๙๓

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้สิ่งรอบตัวลดลง มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น และทำให้เสี่ยงต่อโรคทางกายมากขึ้นเนื่องจากเป็นภาวะที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการสื่อสารและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้วินิจฉัยโรคทางกายล่าช้าและอาจผิดพลาดได้

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

- ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ร้อยละ ๖๐-๗๐
- ภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ประมาณ ร้อยละ ๒๐
- สาเหตุอื่นๆ ประมาณ ร้อยละ ๒๐ เช่น โรคพาร์กินสัน ภาวะสมองเสื่อมจากมวลเลวีย์ สมองส่วนหน้าและกลางเสื่อม (Frontotemporal dementia) ภาวะติดเชื้อ (Neurosphilis, Jacob-Creutzfeldt disease) สารพิษบางชนิด (Alcohol, iatrogenic medication)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

- อายุมาก
- ประวัติคนในครอบครัวเป็นสมองเสื่อม โดยเฉพาะผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ๖๕ ปี
- ประวัติสุราเรื้อรัง หรือใช้ยาเสพติด
- ประวัติที่เคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรงทางสมอง
- มีความบกพร่องตั้งแต่กำเนิด เช่น กลุ่มอาการดาวน์
- ประวัติเคยมีอาการเพ้อสับสนฉับพลัน (Delirium)
- โรคพาร์กินสัน โรคเอชไอวี

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นมาตรฐานในปัจจุบัน คือ เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมของ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-๕)

มีหลักฐานซึ่งแสดงให้เห็นชัดว่า ปรึกษาปัญญาลดลงจากแต่ก่อน ตั้งแต่ ๑ ด้านขึ้นไป ได้แก่

๑. ความสนใจที่มีลักษณะซับซ้อน (Complex attention) ได้แก่ ความสามารถในการเพ่งความสนใจไปยังสิ่งเร้าแบบระยะเวลาต่อเนื่อง (Sustain attention) เช่น การอ่านหนังสือจนจบบทความความสามารถในการตัดสิ่งเร้าที่ไม่สำคัญออก (Selective attention) และความสามารถในการให้ความสำคัญต่อสิ่งเร้า ๒ อย่างพร้อมๆ กันได้ (Divided attention)

๒. ทักษะสมอง,หน้าที่บริหารจัดการ (Executive function) ได้แก่ ความสามารถในการวางแผน ตัดสินใจ ความจำระยะสั้นที่ใช้งาน (Working memory) เป็นความจำที่ใช้ในการแก้ปัญหาและปรับตัว อย่างมีเหตุผล

๓. การเรียนรู้และความจำ (Learning & memory) ทั้งความจำระยะสั้นและยาว ครอบคลุมความจำที่ใช้ในการระลึก (Free and cue recall) ความจำที่อาศัยความหมาย (Semantic memory) และการระลึกถึงข้อมูลได้โดยปริยาย (Implicit learning)

๔. ภาษา (Language) การเรียกชื่อสิ่งของ การนึกคำ ความคล่องแคล่วในการใช้ภาษา โครงสร้างภาษา การรับรู้และเข้าใจในการใช้ภาษา

๕. การรับรู้การเคลื่อนไหว (Perceptual-motor) ได้แก่ การรับรู้ทางสายตา และการทำงานประสานกันของการรับรู้กับการเคลื่อนไหว เช่น การจำทิศทาง การขับรถ การใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์อย่างถูกต้อง

๖. ปริชาณปัญญาด้านสังคม (Social cognition) ได้แก่ การรับรู้อารมณ์ ความสามารถในการจัดการและเข้าใจกับสภาพจิตของทั้งตนเองและผู้อื่น การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเหมาะสมในบริบทของสังคมนั้นๆ

การบกพร่องของปริชาณปัญญาต้องมีการบกพร่องของกิจวัตรประจำวันร่วมด้วย อาจต้องมีผู้ดูแลแทน เช่น การต้องการผู้ช่วยเหลือในทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยเครื่องมือที่มีความซับซ้อนโดยที่ปกติแล้วผู้ป่วยไม่ต้องการผู้ช่วย เช่น การใช้โทรศัพท์ การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า การทำความสะอาดบ้าน การเดินทางโดยใช้รถสาธารณะ การขับรถ การชำระบิลค่าใช้จ่าย หรือการดูแลเรื่องยาต่าง ๆ

หากไม่มีการบกพร่องของกิจวัตรประจำวัน เรียกว่า ภาวะปริชาณปัญญาบกพร่องเล็กน้อย หรือภาวะก่อนสมองเสื่อม หรือ Mild cognitive impairment (MCI)

การบกพร่องของปริชาณปัญญา จะไม่วินิจฉัยในผู้ป่วยใหม่ที่มีภาวะเพ้อสับสน (Delirium) และโรคซึมเศร้า (Depression, MDD) หรือจิตเภท (Schizophrenia)

แนวทางการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม

โดยทั่วไปอาศัยอาการทางคลินิกเป็นหลัก เพื่อแยกโรคอื่นออกไป เช่น โรคซึมเศร้า ภาวะเพ้อสับสน หรือภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment : MCI) ส่วนภาวะหลงลืมตามวัยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เมื่ออายุมากขึ้น สิ่งที่สำคัญที่ใช้แยกคือ ผู้สูงอายุที่หลงลืมตามวัยจะใช้ชีวิตได้ตามปกติ ผู้สูงอายุจะรู้ตัวว่ามีปัญหาดังกล่าว และมักจะเป็นเรื่องไม่ซับซ้อนที่สัักพักก็นึกออก ส่วนโรคซึมเศร้า จะมีอาการนำมาด้วย

หลงลืมง่าย แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะตระหนักถึงความจำของตัวเอง ส่วนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะไม่ตระหนักถึงปัญหานี้ ส่วน ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จะมีความผิดปกติของการรู้คิดเล็กน้อย โดยไม่มีผลหรือมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันเล็กน้อย

การซักประวัติ ให้ซักประวัติเกี่ยวกับความสามารถทางสติปัญญาทั้ง ๖ ด้าน หากมีด้านใดด้านหนึ่งเสีย ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในเชิงปฏิบัติ เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน Basic activities of daily living หรือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (หรือเชิงซ้อน) Instrumental activities of daily living จากที่เคยทำได้กลายเป็นทำไม่ได้ และไม่ได้กำลังเจ็บป่วยด้วยโรคข้างต้น ได้แก่ มีภาวะเพื่อสับสน โรคซึมเศร้า หรือจิตเภท ก็ให้ทำการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมต่อไป

เครื่องมือที่แนะนำในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ Thai mental state examination (TMSE) หรือ Mini-mental state examination (MMSE-Thai ๒๐๐๒) นอกจากนี้ยังมีเครื่องมืออื่น เช่น Montreal cognitive assessment (MoCA) Rowland universal dementia assessment scale (RUDAS) และ Informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE) ซึ่งแต่ละเครื่องมือก็มีความไวและความจำเพาะต่อภาวะสมองเสื่อมที่แตกต่างกัน อีกทั้งยังใช้ประเมินในผู้ป่วยต่างระดับการศึกษาแล้วแต่ความยากง่ายของแบบประเมินด้วย

การตรวจร่างกาย มุ่งเน้นไปในการช่วยวินิจฉัยแยกโรค เช่น ถ้าผู้ป่วยมี gait apraxia ตั้งแต่เริ่มเป็นสมองเสื่อม ให้สงสัยภาวะ NPH หากตรวจพบ papilledema อาจสงสัยว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมจากโรค Brain tumor หรือ CNS infection เป็นต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะช่วยวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมที่อาจรักษาให้หายขาดได้ เช่น การส่ง thyroid function test หรือ VDRL, TPHA เมื่อสงสัย Neurosyphilis

การเอกซเรย์สมอง ได้แก่ Computer tomography ; CT และ Magnetic resonance imaging ; MRI ของสมองจะช่วยให้สามารถแยกโรคที่เป็นสาเหตุต่างๆ ของภาวะสมองเสื่อมได้

การรักษาโรคสมองเสื่อม

หากเป็นโรคสมองเสื่อมแบบรักษาได้ เช่น ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ (ไทรอยด์เป็นพิษ หรือ ฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำก็ได้) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะขาดแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal syndrome) ภาวะพร่องวิตามินบี ๑๒ (Vitamin B๑๒ deficiency) ให้รักษาโรคที่ตรวจพบ หากหายดีแล้ว อาการทางสมองเสื่อมก็ควรจะดีขึ้น หากอาการไม่ดีขึ้น หรือเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดที่รักษาไม่หายขาด จะมีแนวทางการรักษาโดยมีหลักช่วยจำคือ “ABC”

A – ADL ส่งเสริมให้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองให้มากและนานที่สุด

B – Behavioral and psychological disorders (BPSD) การจัดการปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยสมองเสื่อม

C – Cognition and caregiver ได้แก่ การประเมินภาวะของผู้ดูแล ประเมินความต้องการการช่วยเหลือ และให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

รายละเอียดของการรักษาโรคสมองเสื่อม

๑. การรักษาอาการปรีชาปัญญาบกพร่อง

- การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการรักษาที่สำคัญและต้องใช้คู่กับการใช้ยา การเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษา ควรจัดการกับสิ่งที่เป็นอุปสรรค เช่น การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหวที่ลดลง (ที่อาจเกิดจากการขาดสารอาหาร กระดูกสะโพกหัก ปวดข้อ หรือเกลือแร่ผิดปกติบางชนิด) และควรสื่อสารกับผู้ดูแลถึงขีดจำกัดของผู้ป่วย

- การรักษาโดยใช้ยา ในแนวทางเวชปฏิบัติโรคสมองเสื่อมประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ แนะนำยารักษาโรคอัลไซเมอร์ดังตารางด้านล่าง

ยา	ขนาดต่ำสุดที่ให้ประโยชน์	ขนาดสูงสุด	ระยะเวลาที่เพิ่มยา	ข้อระวัง
Donepezil	๕ มก.	๒๐ มก. (หรือ donepezil SR ๒๓ มก.)	๔-๖ สัปดาห์	คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ถ่ายเหลว
Rivastigmine	๖ มก.	๑๒ มก.	๔ สัปดาห์	คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ถ่ายเหลว
	๙.๕ มก. แปะผิวหนัง	๑๓.๓ มก.	๔ สัปดาห์	ระคายเคืองผิวหนัง
Galantamine	๑๖ มก.	๒๔ มก.	๔ สัปดาห์	คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
Memantine	๑๐ มก.	๒๐ มก.	๑ สัปดาห์	สำหรับกลุ่มสมองเสื่อมปานกลางถึงรุนแรง

- ยาเหล่านี้ได้ผลแตกต่างกันในแต่ละราย หากปรับขนาดยาสูงสุดแล้ว ๒-๓ เดือน อาการยังไม่ดีขึ้น ให้เปลี่ยนยาเป็นชนิดอื่นในกลุ่มเดียวกันได้ทันที ยากลุ่มนี้แนะนำให้ใช้ในกลุ่มสมองเสื่อมจากโรคทางระบบ เช่น เอลไซวี่, Multiple sclerosis และโรคลมชัก

- และในแนวทางเวชปฏิบัติโรคสมองเสื่อมนี้ยังบรรจุยา Ginkgo Biloba (EGb ๗๖๑) ซึ่งเป็นยาสกัดจากใบแปะก๊วย ซึ่งคุณภาพและหลักฐานทางวิชาการที่ดีในการรักษาภาวะก่อนสมองเสื่อม (MCI) และคุณภาพและหลักฐานทางวิชาการปานกลางในการรักษาโรคสมองเสื่อมระยะน้อยถึงปานกลาง โดยให้เริ่มต้นที่วันละ ๑ เม็ด (๑๒๐ มก.) และปรับขนาดยาสูงสุดได้ที่ ๒๔๐ มก.ต่อวัน ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ปวดศีรษะ อาเจียน และต้องระวังการรับประทานร่วมกับยาด้านเกล็ดเลือดและละลายลิ่มเลือดโดยเฉพาะยา warfarin เนื่องจากมีฤทธิ์ทำให้เลือดออกแล้วหยุดยากขึ้น และเพิ่มระดับของ warfarin ในเลือด และยังไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะรุนแรง

๒. การรักษาอาการทางพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิต (BPSD)

- มีหลักการ ABC แต่เป็น Antecedent คือการหาต้นเหตุของพฤติกรรมที่ผิดปกติ, Behavior คือพฤติกรรมนั้นเป็นรูปแบบใด, Consequence คือผลของพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลเป็นอย่างไร การรักษาโดยไม่ใช้ยา คือ การปรับสิ่งแวดล้อม ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การทำจิตบำบัด และการเปลี่ยนพฤติกรรมและ

ลักษณะการอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนการฝากผู้ป่วยไว้ที่สถานดูแลไม่ว่าจะเป็นแบบช่วงกลางวัน (Day care) หรือทั้งวัน (Nursing home) ก็จะช่วยแบ่งเบาภาระให้กับผู้ดูแลหลักได้ ส่วนการรักษาโดยใช้ยา ควรพิจารณาเมื่อการรักษาแบบไม่ใช้ยาไม่ได้ผล เนื่องจากมีผลข้างเคียงมาก การรักษาแบบใช้ยาสรุบไว้ใน ตารางต่อไปนี้

กลุ่มยา	ยา	ขนาด เริ่มต้น	ขนาด ต่อวัน	ผลข้างเคียง	ข้อแนะนำ
antidepressants	sertraline	๕๐	๕๐-๒๐๐	คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ชายอาจหลังช้า	ทำให้ตื่นตัว ไม่ควรให้ทาน ก่อนนอน
	escitalopram	๑๐	๑๐-๒๐		
	fluoxetine	๑๐	๒๐-๔๐		
	mirtazapine	๗.๕	๑๕-๓๐	ง่วงซึม น้ำหนักเพิ่ม	ช่วยนอนหลับ
antipsychotics	haloperidol	๐.๒๕	๒	Extrapyramidal symptoms	Haloperidol ห้ามใช้ใน โรคที่มี parkinsonism (DLB, PDD, FTD)
	olanzapine	๒.๕	๕		
	quetiapine	๑๒.๕	๑๐๐	ง่วง เวียนศีรษะ	
	risperidone	๐.๒๕	๒	Extrapyramidal symptoms, ง่วง	
	aripiprazole	๑.๒๕	๕		
hypnotics	trazodone	๒๕	๑๐๐	priapism	
mood stabilizer	sodium	๒๐๐	๑๐๐๐	Incoordination	ควรตรวจค่าตับก่อนให้ยา ไขมัน,น้ำตาลในเลือดสูงได้
	valproate			tremor,dizziness	

๓. การรักษาทั่วไป ได้แก่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ทำได้ การให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและดูแลตัวเอง และการวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Family meeting and advanced care plan)

การป้องกันภาวะสมองเสื่อม

การวิจัยส่วนใหญ่มักเป็นแบบการสังเกตเชิงพรรณนา (Observational descriptive studies) จึงอาจยังมีข้อมูลไม่เพียงพอในปัจจุบัน เนื่องจากการวิจัยเชิงทดลองที่มีการควบคุมตัวแปร (Experimental research) นั้นยังมีไม่มาก ซึ่งการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมี ๕ กลุ่ม ได้แก่

๑. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรทำอย่างระมัดระวังไม่ให้น้ำตาลในเลือดต่ำ หรือความดันโลหิตต่ำจนเกินไป
๒. การรับประทานอาหารที่เหมาะสม
๓. การทำกิจกรรม
๔. การเข้าสังคมสม่ำเสมอ
๕. การฝึกทักษะการรู้คิดเป็นประจำ

โรคสมองเสื่อมกับโควิด-๑๙

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ นับถึงวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๕ ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ ๔๒๒,๑๘๘,๗๕๕ ราย ผู้ติดเชื้อในประเทศไทยจำนวน ๒,๖๙๓,๓๖๒ ราย นับเป็นสถานการณ์ที่ยังวิกฤตของโลกและของประเทศไทย ดังนั้นเป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทราบสถานการณ์ รวมถึงมาตรการที่จะรับมือกับไวรัสโควิด-๑๙ ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

การศึกษาของ QuanQiu Wang (Alzheimers Dement . ๒๐๒๑ Aug;๑๗(๘):๑๒๙๗-๑๓๐๖.) รายงานผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ป่วยเป็นโควิด-๑๙ มีความชุกมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นสมองเสื่อม ๒ เท่า โดยที่โรคสมองเสื่อมที่มีความเสี่ยงมากที่สุดคือ vascular dementia (Odds ratio : ๓.๑๗) รองลงมาคือ โรคอัลไซเมอร์ และจากการติดตามหลังป่วยด้วยโควิด-๑๙ ไปอีก ๖ เดือน ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเข้านอนในโรงพยาบาลซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นสมองเสื่อมอยู่ที่ร้อยละ ๒๐.๙๙ และ ๕๙.๒๖ ตามลำดับ (มีการ stratified subgroup analysis แล้ว)

ซึ่งผู้ป่วยสมองเสื่อมก็มักจะมีอาการแสดงของการติดเชื้อโควิด-๑๙ ที่ไม่เหมือนกับผู้ป่วยอื่น ๆ การศึกษาของ Mehran Ghaffari (J Neurovirol. ๒๐๒๑ Jan ๘ : ๑-๘.) พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการแสดงทางระบบประสาทและสมองถึงร้อยละ ๕๑.๕ ซึ่งอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดศีรษะ (ร้อยละ ๓๐.๒) จมูกไม่ได้กลิ่น/ลิ้นไม่รับรส ร้อยละ ๑๙.๑ และเวียนศีรษะ ร้อยละ ๑๕ และอาการแสดงที่สัมพันธ์กับพยากรณ์โรคที่แย่มาก มีอัตราการตายสูงคือ ภาวะความรู้สึกลดลง (altered mental status ไม่ว่าจะ เป็น drowsiness, stuporous หรือ delirium) และภาวะทางเส้นเลือดสมองที่มีผลให้อ่อนแรงครึ่งซีก (acute stroke with hemiparesis or hemiplegia) นอกจากนี้ ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่สามารถบอกอาการที่ชัดเจนของตนเองได้ เช่น อาการหอบเหนื่อย เมื่อถูกกักตัวและไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางการแพทย์ประเมินเข้าไป จึงทำให้สัมพันธ์กับอัตราการตาย และอัตราการป่วยหนัก (ปอดอักเสบ ระบบหายใจล้มเหลว) มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นสมองเสื่อม

การเกิดอาการทางสมองของผู้ป่วยโควิด-๑๙ มีคำอธิบายอยู่หลายแบบ แต่ที่มีหลักฐานชัดเจนเกิดจากการที่เชื้อไวรัสโควิด-๑๙ ไปกระตุ้น Monocytes และทำให้เกิดการหลั่ง cytokines หลายชนิด และชนิดที่ทำให้เชื้อไวรัสผ่าน blood brain barrier ได้มากขึ้นคือ MMP-๙ นอกจากนี้เชื้อไวรัสยังสามารถเข้าสมองได้จากโพรงจมูกและระบบทางเดินหายใจผ่าน olfactory nerve หรือ basal frontal lobe of cerebrum ได้อีกทาง

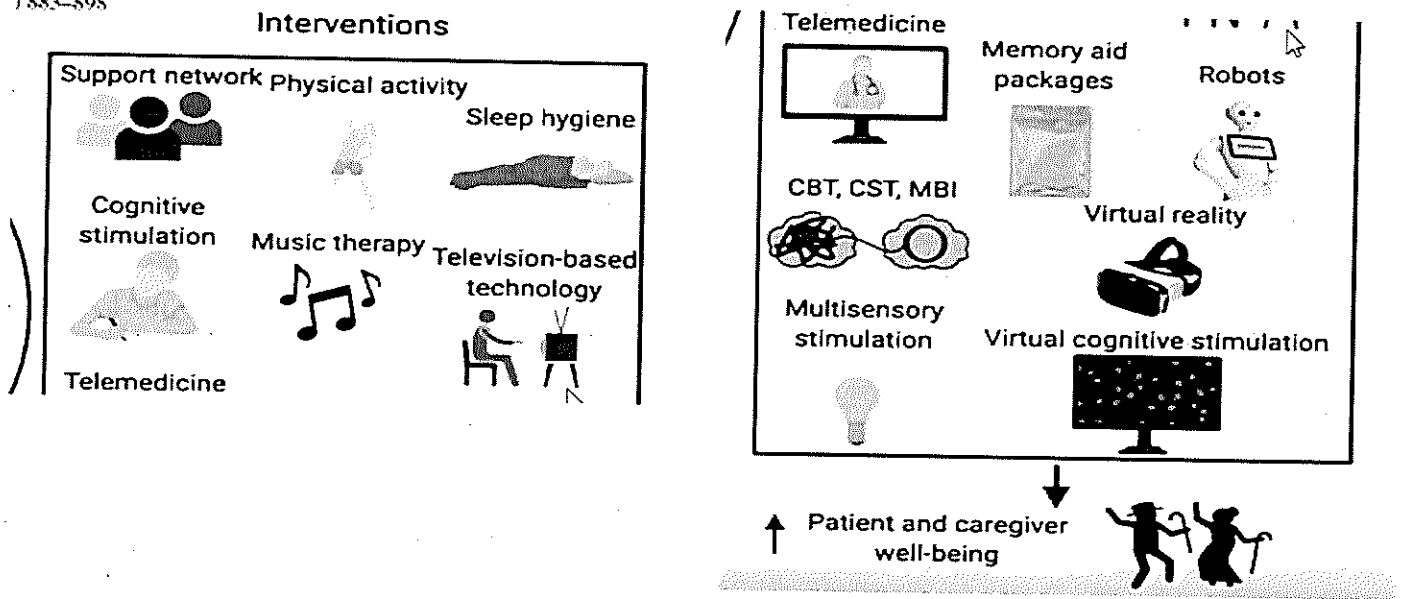
มีทฤษฎีที่คิดว่าเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ ไปกระตุ้น astrocyte ให้เป็น activated astrocyte และทำให้เกิด Beta amyloid มากขึ้น อีกทั้งกระตุ้น Microglial cells ทำให้เกิด Tau phosphorylation มากขึ้น ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคอัลไซเมอร์ ทั้งนี้จะต้องมีการศึกษาต่อเนื่องถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-๑๙ ในระยะยาวต่อไป

การศึกษาของ M. Reza Azarpazhoo (J Neurol Sci. ๒๐๒๐ Sep ๑๕; ๔๑๖.) ชี้ให้เห็นว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลง อาทิเช่น จากการถูกปล่อยให้ อยู่ตัวคนเดียวไม่มีผู้ดูแล ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า หรืออาการทางพฤติกรรมของโรคสมองเสื่อมที่แย่ง ไม่ว่าจะ

เป็นหลงผิด (delusion) กระสับกระส่ายก้าวร้าว (agitation , aggression) หรือซึมเศร้ามากขึ้น พลาดตกหล่นง่ายและบ่อยจากการขาดโปรตีน โรคทางกายที่เสื่อมถอยลงจากการไม่ได้พบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ หรือขาดยาพบว่าอุบัติการณ์การเสียชีวิตใน long term facilities เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๒๐-๓๓

การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสมองเสื่อม มีแนวคิดในการรักษาระยะห่าง แต่ยังสามารถประเมินอาการและให้การรักษาโดยแพทย์ได้ และผู้ป่วยก็ยิ่งรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้ง โดยการใช้ video call telemedicine และ teleconference รวมถึงการจัดโปรแกรม virtual schedule ในการบำบัดอาการสมองเสื่อม (cognitive stimulation) และการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ดังแสดงในรูปแบบมา

1883-898



๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง ได้รับการพัฒนาทั้งด้านความรู้ที่เป็นความรู้ใหม่ แนวทางปฏิบัติใหม่ๆ และรับทราบเทคโนโลยีใหม่ของการรักษา การฟื้นฟู และการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน นำความรู้ที่ได้กับตนเองมาถ่ายทอดให้กับบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ และประชาชนที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกคน ผ่านทางการมารับบริการโรงพยาบาล จัดงานวันสมองเสื่อมโลก ตลอดจนการให้ความรู้ผ่านทางออนไลน์

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ) ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว แต่อายุรแพทย์ผู้สูงอายุยังกระจายอยู่โรงพยาบาลต่าง ๆ ไม่เพียงพอ การนำความรู้เรื่องการรักษาโรคสมองเสื่อมมาประยุกต์ให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและทรัพยากรของแต่ละสถานพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็น อาจจะมีการรักษาที่ไม่เท่าเทียมกันบ้างในขีดจำกัดของบุคคล เครื่องมือแพทย์ และงบประมาณในแต่ละสถานที่ ซึ่งการเผยแพร่ความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมจึงจำเป็นมากในการรู้ขีดจำกัดของตัวเอง และนำไปสู่การส่งต่อไปรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมได้

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง ด้วยสถานการณ์โควิด-๑๙ ทำให้การจัดประชุมเป็นแบบทางไกลผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งการถามคำถามที่สงสัยจะเป็นไปได้ลำบาก แม้จะมีช่องทางการแชทตอบโต้กับผู้จัด แต่บางคำถามที่เป็นคำถามที่มีข้อจำกัด เช่น ถามเกี่ยวกับเคสที่จำเป็นจะต้องรักษาความลับผู้ป่วยก็ไม่สามารถถามวิทยากรได้อีกทั้งการประชุมต่างๆ เปรียบเสมือนการคืนสู่เหย้าของผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ ที่จะได้พบปะกัน ในที่นี้คือผู้เชี่ยวชาญด้านโรคสมองเสื่อม ซึ่งการประชุมทางไกลก็จะทำให้ขาดในจุดนี้ไป

๓.๒ การพัฒนา ด้วยแนวคิดปัจจุบันที่มีการเริ่มรักษาผู้ป่วยในระยะก่อนสมองเสื่อม รวมไปถึงจนถึงยารักษาโรคสมองเสื่อมหลายชนิดไม่สามารถเบิกจ่ายในสิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ เช่น Ginkgo biloba, Rivastigmine, Galantamine, Memantine ทำให้การรักษาโรคสมองเสื่อมด้วยยามีข้อจำกัดมาก การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา ก็จำเป็นจะต้องมีสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลด้านผู้สูงอายุ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เหล่านี้เป็นความท้าทายของประเทศไทยในการรับมือกับจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีมากขึ้นเป็นทวีคูณเนื่องจากแนวทางการวินิจฉัยและองค์ความรู้ที่มีมากขึ้น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การประชุมเพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมนั้น มีความจำเป็นกับผู้ที่มีส่วนในการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม ไม่เฉพาะเพียงแพทย์และพยาบาลที่เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุเท่านั้น เนื่องจากแพทย์และพยาบาลในแขนงอื่นๆ ก็จะมีโอกาสได้รักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมค่อนข้างแน่นอนไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง เช่น อายุรแพทย์ระบบหัวใจ ที่รักษาผู้ป่วยสูงอายุหัวใจล้มเหลวฉับพลัน ได้พบผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บอกอาการไม่ได้ และยังมีพฤติกรรมผิดปกติอีก หรือแพทย์ระบบทางเดินอาหารอาจจะได้ส่องกล้องผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ให้ความร่วมมือ พยาบาลบนตึกผู้ป่วยก็ได้พบผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการสับสน (delirium) บ่อยครั้ง ข้าพเจ้าเห็นว่าการมีองค์ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมและทำการรักษาควบคู่ไปกับการรักษาหลักของผู้ป่วย มีความสำคัญมาก และให้ตระหนักอยู่เสมอว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมมิได้มีความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเหล่านั้น หากแต่เป็นจากโรคที่เขาต้องเผชิญอยู่

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
นายแพทย์ภูริวัจน์ อัครพรไกรเลิศ
(นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน
นายแพทย์ภูริวัจน์ อัครพรไกรเลิศ
นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ

(นางนันทดา สีลาอุดมลิปิ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน