



อุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามธิบดี

Prospective Cohort Study of 1-Year Incidence of Cognitive Impairment in Patients with Elderly Depression at Psychiatric Outpatient Unit, Ramathibodi Hospital

ชัชชญา เพียรจงกล*, ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล*

Chatchaya Pienjongkol*, Papan Thaisuttikul*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบไปข้างหน้า ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 87 ราย เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลโรคซึมเศร้าแบบประเมิน Hamilton Rating scale for Depression (HAMD-17) แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Mini-Cognitive assessment Instrument (Mini-Cog) แบบประเมิน AD-8 แบบประเมิน Montreal cognitive assessment (MoCA) และแบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment-Basic (MoCA-B) ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เป็นสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Independent t-test

ผลการศึกษา อุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.1 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย โรคทางจิตเวชในครอบครัว อายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ระยะเวลารักษารวมภาวะซึมเศร้า และการมีปัญหาพฤติกรรม 6 ด้าน ผลจากการประเมิน MoCA ระหว่างผู้ที่มีและไม่มีภาวะสมองเสื่อมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการประเมินความรุนแรงโรคซึมเศร้าด้วย HAMD-17 และ AD-8 ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ

สรุป ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและมีปัญหาพฤติกรรม ควรตรวจทำการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ ภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้า

Corresponding author: ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563; 65(1): 89-102

ABSTRACT

Objective : To study incidence of cognitive impairment among elderly patients with depression during one year and the factors that associated with cognitive impairment of elderly patients with depression

Method : This prospective cohort study was conducted in 87 elderly patients with depression. The research instrument includes demographic and depression data, Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD-17), Mini-Cognitive Assessment Instrument (Mini-Cog), AD-8 and Montreal Cognitive Assessment (MoCA) or Montreal Cognitive Assessment-Basic (MoCA-B). Data were then analyzed in term of descriptive statistics, chi-square test and independent t-test.

Results : Incidence of dementia among elderly patients with depression during one year was 24.1%. Factors associated with dementia included age, family history of psychiatric illness, age at onset of depression, duration of treatment and the problems in 6 cognitive function domains. MoCA scores between patients with and without dementia were statistically different; however, severity of depression assessed with HAMD-17 and AD-8 scores were not statistically different.

Conclusion : Elderly patients with depression are at risk of dementia and problems with cognitive function. Continually screening, surveillance and prevention of dementia should be conducted among elderly patients with depression.

Keywords : dementia, elderly patients, depression

Corresponding author: Papan Thaipisuttikul

J Psychiatr Assoc Thailand 2020; 65(1): 89-102

บทนำ

ผู้สูงอายุถือว่าเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถดถอยทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามการเปลี่ยนแปลงของอายุที่มากขึ้น¹ ในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุถึง 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน และคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์² จำเป็นต้องเตรียมพร้อมแก้ไขปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและจากการคาดการณ์ในอนาคตเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าหากวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี ภายใน ปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว³

ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะพบภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ เช่น ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือเป็นอาการนำของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นผลที่ตามมาจากการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอาจมาด้วยปัญหาความจำ ซึ่งมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า pseudodementia⁴ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดได้ ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของสมอง⁵ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อ

ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การสูบบุหรี่ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การไม่ควบคุมการทานอาหาร ภาวะอ้วน คอเลสเตอรอลในเลือดสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป การมีส่วนร่วมทางสังคมน้อย เป็นต้น⁶

การศึกษาในต่างประเทศในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของ Mild Cognitive Impairment ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวและนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้⁷ แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทั่วไปและปัจจัยการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับจิตแพทย์สำหรับการติดตามและให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและหาแนวทางลดและป้องกันปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ตามเกณฑ์ DSM IV-TR DSM-5 หรือ ICD 10 รหัส F 322 ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี โดยจะต้องมีความสามารถในการเข้าใจและตอบแบบสอบถาม ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนาม ไม่มีโรคทางกายรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์และไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ

เครื่องมือในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้า และข้อมูลส่วนของผู้สัมภาษณ์กรอก ได้แก่ ความยากง่ายในการรักษาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และแบบสอบถามเพื่อประเมินพุทธิปัญญา (cognitive function) 6 ด้าน ได้แก่ การใช้สมาธิที่ซับซ้อน (cognitive attention) การบริหารจัดการ (executive ability) การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) ภาษา (expressive and receptive language) มิตินิยาม (visuoconstruction/perceptual ability) และพฤติกรรมทางสังคม (social cognition) โดยใช้ข้อคำถามเพื่อซักประวัติอาการทั้ง 6 ด้านตามเกณฑ์ของ DSM-5

2. แบบประเมิน Hamilton Rating scale for Depression (HAM-D-17) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ แบ่งระดับความรุนแรงตามคะแนนรวม 0-7 คะแนน คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 8-12 คะแนน คือ mild depression 13-17 คะแนน คือ less than major depression และ 18-29 คะแนน คือ major depression และมากกว่า 30 คะแนนขึ้นไป คือ severe major depression มีความแม่นยำและความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.87 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74⁹

3. แบบประเมิน Mini-Cognitive assessment Instrument (Mini-Cog) ซึ่งแปลและ validate เป็นภาษาไทยโดย อ.พญ. พิชญา กุศลารักษ์ และ รศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร ประกอบด้วยแบบทดสอบสองส่วน คือ จำของ 3 สิ่ง (three items recall) ถ้าได้คะแนนเป็น 0 หรือ 1 ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม ถ้าคะแนนเป็น 3 ถือว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ถ้าได้ 2 คะแนนก็จะมาดูที่ผลการวาดรูปหน้าปัดนาฬิกา (clock drawing

test) ถ้าผลเป็นปกติ ถือว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ถ้าผลผิดปกติ จะถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม มีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 72.8 และ 97.6 ตามลำดับ⁹

4. แบบประเมิน AD-8 ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและ validate เป็นภาษาไทยโดย รศ. พญ. ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากปัญหาทางด้านความคิดความจำ แบ่งระดับตามคะแนนรวม ดังนี้ 0-1 คือปกติ 2 ขึ้นไป คือมีโอกาสที่จะมีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะลักษณะของโรคอัลไซเมอร์¹⁰

5. แบบประเมิน Montreal cognitive assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและ validate เป็นภาษาไทยโดย รศ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำงานของสมอง (cognitive function) ด้านต่างๆ ได้แก่ visuospatial/executive, naming, attention, language, abstraction, delayed recall memory and orientation มีคะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน บวกเพิ่มให้ 1 คะแนนสำหรับผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าเท่ากับ 6 ปี โดยคะแนนรวมมากกว่าเท่ากับ 25 ถือว่าปกติ คะแนนร่วมน้อยกว่า 25 ถือว่ามีปัญหาเรื่อง cognitive impairment¹¹

6. แบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment-Basic (MoCA-B) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและ validate เป็นภาษาไทยโดย นพ.ภรณ์ญ จุลยานนท์ เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นมาใหม่จาก MoCA เดิม ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ที่มีการศึกษาน้อย ในวิจัยนี้จึงได้ใช้ MoCA-B ในการประเมินผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยกว่า 6 ปี แทนการใช้ MoCA เดิม เครื่องมือนี้ใช้ในการประเมินการทำงานของสมอง (cognitive function) ด้านต่างๆ ได้แก่ executive function, immediate recall, fluency, orientation, calculation, abstraction,

delayed recall, visuoperception, naming and attention มีคะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน บวกเพิ่ม 1 คะแนน ถ้าผู้ถูกทดสอบมีระดับการศึกษาน้อยกว่า 4 ปี และบวกเพิ่ม 1 คะแนน ถ้าผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกหรือเขียนไม่ได้ โดยไม่คำนึงถึงระดับการศึกษา โดยคะแนนรวมมากกว่าเท่ากับ 25 ถือว่าปกติ คะแนนรมน้อยกว่า 25 ถือว่ามีปัญหาเรื่อง cognitive impairment¹²

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ ID 08-61-66 ย มีผู้เข้าร่วมวิจัยในระยะเริ่มต้นที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ทั้งหมด 132 ราย ซึ่งทุกรายมีผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ปกติจากการประเมินด้วย Mini-Cog จากนั้นทำการประเมินซ้ำอีกใน 1 ปีถัดมา โดยสามารถเก็บข้อมูลได้จำนวนทั้งสิ้น 87 ราย แบ่งเป็นเก็บข้อมูลโดยตรงที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 42 ราย และเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์จำนวน 45 ราย เนื่องจากไม่สามารถเก็บข้อมูลได้โดยตรง ซึ่งจะทำให้สามารถเก็บข้อมูลได้เฉพาะ ส่วนของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้า และการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมิน AD-8 แต่จะไม่สามารถเก็บข้อมูลในส่วน ของแบบประเมิน HAMD-17 แบบประเมิน Mini-Cog และแบบประเมิน MoCA หรือ MoCA-B ได้ ส่วนที่เหลืออีกจำนวน 45 ราย ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้เนื่องจาก ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่มาติดตามการรักษา หรือไม่สามารถโทรติดต่อได้

โดยผู้ป่วยจะถูกจัดในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ในกรณีนี้เมื่อติดตามการรักษาไป 1 ปีแล้วพบว่าผู้ป่วย ได้คะแนน Mini-cog 0 หรือ 1 คะแนน หรือ ในกรณีนี้ ผู้ป่วยไม่สามารถมาประเมินด้วยตนเองได้และได้รับ

การประเมินทางโทรศัพท์มีค่าคะแนนของ AD-8 ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics Version 23.0. (Armonk, NewYork: IBM Corp; 2015) ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยโรค ซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสมองเสื่อมด้วย Chi-square test, Fisher's exact test และความ แตกต่างของค่าเฉลี่ยวิเคราะห์ด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($\alpha = 0.05$)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวนทั้งสิ้น 87 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.6 ไม่ได้เรียน หรือจบระดับประถมศึกษาร้อยละ 28.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 64.4 อายุเฉลี่ย 70.23 ปี มีโรคประจำตัวเป็น โรคเบาหวานร้อยละ 19.5 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 51.7 มีโรคทางจิตเวชในครอบครัวร้อยละ 16.7 และมีโรคสมองเสื่อมในครอบครัวร้อยละ 7.3

2. ข้อมูลโรคซึมเศร้า

ข้อมูลการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอาการสำคัญที่นำมาพบแพทย์เป็นอาการด้านอารมณ์ ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า 58.6 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่รักษาภาวะซึมเศร้า 10.9 ปี อาการซึมเศร้าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่คงที่ร้อยละ 70.1 ความสม่ำเสมอ ในการติดตามการรักษาและการทานยารักษาโรคร้อยละ 94.2 และ 89.7 ตามลำดับ ความยากง่ายในการรักษา

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ใช้ยาเพียงตัวเดียวร้อยละ 64.4 และพบปัญหาเกี่ยวกับความคิดความเข้าใจในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 57.5

3. อุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี

ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 24.1)

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความสมองเสื่อม (75.05±8.77 และ 68.70±6.27 ปี ตามลำดับ) โรคทางจิตเวชในครอบครัว โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่มีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช อายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความสมองเสื่อม (68.33±12.16 และ 55.50±10.59 ปี ตามลำดับ) ระยะเวลาการรักษาภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีระยะเวลาการรักษาภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีความสมองเสื่อม (5.90±5.80 และ 12.48±9.53 ปี ตามลำดับ) ขณะที่เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว อาการสำคัญ อาการซึมเศร้าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ความสม่ำเสมอในการติดตามการรักษาและทานยาการรักษาโรค ความยากง่ายในการรักษาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และการมีปัญหาคิดความเข้าใจในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า แสดงในตารางที่ 1

เมื่อแบ่งภาวะสมองเสื่อมตามการประเมิน Mini-cog (จำนวน 42 ราย) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการ

เกิดภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความสมองเสื่อม (74.90±8.32 และ 67.25±5.24 ปี ตามลำดับ) โรคทางจิตเวชในครอบครัว โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่มีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช และอายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความสมองเสื่อม (67.40±13.55 และ 56.97±9.37 ปี ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ในส่วนของ การแบ่งภาวะสมองเสื่อมตามการประเมิน AD-8 (จำนวน 45 ราย) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อาการสำคัญ โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอาการสำคัญเป็น Mood and cognitive component สูงกว่าผู้ที่ไม่มีความสมองเสื่อม อายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความสมองเสื่อม (69.18±11.35 และ 54.12±11.59 ปี ตามลำดับ) และ ระยะเวลาการรักษาภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีระยะเวลาการรักษาภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีความสมองเสื่อม (5.09±4.16 และ 14.91±9.62 ปี ตามลำดับ) แสดงในตารางที่ 3

5. การเปรียบเทียบผลการประเมินพุทธิปัญญา (Cognitive function) ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม

การเปรียบเทียบผลการประเมินพุทธิปัญญา 6 ด้าน ได้แก่ การใช้สมาธิที่ซับซ้อน การบริหารจัดการ การเรียนรู้และความจำ ภาษา มิติสัมพันธ์ และ พฤติกรรมทางสังคม พบว่า ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาทั้ง 6 ด้าน พบปัญหาสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี (n=87)

	มีภาวะสมองเสื่อม (n=21)	ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (n=66)	p-value
เพศ			
ชาย	4 (19.0)	12 (18.2)	1.000
หญิง	17 (81.0)	54 (81.8)	
อายุ (ปี)	75.05±8.77	68.70±6.27	0.005*
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	8 (38.1)	17 (25.8)	0.385
มัธยมศึกษาตอนต้น	3 (14.3)	5 (7.6)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3 (14.3)	9 (13.6)	
อนุปริญญา/ปวส.	3 (14.3)	7 (10.6)	
ปริญญาตรี	4 (19.0)	20 (30.3)	
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	0 (0.0)	8 (12.1)	
สถานภาพสมรส			
โสด	1 (4.8)	7 (10.6)	0.662
คู่	13 (61.9)	43 (65.2)	
หย่าร้าง	1 (4.8)	5 (7.6)	
หม้าย	6 (28.6)	11 (16.7)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			
0 - 1,000	13 (61.9)	30 (45.5)	0.675
1,001 - 5,000	0 (0.0)	2 (3.0)	
5,000 - 10,000	1 (4.8)	5 (7.6)	
10,000 บาทขึ้นไป	7 (33.3)	29 (43.9)	
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	7 (33.3)	10 (15.2)	0.110
ความดันโลหิตสูง	14 (66.7)	31 (47.0)	0.138
ไขมันในเลือดสูง	12 (57.1)	28 (42.4)	0.316
หัวใจและหลอดเลือด	4 (19.0)	5 (7.6)	0.210
หลอดเลือดสมอง	2 (9.5)	4 (6.1)	0.628
โรคทางจิตเวชในครอบครัว	0 (0.0)	14 (21.9)	0.018*
โรคสมองเสื่อมในครอบครัว	2 (10.0)	4 (6.5)	0.630
อาการสำคัญที่นำมาพบแพทย์			
อาการด้านอารมณ์	15 (71.4)	55 (83.3)	0.342
อาการด้านอารมณ์ร่วมกับความจำ	6 (28.6)	11 (16.7)	
อายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (ปี)	68.33±12.16	55.50±10.59	<0.001*
ระยะเวลารักษาภาวะซึมเศร้า (ปี)	5.90±5.80	12.48±9.53	<0.001*
อาการซึมเศร้าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา			
อาการดีขึ้น	5 (23.8)	18 (27.3)	0.812
อาการคงที่	16 (76.2)	45 (68.2)	
อาการแย่ลง	0 (0.0)	3 (4.5)	
ความสม่ำเสมอในการติดตามการรักษา	20 (95.2)	62 (93.9)	1.000
ความสม่ำเสมอในการทานยารักษาโรคซึมเศร้า	20 (95.2)	58 (87.9)	0.446
ความยากง่ายในการรักษาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา			
ใช้ยาเพียงตัวเดียว	14 (66.7)	42 (63.6)	0.857
มีการเปลี่ยนยาเพียง 1 ครั้ง	1 (4.8)	7 (10.6)	
ใช้ยาตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป หรือ มีการเปลี่ยนยามากกว่า 1 ครั้ง	6 (28.6)	17 (25.8)	
มีปัญหาความคิดความเข้าใจในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	16 (76.2)	34 (51.5)	0.075

* p<0.05 ข้อมูลนำเสนอโดย จำนวน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี จำแนกภาวะสมองเสื่อมตามการประเมิน Mini-cog (n=42)

	มีภาวะสมองเสื่อม (n=10)	ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (n=32)	p-value
เพศ			
ชาย	1 (10.0)	6 (18.8)	1.000
หญิง	9 (90.0)	26 (81.3)	
อายุ (ปี)	74.90±8.32	67.25±5.24	0.001*
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	6 (60.0)	7 (21.9)	0.183
มัธยมศึกษาตอนต้น	0 (0.0)	1 (3.1)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	0 (0.0)	4 (12.5)	
อนุปริญญา/ปวส.	3 (30.0)	6 (18.8)	
ปริญญาตรี	1 (10.0)	10 (31.3)	
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	0 (0.0)	4 (12.5)	
สถานภาพสมรส			
โสด	0 (0.0)	3 (9.4)	0.837
คู่	7 (70.0)	21 (65.6)	
หย่าร้าง	0 (0.0)	2 (6.3)	
หม้าย	3 (30.0)	6 (18.8)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			
0 - 1,000	7 (70.0)	12 (37.5)	0.199
1,001 - 5,000	0 (0.0)	0 (0.0)	
5,000 - 10,000	1 (10.0)	4 (12.5)	
10,000 บาทขึ้นไป	2 (20.0)	16 (50.0)	
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	3 (30.0)	6 (18.8)	0.660
ความดันโลหิตสูง	7 (70.0)	16 (50.0)	0.305
ไขมันในเลือดสูง	7 (70.0)	12 (37.5)	0.143
หัวใจและหลอดเลือด	2 (20.0)	3 (9.4)	0.577
หลอดเลือดสมอง	0 (0.0)	2 (6.3)	1.000
โรคทางจิตเวชในครอบครัว	0 (0.0)	11 (35.5)	0.043*
โรคสมองเสื่อมในครอบครัว	2 (20.0)	2 (6.9)	0.267
อาการสำคัญ			
Mood component	8 (80.0)	22 (68.8)	0.696
Mood and cognitive component	2 (20.0)	10 (31.3)	
อายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (ปี)	67.40±13.55	56.97±9.37	0.009*
ระยะเวลารักษาภาวะซึมเศร้า (ปี)	6.80±7.33	9.91±8.86	0.321
อาการซึมเศร้าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา			
อาการดีขึ้น	4 (40.0)	13 (40.6)	1.000
อาการคงที่	6 (60.0)	17 (53.1)	
อาการแย่ลง	0 (0.0)	2 (6.3)	
ความสม่ำเสมอในการติดตามการรักษา	10 (100.0)	32 (100.0)	-
ความสม่ำเสมอในการทานยารักษาโรคซึมเศร้า	10 (100.0)	29 (90.6)	1.000
ความยากง่ายในการรักษาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา			
ใช้ยาเพียงตัวเดียว	7 (70.0)	20 (62.5)	1.000
มีการเปลี่ยนยาเพียง 1 ครั้ง	0 (0.0)	3 (9.4)	
ใช้ยาตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป หรือ มีการเปลี่ยนยามากกว่า 1 ครั้ง	3 (30.0)	9 (28.1)	
มีปัญหาความคิดความเข้าใจในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	8 (80.0)	18 (56.3)	0.270

* p<0.05 ข้อมูลนำเสนอโดย จำนวน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี จำแนกภาวะสมองเสื่อมตามการประเมิน AD-8 (n=45)

	มีภาวะสมองเสื่อม (n=11)	ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (n=34)	p-value
เพศ			
ชาย	3 (27.3)	6 (17.6)	0.666
หญิง	8 (72.7)	28 (82.4)	
อายุ (ปี)	75.18±9.56	70.06±6.90	0.059
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	2 (18.2)	10 (29.4)	0.616
มัธยมศึกษาตอนต้น	3 (27.3)	4 (11.8)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3 (27.3)	5 (14.7)	
อนุปริญญา/ปวส.	0 (0.0)	1 (2.9)	
ปริญญาตรี	3 (27.3)	10 (29.4)	
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	0 (0.0)	4 (11.8)	
สถานภาพสมรส			
โสด	1 (9.1)	4 (11.8)	0.843
คู่	6 (54.5)	22 (64.7)	
หย่าร้าง	1 (9.1)	3 (8.8)	
หม้าย	3 (27.3)	5 (14.7)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			
0 - 1,000	6 (54.5)	18 (52.9)	1.000
1,001 - 5,000	0 (0.0)	2 (5.9)	
5,000 - 10,000	0 (0.0)	1 (2.9)	
10,000 บาทขึ้นไป	5 (45.5)	13 (38.2)	
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	4 (36.4)	4 (11.8)	0.085
ความดันโลหิตสูง	7 (63.8)	15 (44.1)	0.314
ไขมันในเลือดสูง	5 (45.5)	16 (47.1)	1.000
หัวใจและหลอดเลือด	2 (18.2)	2 (5.9)	0.247
หลอดเลือดสมอง	2 (18.2)	2 (5.9)	0.247
โรคทางจิตเวชในครอบครัว	0 (0.0)	3 (9.1)	0.561
โรคสมองเสื่อมในครอบครัว	0 (0.0)	2 (6.1)	1.000
อาการสำคัญ			
Mood component	7 (63.6)	33 (97.1)	0.010*
Mood and cognitive component	4 (36.4)	1 (2.9)	
อายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (ปี)	69.18±11.35	54.12±11.59	0.001*
ระยะเวลารักษาภาวะซึมเศร้า (ปี)	5.09±4.16	14.91±9.62	0.002*
อาการซึมเศร้าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา			
อาการดีขึ้น	1 (9.1)	5 (14.7)	1.000
อาการคงที่	10 (90.9)	28 (82.4)	
อาการแย่ลง	0 (0.0)	1 (2.9)	
ความสม่ำเสมอในการติดตามการรักษา	10 (90.9)	30 (88.2)	1.000
ความสม่ำเสมอในการทานยารักษาโรคซึมเศร้า	10 (90.9)	29 (85.3)	1.000
ความยากง่ายในการรักษาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา			
ใช้ยาเพียงตัวเดียว	7 (63.6)	22 (64.7)	1.000
มีการเปลี่ยนยาเพียง 1 ครั้ง	1 (9.1)	4 (11.8)	
ใช้ยาตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป หรือ มีการเปลี่ยนยามากกว่า 1 ครั้ง	3 (27.3)	8 (23.5)	
มีปัญหาความคิดความเข้าใจในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	8 (72.7)	16 (47.1)	0.177

* p<0.05 ข้อมูลนำเสนอโดย จำนวน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 4 การประเมินพุทธิปัญญา (Cognitive function)

	จำนวนและร้อยละที่พบปัญหา		p-value
	มีภาวะสมองเสื่อม (n=21)	ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (n=66)	
การใช้สมาธิที่ซับซ้อน	11 (52.4)	13 (19.7)	0.006*
การบริหารจัดการ	14 (66.7)	12 (18.2)	<0.001*
การเรียนรู้และความจำ	20 (95.2)	26 (39.4)	<0.001*
ภาษา	15 (71.4)	16 (24.2)	<0.001*
มิติสัมพันธ์	8 (38.1)	4 (6.1)	0.001*
พฤติกรรมทางสังคม	2 (9.5)	0 (0.0)	0.011*

* p<0.05

การประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า HAMD-17 พบว่า ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ย HAMD-17 สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีภาวะสมองเสื่อมแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (2.30 ± 2.54 และ 2.00 ± 2.66 ตามลำดับ, $p=0.755$) การประเมิน MoCA พบว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ย MoCA ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (17.80 ± 4.09 และ

23.07 ± 3.96 ตามลำดับ, $p=0.011$) และการประเมิน MoCA-B สำหรับผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยกว่า 6 ปี ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ย MoCA-B ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้มีภาวะสมองเสื่อมแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (18.40 ± 2.30 และ 20.86 ± 4.49 ตามลำดับ, $p=0.292$) แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม

	มีภาวะสมองเสื่อม (n=10)	ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (n=32)	p-value
HAMD-17	2.30 ± 2.54	2.00 ± 2.66	0.755
MoCA	17.80 ± 4.09	23.07 ± 3.96	0.011*
MoCA-B	18.40 ± 2.30	20.86 ± 4.49	0.292

* p<0.05

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.1 ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดได้จากอาการซึมเศร้าที่เป็นสาเหตุทำให้มีปัญหาคำจำและ

เป็นอาการหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม โดยอาจเกิดก่อนที่ จะมีอาการสมองเสื่อม¹³ มีรายงานว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สูงอายุมีความผิดปกติของระดับสารเคมีในสมอง การลดลงของเซลล์ประสาทสมองส่วนหน้าและ anterior cingulate ตลอดจนจนส่วน hippocampus และ amygdala¹⁴ และเกิดการเปลี่ยนแปลงการอักเสบของระบบประสาท

ส่วนกลางโดยเพิ่ม cytokines สามารถพบได้ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งทำให้ลดการต้านการอักเสบจนเกิดการอักเสบในระบบประสาทส่วนกลางทำให้สมองเสื่อมในที่สุด¹⁵ ในการศึกษาของ Yonas E. Geda⁷ และคณะที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสเกิดความผิดปกติพุทธิปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) ร้อยละ 38.6 โดยมีความเสี่ยง 1.87 เท่า ในทางกลับกันผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นมีความชุกของอาการซึมเศร้าที่ค่อนข้างหลากหลาย ซึ่งการศึกษาของ Tsuno N. และ Homma A¹⁶ พบว่าผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มักมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 20-30 ขณะที่ในการศึกษาของ Krishna Prasad Muliya และ Varghese M.¹⁷ พบว่า ความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่างร้อยละ 9 - 68 ซึ่งมีช่วงความแตกต่างค่อนข้างมากเนื่องจากมีการศึกษาทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล และรูปแบบระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน มีรายงานว่าผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้า 2.13 เท่า¹⁸ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร้อยละ 48.8¹⁹

ผลการศึกษาค้นพบว่า ปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วยและอายุที่เริ่มเป็นโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุส่งผลกระทบต่ออาการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง เนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างเซลล์ระบบประสาทลดลง และสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมอง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาท ทำให้ความสามารถในการสื่อสารและจดจำลดลง²⁰ ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม บุคลิกภาพเปลี่ยนไป มีความผิดปกติในการใช้ภาษา การคำนวณ ความเข้าใจ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดภาวะสมองเสื่อมใน

ทิศทางบวก พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5-8 ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 และผู้สูงอายุเกิน 90 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นไปถึงร้อยละ 50²¹ นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุที่เริ่มเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ Geerlings และคณะ²² ที่พบว่าอายุที่เริ่มเป็นโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อม 2.3 เท่า และจากการศึกษาของ Valkanova และคณะรายงานว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มสูงขึ้นหากผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าเป็นระยะเวลายาวนานและรุนแรง และมีโรคร่วมทางหลอดเลือดหรือมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสมอง รวมไปถึงการฝ่อของสมองส่วน hippocampus และความผิดปกติของสมองเนื้อสีขาว²³

ปัจจัยระยะเวลาการรักษาโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่ออาการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีระยะเวลาการรักษาโรคซึมเศร้าสั้นกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะมีภาวะซึมเศร้าเป็นอาการนำ (prodrome) รูปแบบหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Green¹⁸ ที่พบว่าอาการซึมเศร้าเกิดภายใน 1 ปีมากกว่า 1 ปี และมากกว่า 25 ปี ก่อนการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์มีความสัมพันธ์มากเป็น 4.57, 1.38 และ 1.71 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยโรคทางจิตเวชในครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงมีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวสูงกว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือกล่าวได้ว่าผู้ที่มีภาวะสมอง

เสื่อมไม่จำเป็นต้องมีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับรายงานของ Onyike²⁴ ที่กล่าวว่า ประวัติครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะพัฒนาอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมซึ่งอาจเป็นผลจากในการศึกษานี้ผู้มีจำนวนของผู้มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวจำนวนน้อย

เมื่อแบ่งการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเกิดภาวะสมองเสื่อมตามการประเมิน Mini-cog และ AD-8 พบว่า ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเกิดภาวะสมองเสื่อมให้ผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน แต่การประเมินด้วย AD-8 จะพบปัจจัยอาการสำคัญส่งผลกระทบต่อ การเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ที่มีภาวะ สมองเสื่อมมีอาการสำคัญเป็น Mood and cognitive component สูงกว่าผู้ที่ไม่มีความสมองเสื่อม เนื่องจาก ภาวะสมองเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและด้าน อารมณ์ ผู้ป่วยจะแสดงออกมาในรูปของความเสื่อมทาง สติปัญญา และบุคลิกภาพ มีอารมณ์ที่แปรปรวนและ ความจำเสื่อม²⁵ สอดคล้องกับอาการของโรคซึมเศร้าทาง ด้านอารมณ์และด้านพุทธิปัญญา

จากการเปรียบเทียบผลการประเมินพุทธิปัญญา 6 ด้านได้แก่ การใช้สมาธิที่ซับซ้อน การบริหารจัดการ การเรียนรู้และความจำ ภาษา มิติสัมพันธ์ และ พฤติกรรมทางสังคม พบว่า ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมี ปัญหาทั้ง 6 ด้าน พบปัญหาสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความสมอง เสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับคำนิยาม ภาวะสมองเสื่อมของสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่การทำงานของ สมองเสื่อมถอยลงโดยมีการทำงานของสมองเสื่อมลง มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ด้านดังต่อไปนี้ ความจำและการ เรียนรู้สิ่งใหม่ (learning and memory) ภาษา (language) การประมวลผล (executive function) สมาธิ (attention) perceptual-motor และพฤติกรรม ทางสังคม (social cognition) ซึ่งการเสื่อมลงของ

การทำงานของสมองจะแย่งลงเรื่อยๆ จนมีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิต การช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตร ประจำวัน และสุดท้ายทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะ พึ่งพิงในที่สุด²⁶

ประโยชน์ของงานวิจัยนี้ คือ การทราบอุบัติการณ์ ของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรค ซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี ซึ่งสูงถึงร้อยละ 24.1 และ เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเกิดภาวะสมองเสื่อม ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อช่วยในการป้องกันและติดตามในการ ดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าสูงอายุต่อไป แต่อย่างไรก็ดีข้อจำกัด ในการศึกษาคั้งนี้เป็นประเด็นเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล วิจัย เนื่องจากเป็นการศึกษาที่มีช่วงห่างในการเก็บ ข้อมูล 1 ปี ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกว่าร้อยละ 34 ปฏิเสธการ เข้าร่วมวิจัยหรือไม่มาติดตามการรักษา หรือไม่สามารถ โทรติดต่อได้ และร้อยละ 32 ของผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มา ติดตามการรักษา แต่ผู้วิจัยแก้ไขโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูล ทางโทรศัพท์แทน ส่งผลให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลในส่วน ของแบบประเมิน HAMD-17 แบบประเมิน Mini-Cog และแบบประเมิน MoCA หรือ MoCA-B ได้ โดยทำการ คัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยการประเมิน AD-8 แทน นอกจากนี้การเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์ยังทำให้เกิด ความคลาดเคลื่อนของการเข้าใจคำถามและตอบคำถาม ของผู้เข้าร่วมวิจัย ส่งผลให้การตอบแบบสอบถามไม่ตรง ตามความเป็นจริงได้ นอกจากนี้ข้อจำกัดสำคัญของการ ศึกษาเป็นการประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบ คัดกรอง (Mini-cog หรือ AD-8) ซึ่งไม่ใช่เป็นการประเมิน เพื่อวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมที่ต้องอาศัยประวัติ การตรวจ ร่างกายหรือการตรวจเพิ่มเติมที่ละเอียดมากยิ่งขึ้น อุบัติการณ์ที่พบจากการศึกษาอาจจะสูงกว่าความเป็น จริงได้ และข้อจำกัดในส่วนของ การประเมิน cognitive function เมื่อเริ่มต้นการศึกษาเป็นการประเมินคัดกรอง ด้วย Mini-cog ซึ่งอาจจะทำให้มีผู้ป่วยที่เป็น mild cognitive impairment ตั้งแต่เริ่มต้นและอาจเป็นปัจจัย

เสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ภาวะสมองเสื่อมตามมา สำหรับการศึกษานี้ในอนาคตในประชากรกลุ่มที่ใหญ่ขึ้นควรมีการประเมินปัจจัยเรื่อง mild cognitive impairment ด้วย

สรุป

อุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 24.1 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุของผู้ป่วย อายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า และระยะเวลารักษากาโรคซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะพบปัญหาความคิดความเข้าใจ ดังนั้นจึงควรทำการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ทำการเฝ้าระวังและป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคตโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. Boukeaw P, Teungfung R. Health care and health status of thai aging. Journal of the Association of Researchers 2016; 21: 94-109.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the thai elderly 2017. Bangkok:Duantula publisher; 2018.
3. Department of Mental Health. Clinical Practice Guideline of Psychosocial Intervention for Depressive Disorder for Psychiatric nurse in Tertiary Care. Nonthaburi:Ministry of Public Health; 2011.

4. Limpawattana P. Reversible dementia. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2018; 13; 1-10.
5. Baumgart M, Snyder HM, Carrillo MC, Fazio S, Kim H, Johns H. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. Alzheimer & Dement 2015; 11: 718-26.
6. Muangpisan P. Risk factors of dementia and prevention. [Internet]. 2013 [cited Dec 20, 2019]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title1_4.html
7. Geda YE, Roberts RO, Mielke MM, Knopman DS, Christianson TJ, Pankratz VS. Baseline neuropsychiatric symptoms and the risk of incident mild cognitive impairment: a population-based study. Am J Psychiatry 2014; 171: 572-81.
8. Lotrakul M, Sukanich P, Sukying C. The Reliability and Validity of Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression. J Psychiatr Assoc Thailand 1996; 41: 235-46.
9. Kusalaruk P, Nakawiro D. A Validity Study of the Mini-Cog Test in Thai Dementia Patients. Rama Med J 2012; 35:264-71.
10. Galvin JE, Roe CM, Powlishta KK, Coats MA, Muich SJ, Grant E, et al. The AD8: a brief informant interview to detect dementia. Neurology 2005; 65:559-64.
11. Hemrungron S. Montreal cognitive assessment (MoCA) thai version 2007 [Internet]. 2011[cited Jun 19, 2019] Available from: http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCATest-Thai.pdf.

12. Julayanont P, Tangwongchai S, Hemrungronj S, Tunvirachaisakul C, Phanthumchinda K, Hongsawat J, et al. The Montreal Cognitive Assessment-Basic: A Screening Tool for Mild Cognitive Impairment in Illiterate and Low-Educated Elderly Adults. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63:2550-4.
13. Muangpisan P. Risk factors of dementia and prevention (Chapter 2) [Internet]. 2013 [cited Dec 20, 2019] Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=416>
14. Lee GJ, Lu PH, Hua X, Lee S, Wu S, Nguyen K, et al. Depressive symptoms in mild cognitive impairment predict greater atrophy in Alzheimer's disease-related regions. *Biol Psychiatry* 2012; 71: 814-21.
15. Byers LA, Yaffe K. Depression and Risk of Developing Dementia. *Nat Rev Neurol* 2012; 7: 323-31.
16. Tsuno N, Homma A. What is the association between depression and Alzheimer's disease?. *Expert Rev Neurother* 2009; 9: 1667-76.
17. Muliya KP, Varghese M. The complex relationship between depression and dementia. *Ann Indian Acad Neurol* 2010; 13 (Suppl 2): 69-73.
18. Green RC, Cupples A, Kurz, Auerbach S, Go R, Sadovnick D, et al. Depression as a Risk Factor for Alzheimer's Disease: The MIRAGE Study. *Arch Neurol* 2003; 60: 753-9.
19. Patramarut K. The prevalence of depression in caregivers of dementia patients at dementia clinic, King Chulalongkorn Memorial hospital [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2016.
20. Suwaan A, Takulsitichok S. Prevalence and Factors Associated with Dementia among Elderly in Lukhok Subdistrict, Muang District, Pathumtani Province. *APHEIT journal* 2016; 5:21-32.
21. Department of Medical Services. "Dementia" the most found in elderly, female more than male [Internet]. 2015 [cited Dec 20, 2019] Available from: <https://www.hfocus.org/content/2015/04/9712>
22. Geerlings MI, den Heijer T, Koudstaal PJ, Hofman A, Breteler MM. History of depression, depressive symptoms, and medial temporal lobe atrophy and the risk of Alzheimer disease. *Neurology* 2008; 70:1258-64.
23. Valkanova V, Ebmeier KP, Allan CL. Depression is linked to dementia in older adults. *Practitioner* 2017; 261:11-5.
24. Onyike CU. Psychiatric Aspects of Dementia. *Continuum* 2016; 22: 600-14.
25. Phanthachinda K. Dementia. Bangkok: Kobfai publisher; 2000.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington; VA: American Psychiatric Association; 2013