

# การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

นาย นิติรัฐ วิเศษกิจ  
นาย บุญเลิศ ลิ้มวงศ์สุวรรณ

โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2549

PHARMACEUTICAL CARE  
IN DEMENTED PATIENTS

MR. BOONLERT LIMWONGSUWAN  
MR. NITIRAT VISETKIT

A SPECIAL PROJECT SUBMITTED IN PARTIAL FULLFILLMENT  
OF THE REQUIREMENT FOR  
THE BACHELOR DEGREE OF SCIENCE IN PHARMACY  
FACULTY OF PHARMACY  
MAHIDOL UNIVERSITY

2006

โครงการพิเศษ

เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

นาย นิติรัฐ วิเศษกิจ

นาย บุญเลิศ ลิ้มวงศ์สุวรรณ

(อาจารย์วารัตน์ กิตติกุลสุทธิ)

อาจารย์ที่ปรึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ จุฑามณี สุทธิสีสังข์)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(เภสัชกรหญิง อรรณีย์ สอนขำ)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

## บทคัดย่อ

### การบริหารบาททางเภสัชกรรมในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

นิติรัฐ วิเศษกิจ, บุญเลิศ ลิ้มวงศ์สุวรรณ

อาจารย์ที่ปรึกษา: วรวัฒน์ กิตติกุลสุทธิ\*, จุฑามณี สุทธิสีสังข์\*, อรรถกร สอนขัง\*\*

\* ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**คำสำคัญ:** การบริหารบาททางเภสัชกรรม, ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม, ผู้ป่วยสูงอายุ, การให้คำปรึกษาแนะนำผู้ดูแล

โครงการพิเศษนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาอาการและการใช้ยาของผู้ป่วยจากข้อมูลในเวชระเบียน และมีการจัดทำและแจกเอกสารให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มาพบแพทย์ตามนัดในระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2549 ที่คลินิกความจำ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

จากการบริหารบาททางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 30 คนผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 59 – 86 ปีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมแบบต่าง ๆ ได้แก่ Probable Alzheimer's disease (AD) 6 ราย, Vascular dementia 4 รายและจากสาเหตุอื่น ๆ 20 ราย ตรวจพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาทั้งหมด 101 ครั้ง พบปัญหาจากการใช้ยาที่มากที่สุดคือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 25 ครั้ง เช่น อาการผื่นร่ายจากการได้รับ donepezil รองลงมาคือขนาดยาที่ได้รับไม่เหมาะสมต่อภาวะโรค 24 ครั้ง เช่น ผู้ป่วยยังคงมีอาการหวาดระแวงหลังได้รับ quetiapine ขนาด 25 mg และกรณีที่ไม่ได้รับยาในการรักษาอาการที่เกิดขึ้น 16 ครั้ง เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับ antipsychotic ทั้ง ๆ ที่มีอาการก้าวร้าว นอกจากนี้ยังตรวจพบปฏิกริยาระหว่างยา 9 คู่ เช่น ได้รับ fluoxetine ร่วมกับ diazepam ปัญหาที่ได้ปรึกษาแพทย์มีทั้งสิ้น 22 ครั้ง โดยแพทย์ผู้ทำการรักษา รับฟังและยินยอมแก้ไขตามที่เภสัชกรรายงานทุกครั้ง

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์จำนวน 26 คน พบว่าผู้ดูแลทั้งหมดไม่มีความรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาระหว่างยา อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาที่ผู้ป่วยใช้รวมทั้งวิธีแก้ไข

จากข้อมูลข้างต้น เภสัชกรสามารถช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมรวมทั้งให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ข้อมูลที่ได้จากโครงการพิเศษครั้งนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารบาททางเภสัชกรรมในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ณ คลินิกความจำต่อไปในอนาคต

## Abstract

### Pharmaceutical care in demented patients

Nitirat Visetkit, Boonlert Limwongsuwan

**Project Advisor:** Wararat Kittikulsuth\*, Chuthamanee Suthisisang\*, Orabhorn Suanchang\*\*

\* Department of Pharmacology, Faculty of Pharmacy, Mahidol University

\*\* Pharmacy Department, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Keywords:** Pharmaceutical care, demented patients, geriatric patients, caregiver counseling

The objectives of this special project were to analyze and evaluate drug use in demented patients and also to solve drug-related problems. The study was performed by interviewing patients and their caregivers, evaluating patients' symptoms and reviewing drug use from medical records during July to September 2006 at memory clinic, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Leaflet of drug use information in demented patients was also developed and distributed to patient's caregivers.

The pharmaceutical care was performed in 30 demented cases age range between 59 – 86 years. Of these cases, 6 were diagnosed of probable Alzheimer's disease (AD), 4 cases of vascular dementia and another 20 demented cases. One hundred and one drug-related problems (DRP) were identified. The most common DRP was adverse drug reaction (25/101) e.g. nightmare from donepezil before bedtime; inappropriate dosage (24/101) e.g. paranoid still existed after receiving quetiapine in a dose of 25 mg hs; untreated indication (16/101) e.g. patient did not receive antipsychotic to control aggression. In addition, 9 drug-drug interactions were detected e.g. fluoxetine in combination with diazepam. Twenty-two interventions had been consulted and all were accepted by the treating physician.

Twenty-six patient's caregivers were interviewed for information of drug used in demented patients. All of them were lack of knowledge about adverse drug reaction and its management, as well as drug-drug interaction.

From this study, it was shown that pharmacists can play a major role in solving drug-related problems. Furthermore, pharmacists can educate caregivers concerning drug knowledge in order to increase the effectiveness of treatment. The data from this

project can apply to develop model of pharmaceutical care for demented patients in memory clinic in the future.

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการพิเศษนี้สำเร็จลุล่วงตามความมุ่งหมายได้ด้วยความช่วยเหลือจาก อาจารย์ วรา รัตน์ กิตติกุลสุทธิ, รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ จุฑามณี สุทธิสีสังข์ และ เกษัชกรหญิง อรรถกรณ์ สนวนชัง ผู้วิจัยขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ปวยและผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

นาย นิติรัฐ วิเศษกิจ

นาย. บุญเลิศ ลิ้มวงศ์สุวรรณ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สัญลักษณ์และคำย่อ	ช
บทนำ	1
ทบทวนวรรณกรรม	3
วิธีดำเนินการวิจัย	14
ผลการวิจัย	16
กรณีศึกษา	27
วิจารณ์ผลการวิจัย	109
ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ	112
เอกสารอ้างอิง หรือ บรรณานุกรม	113
ภาคผนวก	114



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คุณสมบัติของยากลุ่ม Cholinesterase inhibitors	7
2	dosing escalation ของยากลุ่ม Cholinesterase inhibitors	8
3	อาการทางจิตและพฤติกรรมของภาวะสมองเสื่อม	10
4	วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับอาการ BPSD	11
5	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	16
6	ประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วย	17
7	แสดง Cognition test score	18
8	แสดงประวัติปัญหาทางจิตและพฤติกรรมที่พบในผู้ป่วย	19
9	ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	20
10	แสดงปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่พบในผู้ป่วย	21
11	แสดงอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบในผู้ป่วย	22
12	แสดงยาที่มีปฏิกริยาระหว่างยาที่ผู้ป่วยได้รับ	22
13	ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย	24
14	ความเครียดและคาดหวังของผู้ดูแล	25
15	แสดงสัดส่วนเนื้อหาในแบบประเมิน ADAS-cog	120

## สัญลักษณ์และคำย่อ

ACh	=	Acetylcholine
AChEIs	=	Acetylcholinesterase inhibitors
AD	=	Alzheimer;s disease
ADAS-cog	=	Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive subscale
ADR	=	Adverse drug reaction
AHS	=	Anticonvulsant hypersensitivity syndrome
ASA	=	Aspirin
bid	=	twice per day (Latin: bis in die)
BP	=	Blood pressure
BPH	=	Benign prostatic hyperplasia
CBC	=	Complete blood count
CCB	=	Calcium channel blocker
COPD	=	Chronic obstructive pulmonary disease
CPM	=	Chlorpheniramine
CYP	=	Cytochrome P450
DLB	=	Dementia with Lewy bodies
DM	=	Diabetes Mellitus
EKG	=	Electrocardiogram
FBS	=	Fasting blood sugar
FTD	=	Frontotemporal dementia
F/U	=	follow – up
HCTZ	=	Hydrochlorothiazide
HDL	=	High – density lipoprotein
hs	=	At Bedtime (Latin: Hora Somni)
LDL	=	Low – density lipoprotein
LFTs	=	Liver function tests
MCI	=	Mild cognitive impairment
mg	=	milligram

MMSE	=	Mini-Mental State Examination
NKDA	=	Not known drug allergy
NMDA	=	N – Methyl – D – Aspartate
OD	=	once per day (Latin: omne in die)
TC	=	Total cholesterol
TG	=	Triglyceride
tid	=	three times per day (Latin: Ter in Die)
VaD	=	Vascular dementia

## บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นภาวะที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของเซลล์ประสาท ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความผิดปกติทั้งในเรื่องของความจำและพฤติกรรม ซึ่งบ่อยครั้งทำให้เกิดปัญหาขึ้นระหว่างผู้ดูแล ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดตัวผู้ป่วย กับทางตัวผู้ป่วยเอง อีกทั้งยาที่ใช้ในการบำบัดภาวะสมองเสื่อมยังเป็นยาที่จำเป็นต้องใช้ด้วยความระมัดระวังภายใต้คำสั่งของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด หากผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนบุคคลรอบข้างผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงภาวะของโรค และการใช้ยาอย่างถูกต้อง จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เนื่องจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นจำนวนมาก และผู้ป่วยส่วนมากได้รับยาในการรักษาหลายชนิดจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา เช่น เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้ การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา การใช้ยาไม่ถูกต้องตามคำสั่ง เป็นต้น การศึกษาถึงปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมรวมถึงการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงงานการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมดังกล่าวให้ดีขึ้น

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมักจะต้องอยู่ภายใต้การดูแลจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย สมควรได้รับการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของการใช้ยาและการปรับพฤติกรรมรวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เพื่อช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเป็นสุขมากขึ้น

โครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาในผู้ป่วยสมองเสื่อม ตลอดจนประเมินความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมารวบรวมประมวลเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยทั้งในเรื่องของการใช้ยาและการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์และประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย ว่ามีความเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพหรือไม่อย่างไร พร้อมทั้งประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา อาทิ ใช้

ยาผิด หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือไม่ รวมไปถึงการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาดังกล่าวด้วย

2. เพื่อฝึกทักษะการตอบคำถามและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล ตลอดจนบุคคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในเรื่องของการใช้ยาที่เหมาะสมถูกต้องและการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. นักศึกษามีความรู้เรื่องยาที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในด้านเภสัชพลศาสตร์ เภสัชจลนศาสตร์ ปฏิกริยาระหว่างยา และวิธีการใช้ยา เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

2. นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะสมองเสื่อม ทั้งสาเหตุ การดำเนินของโรคที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนไปถึงแนวทางการรักษาทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้

3. นักศึกษาสามารถค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและวางแนวทางการแก้ไขได้

4. นักศึกษาสามารถให้คำปรึกษาแก่บุคคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ดูแลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยทั้งการใช้ยา และวิธีการไม่ใช้ยาได้

5. นักศึกษาสามารถถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ดูแล ญาติ ตลอดจนบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยถึงลักษณะและภาวะของโรค รวมถึงการดูแลผู้ป่วยทั้งในเรื่องของการใช้ยา การปรับพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม เพื่อให้ทั้งผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด สามารถอยู่ร่วมกันได้ด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกันอย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## ทบทวนวรรณกรรม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากการเสื่อมถอยของการทำงานของสมอง โดยแสดงความผิดปกติทางด้านความคิด ความจำ การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ซึ่งรุนแรงและรบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์

### สาเหตุ

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญ<sup>1</sup> ได้แก่

1. Neurodegenerative disease อันเกิดจาก genetic polymorphism ได้แก่ Alzheimer's disease, Dementia with Lewy bodies, Frontal or frontotemporal dementias
2. สาเหตุจากหลอดเลือดในสมองทั้งภาวะการอุดตัน (Infarction) หรือ เลือดออก (Haemorrhage) รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหลอดเลือดต่างๆ (Cardiovascular disease) และการติดเชื้อ (Vasculitis)
3. ความผิดปกติของระบบฮอร์โมน (Endocrine disorders) ไม่ว่าจะเป็นตับอ่อน (Diabetes), ต่อมไทรอยด์ (Thyroid disease), Parathyroid disease, Cushing's disease, Addison's disease
4. ภาวะขาดวิตามินเช่น วิตามิน บี 12 พบได้น้อย มักพบในคนที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะลำไส้มานานๆ และขาดอาหารนอกจากนี้อาจพบในผู้ที่ขาด thiamine and nicotinic acid Folic acid ได้
5. เกิดจากโรคในระบบต่างๆของร่างกาย (Systemic diseases) เช่น ระบบเลือด ระบบหายใจ เป็นต้น
6. อุบัติเหตุที่ศีรษะ (Traumatic brain injury)
7. โรคติดเชื้อที่มีผลทางสมอง เช่น ซิฟิลิส (ปัจจุบันพบน้อย) ไวรัสสมองอักเสบ ซึ่งมีหลายชนิด และไวรัสเอดส์ล้วนทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้

การศึกษาทางด้านระบาดวิทยาของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาถึงอัตราความชุกของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในแต่ละพื้นที่ โดยส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในชุมชนเมืองทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและบางจังหวัด เช่น นครราชสีมา ระนอง

บุรีรัมย์ จะเชิงเทรา เป็นต้น ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาาระบาดวิทยาถึงอัตราความชุกและการกระจายตัวของผู้ป่วยในภาพรวมของทั้งประเทศ

### อาการแสดง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม จะต้องสูญเสียความจำและ Cognition อื่นๆ ร่วมด้วยอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ โดยมีความรุนแรงจนเป็นปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคม

- 1) ไม่สามารถคิดในสิ่งที่ซับซ้อนได้
  - 2) สูญเสียการตัดสินใจ
  - 3) มีปัญหาเกี่ยวข้องกับการใช้ภาษา ด้านการพูดหรือการเข้าใจ (Aphasia)
  - 4) ไม่สามารถบังคับการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนได้ในขณะที่ผู้ป่วยยังเข้าใจคำสั่งได้ดี
- กล้ามเนื้ออึกยังปกติดี (Apraxia)
- 5) ไม่สามารถบอกชื่อ สิ่งของ และบุคคลได้ในขณะที่ประสาทสัมผัสยังปกติอยู่
- (Agnosia)

### ภาวะสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ

ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะภาวะสมองเสื่อมที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่

#### 1) Alzheimer's disease (AD)<sup>1</sup>

เกิดจากโปรตีนที่ชื่อเบต้าอะมัยลอยด์ (Beta - amyloid protein) มีปริมาณมากผิดปกติ ทำให้โปรตีนชนิดนี้ไปจับที่สมองในบางจุด ส่งผลให้สมองส่วนดังกล่าวทำงานผิดปกติ เนื้อสมองฝ่อหรือเล็กลง ส่วนใหญ่โปรตีนเบต้าอะมัยลอยด์ไปจับที่สมองที่ ทำงานเกี่ยวกับความจำ (hippocampus, temporal&parental lobe) ทำให้โรคนี้มีความเด่นชัดเกี่ยวกับความจำ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มของ Dementia

#### 2) Vascular dementia (VaD)<sup>1</sup>

ผู้ป่วยจะมีอาการของภาวะโรคสมองเสื่อมร่วมกับมีหลักฐานบ่งชี้ว่ามีโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) คือ มีอาการแสดง เช่น แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก, ตามองไม่เห็นครึ่งซีก ทั้งสองข้าง (Hemianopia) และพบความผิดปกติในสมองจากการตรวจ CT-scan หรือ MRI โดยการดำเนินโรคของภาวะโรคสมองเสื่อมมักเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอาการสมองเสื่อมที่ตรงและทรุดสลับกันไปแบบบันได (Stepwise process) อาจพบร่วมกับ Alzheimer's dementia เป็น mixed dementia ได้

#### 3) Dementia with lewy bodies (DLB)<sup>1</sup>

ผู้ป่วยจะมี cognitive impairment ร่วมกับ 2 ใน 3 ของอาการดังต่อไปนี้

- 1) ภาพหลอน (Visual hallucination) ภาพหลอนที่เกิดขึ้น มักเป็นภาพธรรมชาติ หรือเป็นภาพที่สลับซับซ้อน โดยอาจจะเห็นเป็นสัตว์ หรือเห็นภาพคล้ายความฝัน
- 2) ระดับความรู้สึกตัวแปรปรวน (Fluctuation of consciousness) มีระดับความรู้สึกตัวแปรปรวนบ้างดี บ้างติดต่อกัน มี Cognition ที่เสียมาก เรียกว่า bad day หรืออาจจะรู้เรื่องดีเรียกว่า good day อาการขึ้น ๆ ลง ๆ พบได้มากใน DLB มากกว่า dementia จากสาเหตุอื่น
- 3) อาการ Parkinsonism ผู้ป่วยอาจมีอาการ Parkinsonism มากหรือน้อยก็ได้ นอกจากนี้ ยังตรวจพบ abundance of cortical Lewy bodies ในสมองของผู้ป่วย
- 4) Frontotemporal dementia (FTD) <sup>1</sup>  
เชื่อว่าสาเหตุเกิดจากความผิดปกติในการสร้าง tau protein จากการที่โครโมโซมคู่ที่ 17 เกิด mutation
- 5) Mild cognitive impairment (MCI) <sup>2</sup>  
เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการรับรู้และความจำเสื่อมลง โดยไม่มีความเสื่อมของ cognition อื่น ๆ ร่วมด้วย ผู้ป่วย MCI ส่วนใหญ่จะพัฒนาเป็น dementia โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Alzheimer's disease ต่อไปได้ในอนาคต

### ยาที่ใช้ในภาวะสมองเสื่อม<sup>3</sup>

ในปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถรักษาภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถาวร ยาที่มีในปัจจุบัน เพียงแต่ชะลอการเสื่อมลงของความจำ โดยแบ่งยาที่ใช้ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่ม Cholinesterase inhibitors
- 2) Memantine

#### Cholinesterase inhibitors

ยาในกลุ่มนี้จะไปยับยั้งการทำงานของ Acetylcholinesterase ที่บริเวณ synaptic cleft ของ hippocampus/cortex ทำให้ปริมาณ Acetylcholine (ACh) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ใช้ในการสร้างความจำถูกทำลายน้อยลง (ภาพที่ 1) จึงสามารถชะลอความเสื่อมของความจำได้ ยาที่มีใช้ในปัจจุบันได้แก่ donepezil galantamine และ rivastigmine ซึ่งยาแต่ละชนิดจะมีคุณสมบัติต่าง ๆ กันดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

เนื่องจากยากกลุ่มนี้อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง โดยเฉพาะในการได้รับยาในครั้งแรก เพื่อลดอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น จึงต้องเริ่มใช้จากขนาดยาดำ ๆ ก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาอย่างช้า ๆ จนถึงขนาดที่ได้ผลในการรักษาดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

#### Memantine



Memantine ออกฤทธิ์เป็น NMDA receptor antagonist ชนิด moderate voltage dependence ยับยั้งการออกฤทธิ์ของ glutamate ซึ่งถูก uptake เก็บเข้าปลายประสาทได้น้อยลงในภาวะ Alzheimer's disease ขนาดที่ใช้คือ เริ่มจากขนาด 5 mg OD แล้วเพิ่มขนาดสัปดาห์ละ 5 mg จนถึง optimal dose ที่ 10 mg bid

อาการข้างเคียงที่สำคัญของ Memantine ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน, hypertension, somnolence, confusion, hallucination, aggressive reaction, ataxia เป็นต้น

#### Drug interaction with drug use in dementia

การเกิด drug interaction กับยาที่ใช้ในภาวะสมองเสื่อมแบ่งเป็นดังนี้

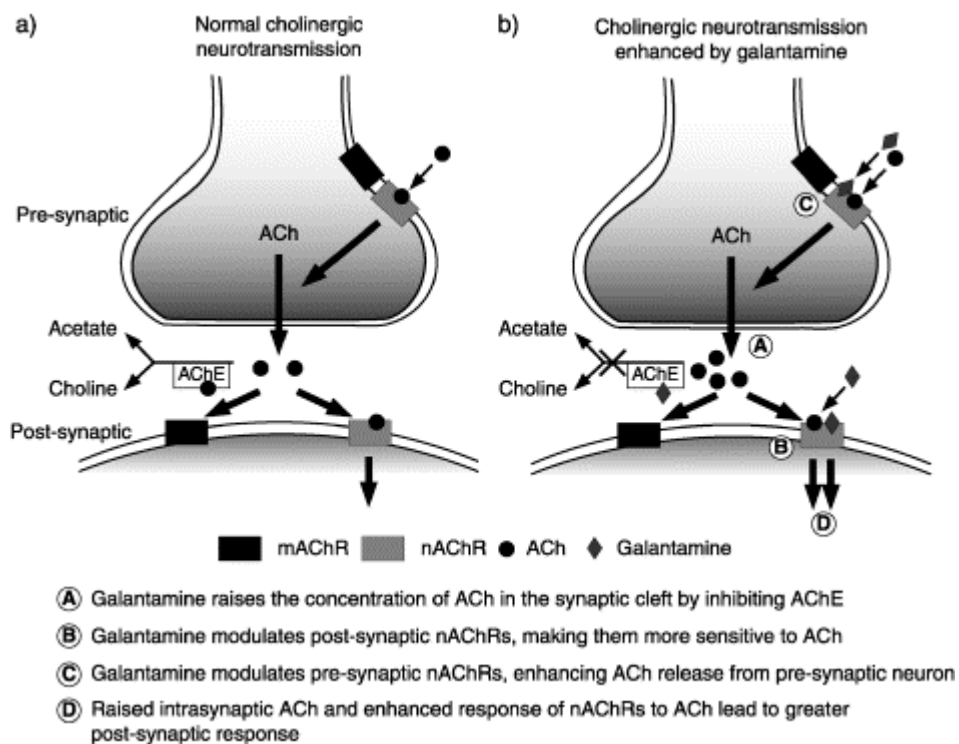
1) Pharmacodynamic interaction เนื่องจากการสร้างความจำเกิดจากการทำงานของ Ach ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับยาที่มี Anticholinergic effect ซึ่งออกฤทธิ์โดยไป block muscarinic M1 receptor ส่งผลให้ Ach ไม่สามารถจับกับ M1 receptor ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความจำระยะสั้นและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เสื่อมลง เช่น สับสน วุ่นวาย เป็นต้น ทำให้การรักษาไม่ได้ผล<sup>4</sup> โดยยาที่มีฤทธิ์ดังกล่าว ได้แก่ยาดังต่อไปนี้

- กลุ่มยาแก้แพ้ที่ทำให้ง่วง (Sedating Antihistamines) เช่น Brompheniramine, Chlorpheniramine, Cyproheptadine, Diphenhydramine, Hydroxyzine, Triprolidine
- กลุ่มยาด้านอาเจียน (Antiemetics) เช่น Dimenhydrinate
- กลุ่มยาแก้ปวดเกร็งช่องท้อง (Antispasmodics) เช่น Atropine, Hyoscine
- กลุ่มยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxants) เช่น Orphenadrine
- กลุ่มยาด้านโรคจิต (Antipsychotics) เช่น Chlorpromazine, Clozapine, Olanzapine (ในขนาดที่มากกว่า 10 mg), Perphenazine, Thioridazine, Trifluoperazine
- กลุ่มยาด้านซึมเศร้าเช่น Amitriptyline, Nortriptyline, Imipramine, Paroxetine
- กลุ่มยาด้านพาร์กินสัน (Antiparkinsonian Agents) เช่น Benztropine, Trihexyphenidyl

2) Pharmacokinetic interaction เนื่องจาก donepezil และ galantamine เป็น substrate ของ CYP 2D6 และ 3A4 การให้ร่วมกับยาที่เป็น Inducer หรือ Inhibitor ต่อ CYP 450 ดังกล่าวจะทำให้ระดับยาทั้ง 2 ชนิดเปลี่ยนแปลง จนอาจไม่ได้ผลในการรักษาหรือเกิด ADR ขึ้นได้<sup>5,6</sup> ส่วน rivastigmine และ memantine ไม่เป็น substrate ของ CYP 450

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของยากลุ่ม Cholinesterase inhibitors

	Donepezil (Aricept®)	Rivastigmine (Exelon®)	Galantamine (Reminyl®)
Classification	Selective inhibitor Reversible inhibitor	Selective inhibitor Pseudo irreversible inhibitor	Selective inhibitor Reversible inhibitor
Plasma protein binding,%	96	40	18
Metabolism	CYP 2D6 and 3A4 and glucuronidation	100% by cholinesterase- mediated hydrolysis	CYP 2D6 and 3A4
Half-life, h	70	1.5	5-6
Administration			
- Initial dose	5 mg od	1.5 mg bid	4 mg bid
- Maximum recommended	10 mg od	6 mg bid	16 mg bid
- Recommended escalation schedule, week	6	2	4
Drug interaction (DI)			
- Pharmacokinetics	CYP 2D6 and 3A4	None	CYP 2D6 and 3A4
- Pharmacodynamics	Drug with anticholinergic effect	Drug with anticholinergic effect	Drug with anticholinergic effect
Adverse drug reaction (ADR)	Cramps, Diarrhea, Insomnia, Nausea, Vomitting	Nausea, Vomitting , Diarrhea, Disorder of the digestive system, fatigue	Diarrhea, Nausea, Vomitting, Weight loss



ภาพที่ 1 กลไกการออกฤทธิ์ของยาในกลุ่ม Cholinesterase inhibitors<sup>7</sup>

ตารางที่ 2 dosing escalation ของยาในกลุ่ม Cholinesterase inhibitors

	Donepezil	Rivastigmine	Galantamine
Initial dose	2.5 – 5 mg OD	1.5 mg bid or OD	4 mg bid
Titration dose	10 mg OD	2.0 mg bid 4.5 mg bid 6 mg bid	8 mg bid 12 mg bid
Escalation (month)	1	1 - 3	1 - 2
Optimal dose (mg)	10	6 - 12	16 -24

## ยาที่ใช้ในภาวะสมองเสื่อมแต่ละประเภท

เนื่องจากยาทั้ง 4 ชนิดนี้สามารถใช้ในภาวะสมองเสื่อมประเภทต่าง ๆ ได้แตกต่างกัน โดยสามารถใช้ใน Alzheimer's disease ได้ทั้ง 4 ชนิด ส่วนภาวะสมองเสื่อมประเภทอื่น ๆ นั้นสามารถใช้ยาได้ดังนี้

### Mild Cognitive Impairment (MCI)<sup>8</sup>

จากการศึกษาพบว่า donepezil สามารถลดอัตราการพัฒนาจาก MCI ไปสู่ AD ได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ยาอื่น ๆ ใช้ไม่ได้ผลใน MCI ยิ่งไปกว่านั้นมียาอื่นที่ชื่อว่า galantamine ในผู้ป่วย MCI อาจเพิ่ม cardiovascular death อีกด้วย

### Dementia with Lewy bodies (DLB)<sup>9</sup>

เนื่องจากการยับยั้งการทำงานของ cholinesterase นั้นหากยับยั้งที่ G4 isoform บริเวณ caudate nucleus จะทำให้เกิด EPS ขึ้นได้ ซึ่งยาที่ยับยั้ง G4 isoform น้อยที่สุดคือ rivastigmine โดยได้มีการศึกษาพบว่า rivastigmine สามารถลดอาการทางด้าน behavior ต่าง ๆ รวมทั้งอาการ delusion และ hallucination ได้ อีกทั้งระดับ cognition ของผู้ป่วยที่ได้รับ rivastigmine ยังมีการรับรู้ที่สูงกว่ากลุ่มยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ ส่วน memantine นั้นพบว่าจะทำให้อาการ Psychosis (Delusion & Hallucination) ของผู้ป่วยที่เป็น DLB มีอาการแย่ลง จึงไม่ควรใช้ memantine ในการรักษา DLB

### Vascular Dementia (VaD)

จากการศึกษาพบว่า ยาที่สามารถใช้ใน VaD ได้คือ donepezil และ memantine โดยผลการศึกษา มีดังนี้

- ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ donepezil ในผู้ป่วย VaD เทียบกับยาหลอก โดยให้ยาติดต่อกัน 24 สัปดาห์ ก่อนจะวัด cognition พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ donepezil มีการพัฒนาของ cognition สูงกว่ากลุ่มยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ<sup>10</sup>
- ได้มีการศึกษาผลของ memantine ในผู้ป่วย VaD ทั้งที่เป็น "Small vessel disease" or microlesions และ "Large vessel disease" or macrolesions เทียบกับยาหลอก พบว่า memantine สามารถยืดระยะเวลาในการเสื่อมลงของ cognition ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับยาหลอก โดยจะสามารถใช้ได้ดีกว่าในผู้ป่วยที่เป็น Small vessel disease<sup>11</sup>

### Frontotemporal dementia (FTD)<sup>12</sup>

ปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถชะลอความเสื่อมจากโรคได้แม้ในทางทฤษฎีการให้ยากลุ่ม AChEI ที่ใช้ใน AD จะช่วยเพิ่มความจำได้แต่ทางปฏิบัติพบว่าคนไข้ไม่ได้ประโยชน์จากยาดังกล่าว

เนื่องจากความเสื่อมของ Cholinergic neuron ของคนไข้ FTD ไม่ได้รุนแรงเท่า AD และ คนไข้ส่วนใหญ่จะรู้สึกสับสนมากขึ้นเมื่อได้รับยาดังกล่าว นอกจากนี้อาการไม่พึงประสงค์ของยาคือเพิ่มการสร้างน้ำลายทำให้อาการ dysphagia ผู้ป่วยโรคนี้เลวลงมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ยาในกลุ่ม AChEI จึงไม่มีข้อบ่งใช้ในผู้ป่วย FTD

### Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)<sup>13</sup>

อาการทางจิตและพฤติกรรมเป็นอาการที่สำคัญของความผิดปกติที่พบในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อ 50-80% ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Finkel et al., 1996; Finkel, 2000; Lyketos et al., 1999) ความชุกของ BPSD นั้นสูงมากทั้งที่ชุมชนและสถานพยาบาลมีการประเมินว่าผู้สูงอายุในภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะมีอาการของ BPSD ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในชุมชนกว่า 90% แสดงอาการ BPSD เช่น อาการเฉยชา (45.3%), ซึมเศร้า (43.6%), กระวนกระวาย/ก้าวร้าว (40.1%) (Lyketos et al., 2002)

อาการของ BPSD แบ่งได้เป็น 4 ส่วนย่อย (Cohen-Mansfield et al., 1995) คือ

- 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย (เช่น ต่อย เตะ)
- 2) พฤติกรรมทางกายที่ไม่ก้าวร้าว (เดินเรื่อยเปื่อย หยิบจับของใช้ไม่เหมาะสม)
- 3) พฤติกรรมทางวาจาที่ไม่ก้าวร้าว (พูดประโยคหรือร้องขอซ้ำๆ)
- 4) พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา (สาปแช่ง, กรีดร้อง, ใช้คำพูดที่หยาบคาย)

หรืออาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วนหลักคืออาการทางพฤติกรรมและทางจิตดังแสดงในตารางที่ 3 แสดงอาการที่เกิดขึ้นบ่อยและจัดเรียงตามความรุนแรง (Finkel et al., 1996)

ตารางที่ 3 อาการทางจิตและพฤติกรรมของภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มที่ 1 พบได้บ่อย/ความรุนแรงสูง	กลุ่มที่ 2 พบได้หรือรุนแรงปานกลาง	กลุ่มที่ 3 พบได้น้อยหรือจัดการได้ง่าย
อาการทางจิต		
หลงผิด ประสาทหลอน เศร้าซึม นอนไม่หลับ		
อาการทางพฤติกรรม		
อาละวาดก้าวร้าว อ่อนเพลีย	สับสน กรีดร้องโดยไม่มีสาเหตุ, เดินเรื่อยเปื่อย	ร้องไห้, สาปแช่ง ขาดแรงจูงใจ พฤติกรรมเลียนแบบ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ถามซ้ำซาก, วิดกกังวล

## การรักษาด้วยยา

การรักษา BPSD ปัจจุบันยังไม่ได้ถูกจัดมาตรฐานและเกี่ยวข้องกับวิธีการหลากหลายทั้งการรักษาที่ใช้และไม่ใช้ยา ยารักษาอาการ BPSD ควรให้ต่อเมื่อพบอาการแล้วเท่านั้นเมื่อแน่ใจว่าไม่มีสาเหตุจากร่างกาย หรือ ยาอื่นที่ให้ร่วม หรือ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยไม่ใช้ยา โดยมีแนวทางการรักษาดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วัตถุประสงค์ฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับอาการ BPSD

อาการ	ผลตอบสนอง	ยา	ขนาดยาเริ่มต้น ต่อวัน	ขนาดยาเป้าหมาย ต่อวัน
Atypical antipsychotics				
ประสาทหลอน, หลงผิด, ก้าวร้าว, พฤติกรรมรุนแรง	/	Risperidone	0.5 mg qd	1 mg (0.75-1.5 mg qd)
		Olanzapine	2.5 mg qd	5 mg (5-10 mg qd)
		Quetiapine	25 mg qd	200 mg (50-150 mg qd)
		Clozapine	12.5 mg qd	50 mg (25-75 mg qd)
Antidepressants				
ซึมเศร้า, วิตกกังวล, เฉยชา	/	Citalopram	10 mg qd	20 mg (20-40 mg qd)
		Escitalopram	5 mg qd	10 mg (10-20 mg qd)
		Paroxetine	10 mg qd	20 mg (10-40 mg qd)
		Sertraline	25 mg qd	75 mg (75-100 mg qd)
		Fluoxetine	5 mg qd	10 mg (10-40 mg qd)
		Venlafaxine	75 mg qd (RP formulation)	150 mg (75-150 mg qd; RP formulation)
		Mirtazapine	15 mg qd	50 mg (15-50 mg qd)
Mood stabilizer				
สับสน, มึนงง	/	Sodium valproate	250 mg qd	1000 mg (250 – 1,500 mg/day)

## การรักษาโดยไม่ใช้ยา

ได้มีการทดลองมากมายที่พิสูจน์วิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยาไม่ว่าจะเป็นการปรับประสาทสัมผัสเพื่อการกระตุ้นและผ่อนคลาย ได้แก่ ดนตรี, การนวด, การกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส หรือ ใช้การจัดกิจกรรม เช่น การออกเดินเล่นนอกบ้าน, การออกกำลังกาย, การปรับสภาพแวดล้อม (กล่าวคือ การจัดที่เพื่อให้เดินเตร่, ลดสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อม) การจัดการทางการแพทย์และพยาบาลเช่น การจัดการความปวด, sleep therapy ซึ่งใช้การรักษาพร้อมกันได้และปฏิบัติได้เป็น

รายคนและเป็นกลุ่ม หลายกิจกรรมสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้แสดงให้เห็นจากการลดของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพราะฉะนั้นการให้การรักษาโดยไม่ใช้ยาเรียกได้ว่าสามารถเพิ่มคุณภาพการรักษาและคุณภาพชีวิตได้อย่างแท้จริง

## วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย

**รูปแบบการศึกษา :** เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

**สถานที่ศึกษา :** คลินิกความจำ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**กลุ่มตัวอย่าง**

- Inclusion criteria :
1. ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เข้ามารับการรักษและ/หรือเข้ามาติดตามผลการรักษา (follow – up) ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2549
  2. ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ยินยอมให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์

Exclusion criteria : ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์

- เครื่องมือในการวิจัย :**
1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
  2. แบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
  3. เอกสารให้ความรู้เรื่องยาที่ใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

**ขั้นตอนการศึกษา**

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากหนังสือและฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ โดยใช้คำสำคัญ คือ การบริหารทางเภสัชกรรม, ภาวะสมองเสื่อม, การให้คำปรึกษาผู้ดูแล, ผู้ป่วยสูงอายุ, การรักษาด้วยยา, การรักษาโดยไม่ใช้ยา, อาการทางจิตและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยซึ่งเกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ประวัติการรักษาและการใช้ยา, แบบสอบถาม ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ดูแล ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการใช้ยาที่อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์
3. ทำการสังเกตและเก็บข้อมูลอาการและประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษา และผู้ป่วยที่มีกำหนดพบแพทย์เพื่อเข้ามาติดตามผลการรักษาที่คลินิกความจำระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2549 ซึ่งรวมถึงการสอบถามอาการของผู้ป่วยจากผู้ดูแลและการสืบค้นจากเวชระเบียน
4. ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยินยอมให้ข้อมูลในขณะทำการสังเกตอาการของผู้ป่วยควบคู่กัน เพื่อประเมินความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล



5. ทำการประเมินผู้ป่วยว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้หรือไม่ พร้อมทั้งค้นหาหนทางแก้ไขอาการดังกล่าว
6. ทำการตรวจสอบและวิเคราะห์ยาที่ผู้ป่วยใช้ รวมถึงยาที่แพทย์สั่งจ่ายแก่ผู้ป่วยว่ามียาที่ไม่เหมาะสมหรือเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากันหรือไม่
7. ทำการรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้, ได้รับยาที่ไม่เหมาะสมหรือมีปฏิกิริยาระหว่างยา พร้อมทั้งปรึกษาหาหนทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
8. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยถึงยาที่ผู้ป่วยใช้ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยจัดทำเอกสารให้ความรู้เรื่องยาที่ใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมประกอบการให้คำปรึกษา
9. ติดตามอาการของผู้ป่วยในรายที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้
10. สรุปข้อมูล โดยแบ่งเป็น
  - จำนวนปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่พบทั้งหมด
  - จำนวนปัญหาที่ได้รายงานแก่แพทย์ผู้ทำการรักษา
  - จำนวนครั้งที่แพทย์ยอมรับและดำเนินการแก้ไขตามที่ได้รายงานไป
  - จำนวนผู้ดูแลที่มีความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคและยาที่ผู้ป่วยใช้
  - จำนวนผู้ดูแลที่มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง
  - จำนวนผู้ดูแลที่เกิดความเครียดระหว่างการดูแลผู้ป่วย
  - ความคาดหวังของผู้ดูแลที่มีต่อการรักษา

## ผลการวิจัย

จากการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 30 ราย เป็นจำนวนทั้งหมด 35 ครั้ง ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ จำนวน 26 คน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถามตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น สามารถสรุปผลเป็นข้อมูลได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่พบ
3. การรายงานปัญหาที่พบแก่แพทย์ผู้ทำการรักษา
4. ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
5. ความเครียดที่เกิดระหว่างการดูแลผู้ป่วยและคาดหวังของผู้ดูแล  
ซึ่งในแต่ละหัวข้อ จะมีข้อมูลสรุปดังต่อไปนี้

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

#### 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยที่ได้ทำการศึกษาร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 60–80 ปี ผู้ป่วยจำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.67) ได้รับการวินิจฉัยแน่ชัด โดยภาวะสมองเสื่อมที่พบมากที่สุดได้แก่ Alzheimer's disease (ร้อยละ 20.00) รองลงมาคือ Vascular dementia (ร้อยละ 13.33) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยร้อยละ 33.33 ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยแยกประเภทภาวะสมองเสื่อมที่เป็นแน่ชัด

ผู้ป่วยร้อยละ 86.67 มีประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกเหนือจากภาวะสมองเสื่อม ในจำนวนนั้นร้อยละมากกว่า 66.67 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค และร้อยละ 13.33 ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น ๆ ดังตารางที่ 6

นอกจากนี้ จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 10 ไม่ได้ทำการประเมิน MMSE test และร้อยละ 50 ไม่ได้ทำการประเมิน ADAS – cog test

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 93.33 เกิดอาการทางจิตและพฤติกรรมร่วมด้วย ในจำนวนนั้น ร้อยละ 73.33 พบอาการผิดปกติมากกว่า 1 อาการ โดยอาการที่พบมากที่สุดคือ อาการหวาดระแวง (ร้อยละ 18.57)

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ) (N = 30)
1) เพศ	
- ชาย	8 (26.67)
- หญิง	22 (73.33)
2) อายุ	
- ตั้งแต่ 60 ปีลงไป	2 (6.67)
- 61 – 70 ปี	6 (20.00)
- 71 – 80 ปี	18 (60.00)
- มากกว่า 80 ปี	4 (13.33)
3) ประวัติการใช้สารเสพติด	
- ยังคงสูบบุหรี่	1 (3.33)
- เคยดื่มสุราและสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกแล้ว	3 (10.00)
- ปฏิเสธการใช้สารเสพติด	7 (23.33)
- ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด	19 (63.33)
4) ประวัติการแพ้ยา	
- Penicillin	2 (6.67)
- Sulfa	1 (3.33)
- Chloramphenicol	1 (3.33)
- Carbamazepine	1 (3.33)
- NKDA	25 (83.33)
5) Diagnosis	
- MCI	1 (3.33)
- Alzheimer's disease	6 (20.00)
- Vascular Dementia	4 (13.33)
- Dementia with Lewy's Body	2 (6.67)
- Frontotemporal Dementia	1 (3.33)
- อื่น ๆ	3 (10.00)
- ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยแน่ชัด	10 (43.33)

ตารางที่ 6 แสดงประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วย

กรณีศึกษา	Hyper tension	Dys lipidemia	DM	BPH	Hyper thyroidism	Arthritis	Angina	Others
1	√	√						
2	√	√	√		√			
3	√	√	√					
4	√	√	√			√		
5	√							
6				√				
7	√							
8	√							
9				√	√		√	
10	√							√*
11	√							√
12	√	√	√					
13		√					√	
14	√		√					
15	√	√						
16	√					√		
17			√					√
18		√						√
19								√*
20	√		√					√
21			√					√
22	√							√
23								√
24	←				ปฏิเสธ			→
25	√					√		
26	√							
27	√					√		
28	←				ปฏิเสธ			→
29	←				ปฏิเสธ			→
30	←				ปฏิเสธ			→
Sum	18	8	8	2	2	4	2	11

ตารางที่ 7 แสดง Cognition test score

ตารางที่ 7.1 แสดง MMSE Score ในผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนคน (ร้อยละ) (N = 30)
ผู้ป่วยจบการศึกษาระดับต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (คะแนนเต็มเท่ากับ 23 คะแนน)	8 (26.67)
- น้อยกว่า 6 คะแนน	1
- 6 – 11	6
- มากกว่า 11 คะแนน	1
ผู้ป่วยจบการศึกษาระดับสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน)	19 (63.33)
- น้อยกว่า 10 คะแนน	3
- 10 – 16	8
- 17 – 23	5
- มากกว่า 23 คะแนน	3
ผู้ป่วยไม่ได้ทำการประเมิน MMSE test	3 (10.00)

ตารางที่ 7.2 แสดง ADAS – cog Score ในผู้ป่วย (คะแนนเต็มเท่ากับ 70.00 คะแนน)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนคน (ร้อยละ) (N = 30)
ผู้ป่วยได้คะแนนน้อยกว่า 20.00 คะแนน	3 (10.00)
ผู้ป่วยได้คะแนนระหว่าง 20.01 – 29.00	1 (3.33)
ผู้ป่วยได้คะแนนระหว่าง 29.01 – 38.00	6 (20.00)
ผู้ป่วยได้คะแนนมากกว่า 38.00 คะแนน	5 (16.67)
ผู้ป่วยไม่ได้ทำการประเมิน ADAS – cog test	15 (50.00)

ตารางที่ 8 แสดงประวัติปัญหาทางจิตและพฤติกรรมที่พบในผู้ป่วย

ตารางที่ 8.1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาทางจิตและพฤติกรรม

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนคน (ร้อยละ) (N = 30)
ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางจิตและพฤติกรรม	28 (93.33)
- เกิดขึ้น 1 ปัญหา	6
- เกิดขึ้นมากกว่า 1 ปัญหา	22
ผู้ป่วยไม่เกิดปัญหาทางจิตและพฤติกรรม	2 (6.67)

ตารางที่ 8.2 แสดงปัญหาทางจิตและพฤติกรรมทั้งหมดที่พบ

ประวัติปัญหาทางพฤติกรรมและจิตเวชที่พบ	จำนวนเหตุการณ์ (ร้อยละ) (N = 70)
- มีอาการหวาดระแวง	13 (18.57)
- พบภาพหลอน	7 (10.00)
- นอนไม่หลับ	7 (10.00)
- ง่วง ซึม/หลับกลางวัน	6 (8.57)
- เดินหลงทาง	6 (8.57)
- หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย	6 (8.57)
- มีพฤติกรรมรุนแรงอยู่ไม่ติดที่	4 (5.71)
- พุดเพื่อแฉ่อกไปวนมา	4 (5.71)
- มีพฤติกรรมทำซ้ำ ๆ	3 (4.29)
- มีพฤติกรรมก้าวร้าว	2 (2.86)
- มีความวิตกกังวล	2 (2.86)
- อื่น ๆ	10 (14.29)

### 1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

จากข้อมูล ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 46.15) ผู้ดูแลร้อยละ 42.31 เคยนำผู้ป่วยไปรักษาภาวะสมองเสื่อม ณ สถานบริการอื่น ๆ มาก่อน แต่ปัจจุบันผู้ดูแลทั้งหมดได้นำผู้ป่วยมารักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเพียงแห่งเดียว นอกจากนั้น ผู้ดูแลร้อยละ 69.23 กล่าวว่าผู้ป่วยยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีเพียงร้อยละ 7.69 ที่กล่าวว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในทุก ๆ กิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์	จำนวนคน (ร้อยละ) (N = 26)
1) เพศ - ชาย - หญิง - ไม่ระบุ	9 (34.62) 15 (57.69) 2 (7.69)
2) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย - ตัวผู้ป่วย - คู่สมรส - บุตร - พี่/น้อง - อื่น ๆ - ไม่ระบุ	3 (11.54) 2 (7.69) 12 (46.15) 2 (7.69) 5 (19.23) 2 (7.69)
3) การพาผู้ป่วยมาที่ Clinic ความจำ - ครั้งแรก - ไม่ใช่ครั้งแรก - ไม่ระบุ	5 (19.23) 18 (69.23) 3 (11.54)
4) ประวัติการรักษาก่อนหน้าพาผู้ป่วยมาเข้ารับ การรักษาที่ Clinic ความจำ - ไม่เคยเข้ารับการรักษาที่ใดมาก่อน - เคยเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น แต่ปัจจุบันเลิกไปแล้ว	15 (57.69) 11 (42.31)
5) การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย - สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง - ต้องการความช่วยเหลือในบางกิจกรรม - ต้องการความช่วยเหลือในทุกกิจกรรม - ไม่ระบุ	18 (69.23) 5 (19.23) 2 (7.69) 1 (3.85)

## 2. ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่พบ

จากตารางที่ 10 ตรวจพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (drug-related problem : DRP) ทั้งหมด 101 ครั้ง ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction : ADR) 25 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.75 รองลงมาคือ ขนาดยาที่ได้รับไม่เหมาะสม (Inappropriate dosage) ทั้งหมด 24 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.76 ในส่วนของการได้รับยาที่มี drug interaction กัน ตรวจพบทั้งหมด 9 คู่ คิดเป็นร้อยละ 8.91

อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ตรวจพบมากที่สุด ได้แก่ EPS (ร้อยละ 16.00) รองลงมาคือ อาการง่วงซึมและหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่า (ร้อยละ 9.00) และเกิดอาการแพ้ยาที่ใช้ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.00 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 12 แสดงรายการยาที่เกิด drug interaction ที่ตรวจพบทั้งหมด โดยแบ่งออกเป็น

- 1) Pharmacodynamic drug interaction ได้แก่ การได้รับยาที่มี Anticholinergic effect ร่วมกับยาในกลุ่ม AChEIs โดยตรวจพบ benztropine – donepezil 1 คู่
- 2) Pharmacokinetic drug interaction ได้แก่ การได้รับยาที่มีคุณสมบัติเป็น CYP 450 inducer หรือ inhibitor ร่วมกับยาที่เป็น substrate ของ CYP 450 ดังกล่าว โดยตรวจพบทั้งหมด 8 คู่

ตารางที่ 10 แสดงปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่พบในผู้ป่วย

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา	จำนวนเหตุการณ์ (ร้อยละ) (N = 101)
- Adverse drug reaction (ADR)	25 (24.75)
- Inappropriate dosage	24 (23.76)
- Untreated indication	23 (22.77)
- Improper drug selection	13 (12.87)
- Drug–drug interaction	9 (8.91)
- Non-compliance	7 (6.93)



ตารางที่ 11 แสดงอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบในผู้ป่วย

อาการไม่พึงประสงค์จากยา	จำนวนเหตุการณ์ (ร้อยละ) (N = 25)
- EPS	4 (16.00)
- หน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่า/ลุกกระทันหัน	3 (12.00)
- ง่วงซึม/มีนงง	3 (12.00)
- คลื่นไส้/อาเจียน	2 (8.00)
- ท้องอืด	2 (8.00)
- นอนไม่หลับ	2 (8.00)
- มีการทรงตัวไม่ดี	2 (8.00)
- มีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว	2 (8.00)
- ผื่นร้ำย	1 (4.00)
- คัดจมูกรุนแรงจนหายใจไม่ออก	1 (4.00)
- มีความรู้สึกง่วงวายนาน สับสน	1 (4.00)
- เกิดจำเล็ด	1 (4.00)
- น้ำหนักเพิ่ม	1 (4.00)
- เกิดอาการแพ้ยา	1 (4.00)

ตารางที่ 12 แสดงยาที่มีปฏิกริยาระหว่างยาที่ผู้ป่วยได้รับ

ยาที่มีปฏิกริยาระหว่างยา	จำนวนเหตุการณ์ (N = 9)
- benztropine - donepezil	1
- diltiazem – quetiapine	1
- fluoxetine – diazepam	1
- fluoxetine – donepezil	1
- fluoxetine – trazodone	4
- sertraline - trazodone	1

### 3. การรายงานปัญหาที่พบแก่แพทย์ผู้ทำการรักษา

จากปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่ตรวจพบทั้งหมด 101 ครั้ง ได้ทำการรายงานจริงแก่แพทย์ผู้ทำการรักษาไปทั้งหมด 22 ครั้ง โดยแพทย์ผู้ทำการรักษารับฟังและยินยอมแก้ไขตามที่เภสัชกรรายงานทุกครั้ง

#### 4. ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

ผู้ดูแลร้อยละ 15.38 ทราบว่ายาที่ผู้ป่วยใช้ อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ เนื่องจากผู้ป่วยเคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวมาก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลทุกคนไม่มีความรู้ในการจัดการแก้ไขเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวขึ้น รวมถึงไม่มีความรู้เรื่องการเกิด Drug interaction ดังแสดงในตารางที่ 13

จากตารางที่ 13 สามารถสรุปข้อมูลการใช้ยาต่าง ๆ ได้ดังนี้

- ผู้ดูแลร้อยละ 28.57 เคยให้ผู้ป่วยใช้ยาที่มีส่วนผสมของ Sedating antihistamine เมื่อผู้ป่วยเป็นหวัดมีน้ำมูก
- ผู้ดูแลทั้งหมดไม่เคยให้ผู้ป่วยใช้ยาที่มีส่วนผสมของ Hyoscine เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง
- ผู้ดูแลร้อยละ 3.85 เคยให้ผู้ป่วยใช้ยาที่มีส่วนผสมของ Orphenadrine เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

จากตารางที่ 13 สามารถสรุปข้อมูลต่าง ๆ ได้ดังนี้

- เมื่อประเมินประวัติการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 23.08 เคยให้ผู้ป่วยใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยส่วนมากเป็นผลิตภัณฑ์เสริมวิตามินชนิดต่าง ๆ ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อภาวะของโรคและยาที่ผู้ป่วยใช้แต่อย่างใด
- ผู้ดูแลร้อยละ 7.69 ยังคงมีการเคลื่อนย้ายสิ่งของหรือเปลี่ยนที่พักอาศัย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการสับสนได้

ตารางที่ 13 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์	จำนวนคน (ร้อยละ) (N = 26)
1) การใช้ยาในการรักษาภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วย	
- ผู้ป่วยไม่เคยได้รับยามาก่อน	3 (11.54)
- ผู้ป่วยเคยใช้ยามาก่อนหน้านี้	
- ทราบว่าอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์	4 (15.38)
- ไม่ทราบว่าอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์	19 (73.08)
2) การดูแลสุขภาพผู้ป่วย	
(3.1) หากผู้ป่วยเป็นหวัดมีน้ำมูก	
- ไม่เคยซื้อหรือจัดยารักษาเอง	17 (65.38)
- เคยซื้อหรือจัดยารักษาเอง โดยให้ยา	
- Tiffy™	4 (15.38)
- Decolgen™	2 (7.69)
- CPM	1 (3.85)
- Actifed™	1 (3.85)
- Paracetamol	1 (3.85)
(3.2) หากผู้ป่วยปวดท้องหรือท้องเดิน	
- ไม่เคยซื้อหรือจัดยารักษาเอง	23 (88.45)
- เคยซื้อหรือจัดยารักษาเอง โดยให้ยา	
- Alum milk	1 (3.85)
- ยาธาตุน้ำแดง	1 (3.85)
- ยาแผนโบราณ	1 (3.85)
(3.3) หากผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	
- ไม่เคยซื้อหรือจัดยารักษาเอง	21 (80.76)
- เคยซื้อหรือจัดยารักษาเอง โดยให้ยา	
- Counterpain™	2 (7.69)
- Norgesic™	1 (3.85)
- Paracetamol	1 (3.85)
- ไม่ระบุ	1 (3.85)

## 5. ความคาดหวังของผู้ดูแล

จากตารางที่ 14 สรุปได้ดังนี้

- ผู้ดูแลร้อยละ 46.15 เคยเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย โดยสาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยไม่ยอมทำตามคำสั่ง อย่างไรก็ตามมีผู้ดูแลส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 23.08) ไม่ได้ให้ข้อมูลในส่วนนี้
- ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.15) คาดหวังให้ผู้ป่วยมีอาการไม่ทรุดหนักลงกว่าเดิม อย่างไรก็ตามผู้ดูแลร้อยละ 7.69 ยังคงมีความหวังว่าผู้ป่วยจะกลับมามีความจำที่ดีเดิม

ตารางที่ 14 ความเครียดและคาดหวังของผู้ดูแล

ข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์	จำนวนคน (ร้อยละ) (N = 26)
1) ความเครียดเมื่อดูแลผู้ป่วย	
- ไม่มีความเครียด	8 (30.77)
- มีความเครียด แก้ไขโดย	
- ทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อคลายเครียด	5 (19.23)
- ทำความเข้าใจและยอมรับตัวของผู้ป่วย	4 (15.38)
- อดทน	3 (11.54)
- ไม่ระบุ	6 (23.08)
2) ความคาดหวังของผู้ดูแล	
- ไม่ให้อาการของผู้ป่วยทรุดหนักลง	12 (46.15)
- ผู้ป่วยมีอาการและพฤติกรรมต่าง ๆ ดีขึ้น	5 (19.23)
- ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้อย่างเป็นสุข	4 (15.38)
- ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	3 (11.54)
- ผู้ป่วยกลับมามีความจำที่ดีดังเดิม	2 (7.69)

## กรณีศึกษาที่ 1

HN : 45 – 4067      ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 74 ปี  
 วินิจฉัย : Vascular Dementia

Visit Number : 1      Visit Date : 26/06/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการคำนวณเงิน มีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะบ้านหมุน
- MMSE : 23/30      วัดเมื่อ 26/06/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Hypertension (BP ปัจจุบัน = 142/80)
- Dyslipidemia (ไม่ทราบประวัติ Lipid profile)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : มีประวัติแพ้ Penicillin, Ampicillin

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Diovan™ (Valsartan)	1 x เช้า (continue)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Aricept™ 5 mg	1 x hs (start)
2) Trazodone 50 mg	1 x hs
3) Depakine™ chrono (Sodium Valproate) 500 mg	1 x เช้า
4) Neurobian™	1 x เช้า , hs
5) Folic acid 5 mg	1 x เช้า
6) Vitamin E 400 mg	1 x เช้า

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาเป็นครั้งแรก จึงต้องเฝ้าระวังการเกิด Side effect จาก Aricept™ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว เบื่ออาหาร รวมถึงเฝ้าระวังการเกิด Side effect จาก Trazodone เช่น Orthostatic Hypotension และ Side Effect จาก Depakine chrono™ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ใจสั่น เกิดเลือดออก เป็นต้น

- ผู้ป่วยมีประวัติ Dyslipidemia เนื่องจากไม่ทราบข้อมูลประวัติ lipid profile ของผู้ป่วย จึงไม่อาจประเมินว่าผู้ป่วยสมควรได้รับยาลดระดับไขมันในเลือดแล้วหรือไม่
- ผู้ป่วยเคยมีประวัติรับประทานยาผิดเป็น 1 x 4 เนื่องจากไม่เข้าใจของยาที่ขีดฆ่าข้อความตรงเวลาใช้ยา จึงเข้าใจว่าเป็นให้กินทุกเวลา ประกอบกับผู้ป่วยอยู่เพียงลำพังไม่มีผู้ดูแลคอยจัดและดูแลการใช้ยา จึงควรให้ความรู้ถึงวิธีการอ่านฉลากยาที่ถูกต้อง
- ผู้ป่วยมีอาการ Vertigo ร่วมโดยยังไม่ได้รับยาแก้อาการดังกล่าว จึงควรเพิ่ม Antiemetics โดยควรเลือกใช้ยาที่ไม่มี Anticholinergic effect เช่น Betahistine (Merislon™)
- ผู้ป่วยมีประวัติ Hypertension ยาที่ผู้ป่วยได้รับคือ Diovan™ OD ค่า BP ปัจจุบันของผู้ป่วยคือ 142/80 ซึ่งจัดเป็น Isolated Systolic Hypertension ซึ่งยาที่เหมาะสม ได้แก่ยาในกลุ่ม CCB

#### Intervention Caregiver

- ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงวิธีการอ่านของยาที่ถูกต้อง
- เนื่องจาก BP ของผู้ป่วยยังคงสูง จึงได้ให้ความรู้ถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามคำสั่งอย่างเคร่งครัด รวมไปถึงการดูแลตัวเอง เช่น ควบคุมอาหารรสเค็มหรืออาหารที่มีผงชูรส ลดอาหารมันรวมถึงอาหารทอด ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น
- เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาเป็นครั้งแรก จึงได้ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้น เช่น ตะคริว คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ หน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่า เป็นต้น พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยคอยสังเกตตัวเองว่าเกิดอาการดังกล่าวขึ้นหรือไม่ เพื่อที่จะได้ปรับแนวทางการรักษาได้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืด จนอาจล้มพาดพื้นเกิดบาดเจ็บได้
- ผู้ป่วยมีประวัติเคยใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีส่วนผสมของโสม ซึ่งอาจส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ปัจจุบันผู้ป่วยได้หยุดใช้ไปแล้ว จึงได้ให้คำแนะนำว่า หากต้องการกลับมาใช้อีกครั้งจะต้องใช้อย่างระมัดระวังแล้วคอยสังเกตว่าตนเองมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ หน้ามืด หรือไม่

## Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt;400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจาก BP ของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับสูง และเป็น Isolated Systolic Hypertension จึงควรเพิ่มยาในกลุ่ม CCB เช่น Nifedipine</li> </ul>			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาแก้ Vertigo จึงควรเพิ่ม Antiemetics ที่ไม่มี Anticholinergic effect เช่น Betahistine</li> </ul>			✓

## Plan

- ตามประวัติ Lipid profile ของผู้ป่วยรายนี้ เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสมควรได้รับยาลดระดับไขมันแล้วหรือไม่
- ประเมินความเหมาะสมของการใช้ Diovan™ เพื่อลดความดันโลหิตว่าสามารถลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้หรือไม่

## กรณีศึกษาที่ 2 (มี F/U)

HN : 48 – 5898      ผู้ป่วยหญิงไทยม่าย อายุ 79 ปี  
 วินิจฉัย : Dementia (R/O Alzheimer's disease)

Visit Number : 7

Visit Date : 26/06/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ ปัจจุบันผู้ดูแลกล่าวว่าความจำดีขึ้น นอนหลับดี เคยมีประวัติ Visual hallucination ปัจจุบันไม่พบอาการดังกล่าว
- MMSE : 24/30      วัดเมื่อ 12/10/48

- ADAS – cog : 9.99/70 วัดเมื่อ 13/10/48

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- เบาหวาน (ไม่ทราบประวัติ FBS และยาที่ใช้)
- Hypertension (BP ปัจจุบัน = 155/89)
- Hyperthyroidism (ไม่ทราบยาที่ใช้)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA (Not Known Drug Allergy)

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Exelon™ 6 mg	1 x 2 (continue)
2) Trazodone 50 mg	½ x hs (continue)
3) Fulox™ (Fluoxetine) 20 mg	½ x hs (continue)
4) Vitamin E 400 mg	1 x เช้า (continue)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Exelon™ 6 mg	1 x 2
2) Trazodone 50 mg	½ x hs
3) Fulox™ (Fluoxetine) 20 mg	½ x hs
4) Vitamin E 400 mg	1 x เช้า

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- จากการสอบถามเพิ่มเติม ผู้ป่วยมีประวัติเบาหวาน, Hypertension และ Hyperthyroidism แต่ไม่มีข้อมูลยาที่ใช้ในโรคดังกล่าว รวมถึงประวัติ FBS ของผู้ป่วย จึงไม่สามารถประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาของผู้ป่วยได้
- ผู้ป่วยได้รับยา Fulox™ ซึ่งเป็น potent CYP2D6 inhibitor ร่วมกับยา Trazodone ซึ่งเป็น substrate ของ CYP2D6 เมื่อได้ร่วมกันอาจเพิ่มระดับ Trazodone จนอาจเกิด ADR จาก Trazodone เช่น Orthostatic hypotension, ง่วงนอน เป็นต้น

Intervention caregiver

- ให้ความรู้ถึงอาการข้างเคียงที่อาจพบ เช่น หน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่า ง่วงนอน พร้อมกับให้ ผู้ดูแลคอยเฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการผิดปกติ เช่น นอนหลับกลางวันบ่อย มี หน้ามืดหรือไม่ เพื่อปรับแผนการรักษาให้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย



- ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืด จนอาจล้มพาดพื้นเกิดบาดเจ็บได้

## Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt;400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		

## Plan

- ตามประวัติ FBS ของผู้ป่วย พร้อมประวัติการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินความเหมาะสม
- ตามประวัติยาที่ใช้ใน Hyperthyroidism เพื่อดูว่ามี DRP ที่อาจเกิดจากยาดังกล่าวหรือไม่
- ตามประวัติยาลดความดันโลหิต พร้อมประเมินว่าเหมาะสมในผู้ป่วยรายนี้หรือไม่
- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่าเกิด ADR จาก Trazodone เช่น Orthostatic hypotension, ง่วงนอนหรือไม่

Visit Number : 8

Visit Date : 4/09/49

## อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ ปัจจุบันผู้ดูแลกล่าวว่าความจำดีขึ้น นอนหลับดี ไม่พบ visual hallucination มีอาการท้องอืด แน่นท้อง
- MMSE : 24/30 วัดเมื่อ 12/10/48
- ADAS – cog : 9.99/70 วัดเมื่อ 13/10/48

## โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- เบาหวาน (FBS ล่าสุด = 144 วัดเมื่อ 13/10/48)
- Hypertension (BP ปัจจุบัน = 157/63)
- Dyslipidemia (ไม่ทราบประวัติ lipid profile)
- Hyperthyroidism

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Exelon™ 6 mg	1 x 2 (continue)
2) Trazodone 50 mg	½ x hs (continue)
3) Fulox™ (Fluoxetine) 20 mg	½ x hs (continue)
4) Vitamin E 400 mg	1 x เช้า (continue)
5) ASA gr.I	1 x OD (continue)
6) Thyrosit™(Levothyroxine) 100 mcg	1 x hs (continue)
7) Madiplot™ (Manidipine) 10 mg	1 x 2 (continue)
8) Prazosin 1 mg	1 x hs (continue)
9) HCTZ 50 mg	½ x เช้า (continue)
10) Atenolol 100 mg	(OFF)
11) Glipizide 5 mg	1 x 2 (continue)
12) Humulin™ 100 IU/ml	(continue)
13) Simvastatin 10 mg	2 x เย็น (continue)
14) Merislon™ (Betahistine) 6 mg	1 q 6 hr (continue)

ยาที่ได้รับในครั้งนี	
1) Exelon™ 6 mg	1 x 2
2) Trazodone 50 mg	½ x hs
3) Fulox™ (Fluoxetine) 20 mg	½ x hs
4) Vitamin E 400 mg	1 x เช้า
5) Multivitamin	1 x 2
6) Vitamin C 100 mg	1 x เช้า
7) Miracid™ (Omeprazole) 20 mg	1 x 2
8) AIR - X™ (Simethicone)	1 x 3 pc
9) Motilium - M™ (Domperidone) 10 mg	1 x 3 ac
10) ORS จิบแทนน้ำ	

#### ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยได้รับยา Fulox™ ซึ่งเป็น potent CYP2D6 inhibitor ร่วมกับยา Trazodone ซึ่งเป็น substrate ของ CYP2D6 เมื่อได้ร่วมกันอาจเพิ่มระดับ Trazodone จนอาจเกิด ADR จาก Trazodone เช่น Orthostatic hypotension, ง่วงนอน เป็นต้น
- ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด แน่นท้อง ซึ่งอาจเกิดจาก Exelon™ ผู้ป่วยจึงควรได้ยาช่วยในการขับลมและกระตุ้นการย่อยอาหาร
- ผู้ป่วยได้รับยาที่มีฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตถึง 3 ตัว ได้แก่ Madiplo™, Prazosin และ HCTZ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิด Orthostatic hypotension ได้ อย่างไรก็ตาม BP ของผู้ป่วยอยู่ที่ 157/63 ซึ่งยังสูงอยู่ เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ยอมรับประทานยาสม่ำเสมอ ยังคงรับประทานอาหารรสเค็มหรือมีผงชูรส เป็นต้น
- ผู้ป่วยได้รับยา Simvastatin 10 mg 2 x เย็น แต่ไม่ทราบประวัติ lipid profile จึงไม่สามารถประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาลดไขมันในผู้ป่วยรายนี้ได้

#### Intervention Caregiver

- ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า จนอาจล้มพาดพื้นเกิดบาดเจ็บได้
- แนะนำข้อปฏิบัติในการดูแลตัวเองให้แก่ผู้ป่วย อาทิ ลดอาหารรสหวาน มันและเค็มลง รวมถึงอาหารที่ใส่ผงชูรส ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

- ให้ผู้ดูแลคอยเฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการผิดปกติ เช่น นอนหลับกลางวันบ่อย มีหน้ามืดขณะเปลี่ยนท่าหรือไม่ เพื่อที่จะได้ปรับแผนการรักษาได้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย

## Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt;400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		

## Plan

- ตามประวัติ lipid profile ของผู้ป่วย เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาลดไขมัน
- เฝ้าระวังการเกิด Hypotension ในผู้ป่วยรายนี้
- ติดตามอาการท้องอืด แน่นท้องว่ามีอาการดีขึ้นหรือไม่

## กรณีศึกษาที่ 3 (มี F/U)

HN : 48 – 7202      ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 83 ปี  
 วินิจฉัย : Dementia with Lewy's Body

Visit Number: 10

Visit Date: 26/06/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ พบ Visual Hallucination เคยมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียว ปัจจุบันอารมณ์สงบลง
- MMSE : 11/23      วัดเมื่อ 26/12/48

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- เบาหวาน (ไม่ทราบประวัติ FBS )
- Hypertension (BP ปัจจุบัน = 149/62)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม		
1) Daonil™ (Glibenclamide)		1 x OD (continue)
2) Glucophage™ (Metformin) 500 mg		1 x OD (continue)
3) Aspent - M™(ASA gr.I)		1 x OD (continue)
4) Folic acid 5 mg		1 x เช้า (continue)
5) Aricept™ 5 mg		1 x OD (OFF)
6) Seroquel™(Quetiapine) 25 mg		1 x เช้า (continue)
7) Seroquel™ 100 mg		½ x hs (continue)
8) Vitamin E 400 mg		1 x เช้า (continue)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้		
1) Seroquel™(Quetiapine) 25 mg		1 x เช้า
2) Seroquel™ 100 mg		½ x hs
3) Vitamin E 400 mg		1 x เช้า

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยเคยได้รับ Aricept™ 5 mg แล้วมีอาการอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว จึงได้หยุดยาไป หลังจากหยุดยาผู้ป่วยมีอาการสงบลง จึงควรติดตามอาการของผู้ป่วยว่ายังคงมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวหรือไม่ หากผู้ป่วยมีอาการสงบคงที่ อาจพิจารณาเริ่มให้ยาในกลุ่ม AChEIs อีกครั้ง
- ผู้ป่วยได้รับ Seroquel™ ซึ่งมี  $\alpha_1$  – Blocking effect อาจทำให้เกิด Orthostatic hypotension ได้ จึงควรเฝ้าระวังอาการดังกล่าวในผู้ป่วยรายนี้
- จากการสอบถาม ผู้ป่วยมีประวัติเป็นเบาหวาน แต่ไม่ทราบประวัติ FBS จึงไม่ทราบว่าระดับน้ำตาลของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่
- ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือด และได้รับ Daonil™ ซึ่งมีฤทธิ์ปิดกั้น  $K^+$  channel ของกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจขาดเลือด จึงไม่เหมาะในผู้ป่วยรายนี้
- ผู้ป่วยมี BP = 149/62 ซึ่งเป็น Isolated Systolic Hypertension ซึ่งยาที่เหมาะสมได้แก่ยาในกลุ่ม CCB แต่ไม่ทราบประวัติขาดความดันโลหิต จึงไม่อาจประเมินได้ว่ายาที่ใช้มีความเหมาะสมหรือไม่

## Intervention Caregiver

- แนะนำผู้ดูแลให้ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเกิดอารมณ์หงุดหงิด พร้อมทั้งให้ความมั่นใจแก่ผู้ดูแลว่าไม่นานผู้ป่วยจะลืมไปเอง
- เนื่องจากผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย จึงให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลทำใจให้สงบ โดยอาจหางานอดิเรกทำ เช่น ทำสวน ฟังธรรม เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น
- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตผู้ป่วยว่ามีอาการหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่าหรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ

## Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt;400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจาก Daonil™ มีฤทธิ์ปิดกั้น K<sup>+</sup> channel ของกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด จึงไม่เหมาะที่จะใช้ในผู้ป่วยรายนี้ ควรเปลี่ยนไปใช้ยาที่ไม่มีฤทธิ์ดังกล่าว เช่น Glipizide</li> </ul>			✓

## Plan

- ฝ้าระวังการเกิด Orthostatic hypotension จากการใช้ Seroquel™
- ตามประวัติ FBS ของผู้ป่วย เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด
- ตามประวัติยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยใช้ เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมแล้วหรือไม่
- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่ายังเกิดอารมณ์ฉุนเฉียวหรือไม่ หากผู้ป่วยมีอาการสงบคงที่ อาจพิจารณาเริ่มให้ยาในกลุ่ม Acetylcholinesterase Inhibitors อีกครั้ง

Visit Number : 11

Visit Date : 28/08/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ เคยมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียว ปัจจุบันอาการสงบลง ไม่พบ Visual Hallucination
- MMSE : 11/23                      วัดเมื่อ 26/12/48

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- เบาหวาน (ไม่ทราบประวัติ FBS )
- Hypertension (BP ปัจจุบัน = 162/79)
- Dyslipidemia (ไม่ทราบประวัติ lipid profile)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม		
1) HCTZ 50 mg		1 / 4 x OD (continue)
2) Daonil™ (Glibenclamide) 5 mg		1 x OD (continue)
3) Glucophage™ (Metformin) 500 mg		1 x 2 (continue)
4) Aspent - M™ (ASA gr.I)		1 x OD (continue)
5) Folic acid 5 mg		1 x เช้า (continue)
6) Hidil™ (Gemfibrozil) 600 mg		1 x เช้า (continue)
7) Seroquel™ (Quetiapine) 25 mg		1 x เช้า (continue)
8) Seroquel™ 100 mg		½ x hs (continue)
9) Vitamin E 400 mg		1 x เช้า (OFF)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้		
1) Seroquel™ (Quetiapine) 25 mg		1 x เช้า
2) Seroquel™ 100 mg		½ x hs

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- จากการสอบถาม ผู้ป่วยมีประวัติเป็นเบาหวาน แต่ไม่ทราบประวัติ FBS จึงไม่ทราบว่าระดับน้ำตาลของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานแล้วหรือไม่

- ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือด และได้รับ Daonil™ ซึ่งมีฤทธิ์ปิดกั้น K<sup>+</sup> channel ของกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจขาดเลือด จึงไม่เหมาะในผู้ป่วยรายนี้
- ผู้ป่วยมี BP = 162/79 ซึ่งเป็น Isolated Systolic Hypertension ยาที่ได้รับคือ HCTZ 50 mg 1/4 x เข้า ซึ่งไม่เพียงพอต่อการลดความดันโลหิตจนถึงเกณฑ์มาตรฐาน
- ผู้ป่วยได้รับยาลดไขมันคือ Hidil™ 600 mg 1 x เข้า แต่ไม่ทราบ lipid profile ของผู้ป่วย จึงไม่อาจประเมินได้ว่าเหมาะสมแล้วหรือไม่
- จากการสอบถามผู้ดูแล ปัจจุบันมีความเครียดลดลง มีความสุขกับการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

#### Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตผู้ป่วยว่ามีอาการหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่าหรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ
- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดท้องรุนแรง ถ่ายดำ มีอาการเหนื่อยหุดหืดจนเฉื่อย เป็นต้น หรือไม่ เพื่อที่จะได้ปรับแผนการรักษาได้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากขนาด HCTZ ที่ใช้ในการลดความดันโลหิต อยู่ในช่วง 25 - 50 mg/day ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับจึงต่ำเกินไป จึงควรเพิ่มขนาด HCTZ เป็น 25 mg</li> </ul>			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจาก Glibenclamide มีฤทธิ์ปิดกั้น K<sup>+</sup> channel ของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจขาดเลือด จึงไม่เหมาะที่จะใช้ในผู้ป่วยรายนี้ ควรเปลี่ยนไปใช้ยาที่ไม่มีฤทธิ์ดังกล่าว เช่น Glipizide แทน</li> </ul>			✓



## Plan

- เฝ้าระวังการเกิด Orthostatic hypotension จากการใช้ Seroquel™
- ตามประวัติ FBS ของผู้ป่วย เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด
- ติดตาม BP ของผู้ป่วยว่ามีการตอบสนองต่อยาที่ใช้หรือไม่
- ตามประวัติ lipid profile รวมถึง LFTs เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาลดไขมัน
- เฝ้าระวังการเกิด ADR จาก Hidil™ เช่น Myalgia, Rhabdomyolysis
- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่ายังเกิดอาการอื่นหรือไม่ หากผู้ป่วยมีอาการสงสัยบ่งชี้ อาจพิจารณาเริ่มให้ยาในกลุ่ม AChEIs อีกครั้ง

## กรณีศึกษาที่ 4

HN : 49 – 3067      ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 70 ปี  
 วินิจฉัย : Dementia (R/O Alzheimer's disease)

Visit Number : 1

Visit Date : 26/06/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม วางของแล้วจำไม่ได้ว่าตัวเองวางไว้ที่ใด นอนกลางคืนไม่หลับ ไม่พบ visual hallucination ยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง
- MMSE : 11/23      วัดเมื่อ 26/6/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม

- เบาหวาน (FBS ล่าสุด = 116)
- Hypertension (BP ปัจจุบัน = 142/72)
- Dyslipidemia (ไม่ทราบประวัติ lipid profile)
- ข้อเข่าเสื่อม

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Minidiab™ (Glipizide) 5 mg	1 ½ x ac เช้า (continue)
2) Enaril™ (Enalapril) 5 mg	1 x เช้า (continue)
3) Zimmex™ (Simvastatin) 40 mg	½ x hs (continue)
4) Aricept™ 5 mg	1 x hs (OFF)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Aricept™ 10 mg	1 x hs (start)
2) Vitamin E 400 mg	1 x เช้า

#### ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับและท้องอืด ซึ่งอาจเกิดจาก ADR ของยา Aricept™ และในครั้งนี้นักผู้ป่วยได้รับ Aricept™ ในขนาดที่สูงขึ้น อาจทำให้มีอาการนอนไม่หลับและท้องอืดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้ รวมถึงมีโอกาสเกิด ADR อื่น ๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว เป็นต้นสูงขึ้น จึงควรเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงในผู้ป่วยรายนี้
- ผู้ป่วยมีประวัติ Hypertension ยาลดความดันโลหิตที่ได้รับคือ Enaril™ 5 mg 1 x เช้า ค่า BP ปัจจุบัน เท่ากับ 142/72 ซึ่งเป็น Isolated Systolic Hypertension โดยยาที่เหมาะสมได้แก่ ยากลุ่ม CCB
- ผู้ป่วยมีประวัติ Dyslipidemia ปัจจุบันใช้ Zimmex™ 40 mg ½ x hs แต่ไม่ทราบประวัติ lipid profile จึงไม่สามารถบอกได้ว่าระดับไขมันของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานแล้วหรือไม่
- ผู้ป่วยมีประวัติเคยเพิ่มขนาดยา Daonil™ ที่เคยใช้จาก 1 เม็ดเป็น 1 ½ เม็ดเอง จึงต้องเน้นย้ำผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์และอันตรายที่เกิดขึ้นหากไม่ใช้ยาตามคำสั่ง

#### Intervention Caregiver

- ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากได้รับยาในขนาดที่เพิ่มขึ้น เช่น ตะคริว คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ท้องอืด เป็นต้น พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยคอยสังเกตตัวเองว่าเกิดอาการดังกล่าวขึ้นหรือไม่ เพื่อที่จะได้ปรับแนวทางการรักษาได้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- ให้ความรู้ถึงความสำคัญของการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์และอันตรายที่เกิดขึ้นหากไม่ใช้ยาตามคำสั่ง

- แนะนำข้อปฏิบัติในการดูแลตัวเองให้แก่ผู้ป่วย อาทิ ลดอาหารรสหวาน มันและเค็มลง ไม่ยืนหรือเดินนาน ๆ เพื่อไม่ให้ข้อเข่ารับน้ำหนักมากเกินไป เป็นต้น
- เนื่องจากในครั้งนีมีการเปลี่ยนยาใหม่ และตามปกติผู้ป่วยจะเป็นคนจัดยาเอง จึงแนะนำให้ผู้ดูแลคอยช่วยสังเกตและจัดยาให้ผู้ป่วยด้วย เพื่อป้องกันการจัดยาผิด

## Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
● เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด >400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง	✓		
● เนื่องจาก BP ของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับสูง และเป็น Isolated Systolic Hypertension จึงควรเพิ่มยาในกลุ่ม CCB เช่น Nifedipine			✓

## Plan

- เฝ้าระวังการเกิด ADR จาก Aricept เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ตะคริว เป็นต้น พร้อมประเมินความรุนแรง หากผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ อาจพิจารณาลดขนาดยาลง
- ตามประวัติ lipid profile ของผู้ป่วย เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมแล้วหรือไม่
- ประเมินความเหมาะสมของยาลดความดันโลหิตที่ใช้ว่าสามารถลดความดันโลหิตในผู้ป่วยรายนี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

## กรณีศึกษาที่ 5

HN : 47 – 4041      ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 79 ปี

วินิจฉัย : Vascular Dementia

Visit Number : Unknown

Visit Date : 3/07/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงว่าภรรยาไม่ซื่อ มีประวัติเกิดความอิจฉาและน้อยใจที่มีคนดูแลภรรยามากกว่ามาคอยดูแลตนเอง ปัจจุบันอาการดังกล่าวดีขึ้น นอนหลับได้

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Hypertension (ไม่ทราบ BP)

ประวัติการใช้สารเสพติด : มีประวัติเคยดื่มสุราและสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกแล้ว

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา

ยาเดิม	
1) Aricept™ 10 mg	1 x hs (continue)
2) Remeron™ (Mirtazapine) 30 mg	1 x hs (continue)
3) Seroquel™ (Quetiapine) 25 mg	1 x hs (continue)
4) Desirel™ (Trazodone) 50 mg	1 x hs (continue)
5) Enaril™ (Enalapril) 5 mg	1 x OD (continue)
6) Vitamin B1-6-12	1 x 2 (continue)
7) Folic acid 5 mg	1 x OD (continue)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Aricept™ 10 mg	1 x hs
2) Remeron™ (Mirtazapine) 30 mg	1 x hs
3) Seroquel™ (Quetiapine) 25 mg	1 x hs
4) Desirel™ (Trazodone) 50 mg	1 x hs
5) Enaril™ (Enalapril) 5 mg	1 x OD
6) Vitamin B1-6-12	1 x 2
7) Folic acid 5 mg	1 x OD

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยได้รับ Remeron™ ร่วมกับ Seroquel™ ซึ่งยาทั้ง 2 ตัวมีฤทธิ์ 5-HT<sub>2</sub> Blocking effect อาจทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นจนทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มสูงขึ้นได้ จึงต้องเฝ้าระวังอาการดังกล่าว

- ผู้ป่วยมีประวัติ Hypertension ได้รับ Enaril 5 mg/day ในการลดความดันโลหิต เนื่องจากไม่ทราบ BP ปัจจุบัน จึงไม่สามารถประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยรายนี้ได้
- เนื่องจากผู้ป่วย (รวมทั้งญาติ) ไม่ได้มีจุดประสงค์มาเพื่อรับการตรวจ เพียงมารับยาเพิ่ม จึงไม่อาจซักถามและประเมินอาการได้

#### Intervention Caregiver

\* เนื่องจากผู้ดูแลมีจุดประสงค์เดินทางมาเพื่อรับยาเพียงอย่างเดียว จึงไม่ให้ความร่วมมือในการรับความรู้ในเรื่องการ用药ที่ผู้ป่วยได้รับ

#### Intervention Prescriber

- ไม่มี

#### Plan

- ครั้งต่อไปให้ผู้ดูแลนำผู้ป่วยมาด้วย เพื่อประเมินอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย
- ติดตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วยว่ามีการเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้ารับการรักษหรือไม่

#### กรณีศึกษาที่ 6 (มี F/U)

HN : 49 – 1421      ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 74 ปี

วินิจฉัย : Mild Cognitive Impairment (MCI)

Visit Number : 5

Visit Date : 3/07/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม จำชื่อคนไม่ได้ วางของแล้วจำไม่ได้ว่าวางไว้ที่ใด มีความเครียดที่ความจำของตนไม่ดีเหมือนก่อน มีอาการคัดจมูกรุนแรงจนหายใจไม่สะดวก มีนั่ง ชวนเซ หูอื้อ ฟันร้าว
- MMSE : 29/30      วัดเมื่อ 9/03/49
- ADAS – cog : 5.50/70      วัดเมื่อ 3/04/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- BPH (มีอาการมาประมาณ 1 ปี)

ประวัติการใช้สารเสพติด : มีประวัติเคยดื่มสุราและสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกได้แล้ว

ประวัติการแพ้ยา : มีประวัติแพ้ Chloramphenicol

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Aricept™ 10 mg	1 x เย็น (start)
2) Vitamin E 400 mg	1 x OD (continue)
3) Xatral™ (Alfuzosin) 10 mg	1 x hs (continue)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Aricept™ 10 mg	1 x เย็น
2) Vitamin E 400 mg	1 x OD
3) Xatral™ (Alfuzosin) 10 mg	1 x hs

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- แพทย์ผู้รักษาได้ทำการเพิ่มขนาดยา Aricept™ เป็น 10 mg 1 x เย็น ในการมาพบครั้งที่แล้ว ในการมาพบครั้งนี้ ผู้ป่วยได้เล่าว่า ตนเคยลืมไปทาน Aricept™ เป็นตอนก่อนนอน ร่วมกับ Xatral™ แล้วผู้ป่วยเกิดอาการคัดจมูกรุนแรงร่วมกับมีอาการหุ้ อี๋ ชวนเซ มีอาการสับสน ผื่นร้าย โดยก่อนเพิ่มขนาดยาไม่เคยเกิดอาการดังกล่าว และผู้ป่วยยืนยันว่าเมื่อรับประทาน Aricept™ ตามที่สั่งจะไม่พบอาการต่าง ๆ ดังกล่าว โดยคาดว่าอาการคัดจมูกเกิดจาก ADR ของ Xatral™ ส่วนอาการทางจิตที่เกิดขึ้นน่าจะเกิดจาก ADR ของ Aricept™ เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่เกิดอาการเมื่อรับประทาน Aricept™ ในเวลาเย็น จึงต้องย้ำเตือนให้ผู้ป่วยใช้ยาตามที่สั่งอย่างเคร่งครัด
- จากการสอบถาม ในช่วงที่ผ่านมาผู้ป่วยเคยใช้ยา Actifed™ เมื่อมีน้ำมูก ซึ่ง Actifed™ มีส่วนผสมของ Tripolidine ซึ่งเป็น Sedating Antihistamine จะไปต้านการออกฤทธิ์ของยา AChEIs ทำให้ความจำเสื่อมลงได้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยรายนี้

Intervention Caregiver

- ให้ผู้ป่วยใช้ยาตามสั่งอย่างเคร่งครัด เพื่อลดโอกาสการเกิดอาการข้างเคียงจากยา และให้คอยสังเกตว่าผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น หน้ามีผื่นเปลี่ยนแปลง คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว เป็นต้นหรือไม่ เพื่อที่จะได้ปรับแนวทางการรักษาได้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- ให้ความรู้ถึงฤทธิ์ของ Actifed™ รวมถึงยาแก้แพ้ที่ทำให้ง่วงตัวอื่น ๆ ในการชดเชยการสร้าง ความจำ และแนะนำผู้ป่วยว่า หากมีน้ำมูกควรใช้ยาแก้แพ้ที่ไม่ทำให้ง่วงแทน เช่น Loratadine เป็นต้น

Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt; 400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		

## Plan

- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่าเมื่อใช้ Aricept™ ในตอนเย็นแทนตอนก่อนนอนแล้วยังคงเกิดอาการคัดจมูกรุนแรง หูอื้อ ชวนเซ สับสน ฝันร้าย อยู่หรือไม่
- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่าเกิดอาการข้างเคียงอื่น ๆ ที่เกิดจากยาที่ใช้หรือไม่ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว หน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่า นอนไม่หลับ เป็นต้น
- ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยหลังจากได้ให้ความรู้ถึงฤทธิ์ด้านการสร้างความจำของยาที่มี Anticholinergic Effect ว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องมากน้อยเพียงใด

Visit Number : 6

Visit Date : 4/09/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม จำชื่อคนไม่ได้ วางของแล้วจำไม่ได้ว่าวางไว้ที่ใด เคยมีประวัติคัดจมูกรุนแรงรวมถึงอาการมึนงง ชวนเซ หูอื้อ ฝันร้าย ปัจจุบันไม่พบอาการดังกล่าว
- MMSE : 29/30 วัดเมื่อ 9/03/49
- ADAS – cog : 5.50/70 วัดเมื่อ 3/04/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- BPH (มีอาการมาประมาณ 1 ปี)

ประวัติการใช้สารเสพติด : มีประวัติเคยดื่มสุราและสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกได้แล้ว

ประวัติการแพ้ยา : มีประวัติแพ้ Chloramphenicol

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Aricept™ 10 mg	1 x เย็น (continue)
2) Vitamin E 400 mg	1 x OD (continue)
3) Xatral™ (Alfuzosin) 10 mg	1 x hs (continue)

ยาที่ได้รับในครั้งนี	
1) Aricept™ 10 mg	1 x เย็น
2) Vitamin E 400 mg	1 x OD
3) Xatral™ (Alfuzosin) 10 mg	1 x hs

#### ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ในการพบผู้ป่วยในครั้งนี ผู้ป่วยเล่าว่าปัจจุบันไม่เกิดอาการคัดจมูกรุนแรง รวมถึงอาการมีนงง ชวนเซ หูอื้อ ผื่นร่ายที่เคยเป็นมาในการพบครั้งก่อน
- หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ถึงฤทธิ์ในการขัดขวางการสร้างความจำของยาในกลุ่ม Sedating Antihistamine ปัจจุบันผู้ป่วยได้เปลี่ยนไปใช้ Cetirizine เมื่อมีน้ำมูกแทน Actifed™ ซึ่งยังคงมี Anticholinergic effect อยู่

#### Intervention Caregiver

- ให้ความรู้ถึงฤทธิ์ของยาแก้แพ้ที่ทำให้ง่วงในการขัดขวางการสร้างความจำอีกครั้งหนึ่ง
- ให้ผู้ป่วยใช้ยาตามที่สั่งอย่างเคร่งครัด เพื่อลดโอกาสการเกิดอาการข้างเคียงจากยา และให้คอยสังเกตว่าผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น หน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว เป็นต้นหรือไม่ เพื่อที่จะได้ปรับแนวทางการรักษาได้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber	Prescriber	NOT
	Accept	Reject	Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt; 400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		

#### Plan

- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่าเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่ใช้ เช่น หน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่า คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว นอนไม่หลับ เป็นต้น หรือไม่
-



## กรณีศึกษาที่ 7

HN : 49 – 3308      ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 77 ปี  
 วินิจฉัย : Alzheimer's disease

Visit Number : 2

Visit Date : 3/07/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการย้ำคิดย้ำทำ เปิดปิดพัดลมบ่อย ๆ มีอาการมือเท้าสั่น ย่ำเท้า อยู่ไม่ติดที่ พบนอนไม่หลับทั้งกลางวันและกลางคืน เคยมีอาการหวาดระแวงกลัวถูกทำร้ายจนต้องพกมีด ปัจจุบันอาการหวาดระแวงดีขึ้น
- MMSE : 9/30      วัดเมื่อ 3/07/49
- ADAS – cog : 33.66/70 วัดเมื่อ 3/07/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Hypertension (ไม่ทราบ BP ปัจจุบันไม่ได้ใช้ยา)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม

- |                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1) Haldol™ (Haloperidol) 0.5 mg | 1 x hs (OFF)                   |
| 2) Trazodone 50 mg              | 1 ½ x hs (continue)            |
| 3) Senokot™ (Sennosides A & B)  | เมื่อมีอาการท้องผูก (continue) |

ยาที่ได้รับในครั้งนี้

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1) Trazodone 50 mg | 1 ½ x hs (continue) |
|--------------------|---------------------|

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับทั้งตอนกลางวันและกลางคืน ร่วมกับอาการ Agitation จึงควรได้รับ Antipsychotic เพื่อช่วยปรับพฤติกรรมนอนของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยมีอาการมือเท้าสั่น อาจเกิดจาก ADR จากการใช้ Haldol™ จึงได้ทำการลดขนาด Haldol™ ลงจนหยุดการใช้ไปในการมาพบครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงมีอาการหวาดระแวงร่วมกับพฤติกรรมวุ่นวาย จึงควรให้ Atypical Antipsychotic เช่น Seroquel™ แทนที่ Haldol™ ที่หยุดไป เพื่อควบคุมอาการดังกล่าว

- ผู้ป่วยได้รับ Trazodone 75 mg/day ซึ่งมีขนาดค่อนข้างสูง จึงมีโอกาสเกิด Side effect เช่น Orthostatic hypotension เป็นต้น ได้ง่าย จึงควรเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียง ดังกล่าว
- จากประวัติ ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับยาในกลุ่ม AChEIs โดยไม่ทราบสาเหตุที่ยังไม่ได้รับยา จึงควรค้นหาสาเหตุที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาดังกล่าว
- จากประวัติ ผู้ป่วยมีภาวะ Hypertension ปัจจุบันใช้การควบคุมพฤติกรรมโดยไม่ได้รับยาลดความดัน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่ทราบ BP ปัจจุบัน จึงไม่อาจประเมินได้ว่าผู้ป่วยควรกลับมาใช้ยาหรือไม่
- จากประวัติ ตรวจพบ Uric acid = 7.1 เมื่อวันที่ 7/06/49 ซึ่งมีค่าค่อนข้างสูง สมควรได้รับยาลดระดับ Uric acid แต่ยังไม่มีการให้ยาแก่ผู้ป่วย

#### Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตผู้ป่วยว่ามีอาการหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่าซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาหรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืดจนอาจล้มพาดพื้นเกิดบาดเจ็บได้
- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยว่ามีแนวโน้มดีขึ้นหรือเลวลงอย่างไรบ้าง
- ให้ความรู้ถึงการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิต เช่น ลดอาหารรสเค็มและอาหารที่ใส่ผงชูรส ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น
- เนื่องจากผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย จึงให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลทำใจให้สงบ โดยอาจหางานอดิเรกทำ เช่น ทำสวน ฟังธรรม เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากการหยุด Haldol™ ลงโดยไม่มี การให้ Antipsychotic ตัวอื่น ๆ แทน อาจทำให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการหวาดระแวงได้ จึงควรเพิ่ม Atypical Antipsychotic เช่น Seroquel™ ร่วมด้วย</li> </ul>			✓

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับ Uric acid = 7.1 จึงควรได้รับยาลดระดับ Uric acid เช่น Allopurinol</li> </ul>			✓

## Plan

- ฝ้าระวังการเกิด Orthostatic hypotension
- ติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใดบ้าง
- ค้นหาสาเหตุที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาในกลุ่ม AChEIs
- ตามประวัติ BP เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยควรกลับมาใช้ยาใหม่อีกครั้งหรือไม่

## กรณีศึกษาที่ 8 (มี F/U)

HN : 40 – 701      ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 80 ปี  
 วินิจฉัย : Alzheimer's Disease

Visit Number : 4

Visit Date : 3/07/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม รับประทานอาหารแล้วบอกรังไม่ได้กิน มีเดินวุ่นวาย ผุดลุกผุดนั่ง อยู่ไม่ติดที่ อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย นอนหลับดี ชอบพูดถึงเรื่องในอดีตแล้วร้องไห้ เคยมีประวัติเดินแก้วในบ้าน สังเกตพบ Tardive dyskinesia

- MMSE : 9/23      วัดเมื่อ 8/03/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม

- Hypertension (ไม่ทราบ BP ปัจจุบัน)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธการใช้สารเสพติดต่าง ๆ

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Aricept™ 10 mg	1 x hs (continue)
2) Trazodone 50 mg	1 x hs (continue)
3) Zeptal™ CR (Carbamazepine) 200 mg	½ x 2 (continue)
4) Haldol™ (Haloperidol) 0.5 mg	1 x hs (OFF)
5) Enaril™ (Enalapril) 5 mg	½ x เช้า (OFF)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Aricept™ 10 mg	1 x hs
2) Trazodone 50 mg	1 x hs
3) Zeptal™ CR (Carbamazepine) 200 mg	½ x 2
4) Enaril™ (Enalapril) 5 mg	1 x เช้า

#### ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีอาการ Akathisia และ Tardive Dyskinesia ซึ่งเป็น ADR ที่พบได้จากการใช้ Haldol™ จึงควรหยุดการใช้ Haldol™ ในผู้ป่วยรายนี้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมวุ่นวาย จึงควรให้ Atypical Antipsychotic เช่น Seroquel™ แทนที่ Haldol™ ที่หยุดไป เพื่อควบคุมอาการดังกล่าว
- ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย อาจเป็นไปได้ที่ Zeptal™ ที่ใช้เป็น Mood stabilizer ใช้ไม่ได้ผลดีในผู้ป่วยรายนี้ อาจพิจารณาเปลี่ยนไปใช้ Mood Stabilizer ตัวอื่น เช่น Depakine™ chrono แทน
- ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง ยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ คือ Enaril™ 5 mg ½ tab x เช้า ซึ่งขนาดยาที่ได้รับไม่เพียงพอในการลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยขนาดที่สามารถลดความดันโลหิตได้คือ 5 mg (1 tab) จึงควรเพิ่มขนาด Enaril™

#### Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ และอารมณ์ของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น ใดบ้าง
- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตผู้ป่วยว่ามีอาการหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่าซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาหรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืดจนอาจล้มพาดพื้นเกิดบาดเจ็บได้

- ให้ความรู้ถึงการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิต เช่น ลดอาหารรสเค็ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- แนะนำผู้ดูแลให้ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเกิดอารมณ์หงุดหงิด พร้อมทั้งให้ความมั่นใจแก่ผู้ดูแลว่าไม่นานผู้ป่วยจะลืมไปเอง
- เนื่องจากผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย จึงให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลทำใจให้สงบ โดยอาจหางานอดิเรกทำ เช่น ทำสวน ฟังธรรม เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น

## Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากการหยุด Haldol™ ลงโดยไม่มี การให้ Antipsychotic ตัวอื่น ๆ แทน อาจ ทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยมีอาการเลวลงได้ จึงควรเพิ่ม Atypical Antipsychotic เช่น Seroquel™ ร่วมด้วย</li> </ul>			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียว ง่าย จึงควรเพิ่ม Mood Stabilizer เช่น Depakine™ CR เพื่อช่วยควบคุมอารมณ์ ของผู้ป่วย</li> </ul>			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจาก Enaril™ ขนาด 2.5 mg/day ไม่ เพียงพอในการลดความดันโลหิตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ควรเพิ่มขนาดเป็น 5 mg/day</li> </ul>	✓		

## Plan

- ตามประวัติความดันโลหิต เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาลดความดันโลหิตต่อไปในอนาคต
- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่ายังคงมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวหรือไม่
- ติดตามอาการ Akathisia และ Tardive Dyskinesia หลังจากหยุด Haldol™ ว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง
- เฝ้าระวังการเกิด Orthostatic hypotension จากการให้ Trazodone

Visit Number : 5

Visit Date : 4/09/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีความจำแยงลง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอาการซึม อ่อนเพลีย อารมณ์สงบไม่ร่าเริง  
สังเกตพบ Tardive Dyskinesia เล็กน้อย
- MMSE : 9/23                      วัดเมื่อ 8/03/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม

- Hypertension ( BP ปัจจุบัน = 149/63)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธการใช้สารเสพติดต่าง ๆ

ประวัติการแพ้ยา : มีประวัติแพ้ Zeptal™ CR เกิดเมื่อวันที่ 15/08/49 พบผื่นแดงตามร่างกาย

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Aricept™ 10 mg	1 x hs (continue)
2) Trazodone 50 mg	1 x hs (continue)
3) Zeptal CR™ (Carbamazepine) 200 mg	½ x 2 (OFF)
4) Enaril™ (Enalapril) 5 mg	1 x เช้า (continue)
5) Prednisolone 5 mg (start 18/08/49)	2 x 3 pc (หยุดไปเมื่อวันที่ 28/08/49)
6) Miracid™ (Omeprazole) 20 mg	1 x เย็น (continue)
7) Allerax – FC™ (Hydroxyzine) 10 mg	1 x 2 (ผู้ดูแลไม่ได้ให้รับประทาน)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Aricept™ 10 mg	1 x hs
2) Trazodone 50 mg	1 x hs
3) Enaril™ (Enalapril) 5 mg	1 x เช้า
4) FBC	1 x 3
5) Folic acid 5 mg	1 x เช้า
6) ORS จิบแทนน้ำ	

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยาเมื่อวันที่ 15/08/49 โดยมีอาการทำบวมทั้ง 2 ข้าง กดนุ่ม มีผื่นแดงตามร่างกาย แพทย์วินิจฉัยว่าเกิดจากการแพ้ Zeptal™ CR ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Anticonvulsants อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยเกิด Anticonvulsant Hypersensitivity

Syndrome (AHS) จึงควรตรวจ LFTs และ CBC ในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อประเมินว่าเกิด internal organ involvements หรือไม่

- ผู้ดูแลอ้างว่า หลังจากกลับจาก รพ. ผู้ป่วยมีอาการซึม อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ไม่กระฉับกระเฉงเหมือนก่อน โดยก่อนหน้าที่จะมาตามนัดครั้งนี้ ผู้ป่วยเคยท้องเดิน มีอาการถ่ายเหลวเป็นปริมาณมาก อาจเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยเกิด Hyponatremia ซึ่งเป็น ADR ที่พบได้จากการใช้ Carbamazepine จึงควรตรวจ Electrolyte ของผู้ป่วยเพื่อยืนยันว่าเกิด Hyponatremia จริงหรือไม่
- เมื่อครั้งเข้ารับการรักษาอาการแพ้ยา แพทย์ได้สั่งจ่าย Allerax – FC™ (Hydroxyzine) 10 mg ซึ่งเป็น Sedating Antihistamine มีฤทธิ์รบกวนการสร้างควาจำ จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลไม่ได้ให้ผู้ป่วยรับประทานเนื่องจากจำได้จากเภสัชกรในการมาครั้งที่แล้วว่ายาตัวนี้รบกวนการสร้างควาจำ จึงไม่ได้ให้ผู้ป่วยใช้
- ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง BP ปัจจุบัน = 149/63 ซึ่งจัดเป็น Isolated Systolic Hypertension ยาที่ได้รับคือ Enaril™ 5 mg /day คาดว่าการใช้ Enaril™ เพียงอย่างเดียวไม่อาจคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยรายนี้ได้ ควรเพิ่มยาลดความดันโลหิตกลุ่มที่มีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างไปจาก Enaril™ เช่น HCTZ หรือยาในกลุ่ม CCB

#### Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลสังเกตอาการซึม อ่อนเพลียของผู้ป่วยว่ามีอาการดีขึ้นหรือไม่ หากไม่ดีขึ้นหรือมีอาการทรุดลง ให้รีบนำผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้ถูกต้อง
- ให้ความรู้ถึงฤทธิ์ของยาแก้แพ้ที่ทำให้ง่วงในการขัดขวางการสร้างควาจำอีกครั้ง
- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตผู้ป่วยว่ามีอาการหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่าหรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืด จนอาจล้มพาดพื้นเกิดบาดเจ็บได้

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดภาวะ AHS จึงควรส่งผู้ป่วยตรวจวัดระดับ LFTs, CBC และระดับ Electrolyte เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยเกิดความผิดปกติขึ้นหรือไม่</li> </ul>	✓		

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากผู้ป่วยมี BP เท่ากับ 149/63 การ ใช้ Enaril™ 5 mg/day เพียงอย่างเดียว อาจไม่สามารถลดความดันโลหิตให้อยู่ใน เกณฑ์มาตรฐานได้ ควรเพิ่ม HCTZ ขนาด 25 mg/day เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการ ลดความดันโลหิต</li> </ul>			✓

#### Plan

- ติดตามอาการซึม อ่อนเพลียของผู้ป่วยว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้างหลังจาก  
ได้รับการรักษา
- ติดตาม Laboratory test ต่าง ๆ เช่น LFTs, CBC, Electrolyte ว่ามีค่าใดผิดปกติหรือไม่
- เฝ้าระวังการเกิด Orthostatic hypotension จากการใช้ Trazodone
- ประเมินความเข้าใจของผู้ดูแลหลังจากได้รับความรู้ถึงฤทธิ์ต้านการสร้างความจำ  
ของยาที่มี Anticholinergic effect ว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องมากน้อยเพียงใด

#### กรณีศึกษาที่ 9

HN : 48 - 5349 นาย จ. จ. ชายไทย หย่าร้าง อายุ 77 ปี  
วินิจฉัย : Dementia (R/O Alzheimer's Disease)

Visit Number : Unknown

Visit Date : 3/07/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการมาประมาณ 1 ปีนับจากวันที่ทำการวินิจฉัย บวกลบเลขไม่ถูก จำวันเวลา  
ไม่ได้ ปัจจุบันความจำดีขึ้น พบพฤติกรรมปัสสาวะลงถังขยะ มีประวัติเกิด Visual  
hallucination ปัจจุบันไม่พบอาการดังกล่าว
- MMSE : 9/23 วัดเมื่อ 19/9/48

โรคอื่นที่เป็นร่วม

- Hyperthyroid ยังคงได้รับยา Eltroxin™



- Angina pectoris รักษาที่รพ. ตำรวจ
- BPH ผ่าตัดเมื่อ 15 ปีก่อน

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธการใช้สารเสพติดต่าง ๆ

ประวัติการแพ้ยา : มีประวัติแพ้ยา Sulfa

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Eltroxin™ (Levothyroxin) 50 mg	1 x เช้า (continue)
2) Plavix™ (Clopidogrel) 75mg	1 x OD (continue)
3) Imdur™ (Isosorbide dinitrate) 60 mg	½ x เช้า (continue)
4) Vastarel™ MR (Trimetazidine) 35 mg	1 x 2 pc (continue)
5) Concor™ (Bisoprolol) 5 mg	1 x 2 pc (continue)
6) Herbesser™ (Diltiazem) 60 mg	1 x 2 pc (continue)
7) Aspent-M™ (ASA gr.I) 60 mg	1 x เช้า (continue)
8) Aprovel™ (Irbesartan) 150 mg	1 x เช้า (continue)
หมายเหตุ ยารายการที่ 2 – 8 เป็นยาที่ได้รับจากรพ. ตำรวจ	
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Exelon™ 4.5 mg	1 x เช้า
2) Vitamin E 400 mg	1 x เช้า
3) Trazodone 50 mg	1 x hs
4) Eltroxin™ (Levothyroxin) 50 mg	1 x เช้า

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ประวัติ Thyroid hormone ล่าสุดเมื่อวันที่ 19/9/48 มีค่า 6.04 mIU/L (ค่าปกติ 0.27-4.20 mIU/L) จึงควรนำผู้ป่วยส่งตรวจวัด Thyroid Hormone อีกครั้ง
- ผู้ป่วยมีประวัติ Hypertension ร่วมกับ Angina pectoris เนื่องจากไม่ทราบ BP ปัจจุบันจึงไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการใช้ยารักษาอาการดังกล่าว

Intervention Caregiver

\* เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ได้เข้ารับการรักษานี้เนื่องจากได้ทำการเลื่อนนัด และไม่มาเข้ารับการรักษาก็ จึงไม่มีข้อมูลเพื่อใช้ประเมินผลการรักษา

Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt;400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		

#### Plan

- หากผู้ป่วยและผู้ดูแลกลับมาเข้ารับการรักษาก่อนครั้ง ให้นำผู้ป่วยตรวจวัด Thyroid Hormone, EKG และ BP เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการใช้ยาของผู้ป่วย

#### กรณีศึกษาที่ 10

HN : 46 – 7781      ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 79 ปี  
 วินิจฉัย : Alzheimer's Disease

#### อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมก่อนได้รับการวินิจฉัยมาประมาณ 1 ปี มีประวัติออกจากบ้านแล้วกลับไม่ได้ ชอบพูดคุยกับคนแปลกหน้า นอนหลับได้ดี
- ปัจจุบันเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในแผนกประสาทหญิง

#### โรคอื่นที่เป็นร่วม

- Hypertension (ไม่ได้รักษาประจำ มีอาการจึงจะเข้ารับการรักษ)
- Asthma ปัจจุบันทานยาเป็นครั้งคราว
- Peptic Ulcer ที่เคยรับประทานเองมา 5 - 6 ปี

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

#### ยาที่ใช้รักษา :

\* หมายเหตุ เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนที่แผนกประสาทหญิง จึงไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลการรักษาและยาที่ผู้ป่วยใช้ได้

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร :

- เนื่องจากข้อมูลของผู้ป่วยอยู่ที่แผนกประสาทหญิง จึงไม่สามารถตรวจสอบและประเมินประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการใช้ยาของผู้ป่วยได้

Intervention Caregiver

- เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ที่แผนกประสาทหญิง จึงไม่สามารถนัดผู้ดูแลให้เดินทางมารับความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยได้

Intervention Prescriber

- ไม่มี

Plan

- หากผู้ป่วยและผู้ดูแลกลับมาเข้ารับการรักษาที่ Clinic ความจำอีกครั้ง ให้ทำการตรวจสอบประวัติการใช้ยาที่ผ่านมา รวมถึงอาการที่ผ่านมาของผู้ป่วย เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการรักษา รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาต่อไปในอนาคต

#### กรณีศึกษาที่ 11

HN : 49 – 1230	ผู้ป่วยหญิงไทย เดี่ยว อายุ 86 ปี
วินิจฉัย : Dementia (R/O Alzheimer's disease)	

Visit Number : 4

Visit Date : 24/07/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการสงบไม่ก้าวร้าว ไม่ยอมนอนในตอนกลางคืน มีการทรงตัวไม่ดี ทำกิจกรรมต่าง ๆ เองไม่ได้ (ยกเว้นรับประทานอาหาร) มีประวัติเคยเกิด Visual Hallucination
- MMSE : 2/23                      วัดเมื่อ 17/04/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Hypertension (ไม่ทราบ BP ปัจจุบัน)
- นิ้วในถุงน้ำดี ยังไม่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทนการพักฟื้นหลังผ่าตัดได้

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

## ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Reminyl™ 4 mg	1 x เช้า (OFF)
2) Reminyl™ 8 mg	1 x hs (continue)
3) Risperdal™ (Risperidone) 1 mg	1 x เช้า, hs (OFF)
4) Trazodone 50 mg	1/2 x hs (continue)
5) Ebixa™ (Memantine) 10 mg	1 x hs (continue)
6) HCTZ 50 mg	1/2 x เช้า (continue)
7) Plavix™ (Clopidogrel) 75 mg	1 x เช้า (continue)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Reminyl™ 8 mg	1 x เช้า, hs
2) Trazodone 50 mg	1/2 x hs
3) Ebixa™ (Memantine) 10 mg	1 x hs
4) Plavix™ (Clopidogrel) 75 mg	1 x เช้า
5) Folic acid 5 mg	1 x เช้า
6) Multivitamin	

## ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีอาการมึนงงและมีการทรงตัวแย่ลง อาจเกิดจากฤทธิ์  $\alpha_1$  – Blocking effect ของ Trazodone และ Risperdal™ ที่ได้รับร่วมกัน จากการประเมินของแพทย์ ในปัจจุบัน ผู้ป่วยไม่พบอาการทางจิต จึงหยุดการใช้ Risperdal™ จึงควรติดตามอาการหลังหยุด Risperdal™ ว่าเปลี่ยนแปลงไปเช่นใดบ้าง
- ผู้ป่วยมีประวัติ Hypertension แต่ไม่ทราบ BP ปัจจุบัน จึงไม่สามารถประเมิน ประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยได้
- ในการมาพบครั้งนี้ แพทย์ได้เพิ่มขนาดยา Reminyl™ จาก 12 mg/day เป็น 16 mg/day ซึ่งอาจเพิ่มโอกาสการเกิด ADR จาก Reminyl™ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น ควรติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจากเปลี่ยนขนาดยา รวมถึงประเมินว่า ผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้หรือไม่

Intervention Caregiver

- ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลว่า ในครั้งนี้แพทย์ได้ทำการปรับเพิ่มขนาดยาที่ใช้ ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสเกิดอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น ขึ้นได้ รวมทั้งให้สังเกตและแจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่ เพื่อปรับแผนการรักษาได้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- ให้ผู้ดูแลสังเกตอาการมีนงง รวมถึงการทรงตัวของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใดบ้าง หลังจากที่ได้หยุดยาไป
- แนะนำวิธีปฏิบัติตัวเพื่อช่วยควบคุมความดันโลหิต เช่น ลดอาหารรสเค็มหรืออาหารที่ใส่ผงชูรส ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้สงบ เป็นต้น
- เนื่องจากผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย จึงให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลทำใจให้สงบ โดยอาจหางานอดิเรกทำ เช่น ทำสวน ฟังธรรม เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น

## Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากหยุด Risperdal™ ทันที ผู้ป่วยอาจกลับมาเกิดอาการทางจิตซ้ำได้ จึงควรค่อย ๆ ลดขนาดยาลงช้า ๆ ก่อนหยุดการใช้</li> </ul>			✓

## Plan

- ติดตามอาการมีนงงและการทรงตัวของผู้ป่วยหลังจากหยุด Risperdal™ ว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงไปเช่นไร รวมทั้งเฝ้าระวังอาการทางจิตที่อาจกลับมาเป็นซ้ำหลังจากหยุด Risperdal™ ด้วย
- เฝ้าระวังการเกิด ADR จาก Reminyl™ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ พร้อมทั้งประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้หรือไม่
- ติดตามประวัติ BP เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วย

## กรณีศึกษาที่ 12

HN : 48 - 4865      ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 68 ปี  
วินิจฉัย : Dementia with Lewy's Body

Visit Number : Unknown

Visit Date : 24/07/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงกลัวคนมาขโมยของ เก็บข้าวของซ้ำ ๆ แล้วหาไม่เจอ มีอารมณ์หงุดหงิด กังวล ชุนเฉียวง่าย ไม่นอนตอนกลางคืน พบอาการหูแว่วในบางครั้ง
- MMSE : 13/30                  วัดเมื่อ 15/08/48  
   11/30                  วัดเมื่อ 24/07/49
- ADAS – cog:30.99/70      วัดเมื่อ 15/08/48

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Hypertension (ไม่ทราบ BP ปัจจุบัน)
- Dyslipidemia (ไม่ทราบประวัติ Lipid profile)
- เบาหวาน (ไม่ทราบประวัติ FBS)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Exelon™ 4.5 mg	1 x เช้า (continue)
2) Exelon™ 6 mg	1 x hs (continue)
3) Trazodone 100 mg	1 x hs (continue)
4) Remeron™ (Mirtazapine) 30 mg	½ x hs (continue)
5) Enalapril 20 mg	1 x เช้า (continue)
6) Gemfibrozil 300 mg	1 x ac เย็น (continue)
7) Glibenclamide 5 mg	2 x ac เช้า, เย็น (continue)
8) Metformin 500 mg	1 x 3 (continue)
9) ASA Gr.1	1 x เช้า (continue)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Exelon™ 4.5 mg	1 x เช้า
2) Exelon™ 6 mg	1 x hs
3) Trazodone 100 mg	1 x hs
4) Vitamin E 400 mg	1 x เช้า

## ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- จากประวัติ ผู้ป่วยได้รับ Trazodone และ Remeron™ ซึ่งยาทั้ง 2 ชนิดต่างมีฤทธิ์  $\alpha_1$  – Blocking effect จึงต้องเฝ้าระวังการเกิด Orthostatic Hypotension ในผู้ป่วยรายนี้
- ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรบกวนวาย จัดข้าวของในตอนกลางวัน จึงควรเพิ่ม Antipsychotic เช่น Olanzapine ในตอนกลางวัน เพื่อลดอาการดังกล่าว
- ผู้ป่วยมีประวัติเป็นเบาหวาน, Hypertension และ Dyslipidemia แต่ไม่ทราบประวัติค่าผล Lab ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ BP, FBS และ Lipid profile จึงไม่สามารถประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาได้
- ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือด และได้รับ Glibenclamide ซึ่งมีฤทธิ์ปิดกั้น  $K^+$  channel ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจขาดเลือด จึงไม่เหมาะในผู้ป่วยรายนี้

## Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยเฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ มีหน้ามืดขณะเปลี่ยนท่าหรือไม่ เพื่อที่จะได้ปรับแผนการรักษาได้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืด จนอาจล้มพาดพื้นเกิดบาดเจ็บได้
- ให้ผู้ดูแลปล่อยให้ผู้ป่วยจัดเก็บข้าวของตามใจชอบ อย่าไปขัดใจ แนะนำให้ใช้วิธีเบี่ยงเบนประเด็น อย่าไปโต้เถียงกับผู้ป่วย ในขณะเดียวกัน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ดูแลควรเก็บสิ่งของที่อาจก่ออันตราย เช่น มีด ให้พ้นจากผู้ป่วย
- เนื่องจากผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย จึงให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลทำใจให้สงบ โดยอาจหางานอดิเรกทำ เช่น ทำสวน ฟังธรรม เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น

## Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt;400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจาก Glibenclamide มีฤทธิ์ปิดกั้น K<sup>+</sup> channel ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด จึงไม่เหมาะที่จะใช้ในผู้ป่วยรายนี้ ควรเปลี่ยนไปใช้ยาที่ไม่มีฤทธิ์ดังกล่าว เช่น Glipizide</li> </ul>			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรบกวนยั้งจัดข้างของในเวลากลางวัน จึงควรเพิ่ม Atypical Antipsychotic เช่น Olanzapine ในตอนกลางวัน เพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย</li> </ul>			✓

## Plan

- ติดตามประวัติ BP, FBS และ Lipid profile ของผู้ป่วย เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาของผู้ป่วย
- เฝ้าระวัง Side effect จากการใช้ Gemfibrozil เช่น Myalgia, Rhabdomyolysis รวมถึงตรวจวัดระดับ LFTs เพื่อประเมินความเสี่ยงในการใช้ Gemfibrozil รวมถึงเฝ้าระวังการเกิด Orthostatic Hypotension ในผู้ป่วยรายนี้ด้วย

## กรณีศึกษาที่ 13

HN : 48 - 536                      ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 81 ปี  
 วินิจฉัย : Dementia (R/O Alzheimer's disease)

Visit Number : Unknown

Visit Date : 24/07/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีความจำทรุดลง มีอาการโกรธฉุนเฉียวเมื่อโดนขัดใจ นอนหลับดี มีประวัติเกิด Visual Hallucination ปัจจุบันไม่พบอาการดังกล่าว
- MMSE : 12/30                      วัดเมื่อ 19/10/48



- ADAS – cog : 35/70 วัดเมื่อ 19/12/48

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Dyslipidemia (Lipid profile ล่าสุดเมื่อวันที่ 21/07/49 ตรวจพบ LDL = 98, TG = 329)
- Angina pectoris ปัจจุบันใช้ Vastarel™ ป้องกันการเกิดอาการ

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Aricept™ 10 mg	1 x hs (continue)
2) Ebixa™ (Memantine) 10 mg	1 x เช้า , hs (continue)
3) Risperdal™ quicklet (Risperidone) 0.5 mg	1 x hs (continue)
4) Zeptal™ CR (Carbamazepine) 200 mg	½ x 2 (continue)
5) Vitamin E 400 mg	1 x เช้า (continue)
6) Vastarel MR (Trimetazidine)35 mg	1 x 2 (continue)
7) Lipitor™ (Atorvastatin) 10 mg	1 x เช้า, hs (OFF)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Aricept™ 10 mg	1 x hs
2) Ebixa™ (Memantine) 10 mg	1 x เช้า , hs
3) Risperdal™ quicklet (Risperidone) 0.5 mg	1 x hs
4) Zeptal™ CR (Carbamazepine) 200 mg	½ x 2
5) Vitamin E 400 mg	1 x เช้า
6) Vastarel MR (Trimetazidine)35 mg	1 x 2
7) Crestor™ (Rosuvastatin) 10 mg	1 x hs

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ดูแลอ้างว่า ผู้ป่วยมีความจำแยลง ปัจจุบันไม่สามารถคิดคำนวณเลขได้
- ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดจนเฉื่อยง่ายเมื่อโดนขัดใจ โดยในประวัติยาที่ใช้ นั้น ผู้ป่วยได้รับ Zeptal™ CR ในการรักษาอาการดังกล่าว อาจเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อยาต่ำ จึงทำให้ผลการรักษาไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร อาจพิจารณาเปลี่ยนหรือเพิ่มขนาดยาที่ใช้ เพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติ

- จากประวัติ Lipid profile ในวันที่ 21/07/49 ผู้ป่วยมี LDL = 98 และ TG = 329 โดยผู้ป่วยได้รับเพียงยาในกลุ่ม HMGCoA Reductase Inhibitors ที่เด่นในการลด LDL แต่มีผลลด TG ได้น้อย เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติ Angina pectoris ทำให้ LDL goal คือ น้อยกว่า 70 mg% จึงสมควรได้รับยาในกลุ่ม HMGCoA Reductase Inhibitors ร่วมกับยาในกลุ่ม Fibrates เช่น Gemfibrozil เพื่อลดระดับ TG ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่การได้ยาทั้ง 2 ชนิดร่วมกันจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด ADR ด้าน Myalgia และ Rhabdomyolysis จึงควรเฝ้าระวังการเกิดอาการดังกล่าวร่วมด้วย
- จากประวัติ ผู้ป่วยเดิมใช้ Lipitor™ 20 mg/day ก่อนจะเปลี่ยนมาใช้ Crestor™ 10 mg/day แทนในครั้งนี้นี้ ซึ่งจากการเทียบฤทธิ์ในการลดระดับ LDL ระหว่าง Lipitor™ และ Crestor™ แล้ว พบว่า Lipitor™ 20 mg/day จะมีฤทธิ์ลด LDL ได้เทียบเท่ากับ Crestor™ 5 mg/day (43% และ 45% ตามลำดับ) ดังนั้น ขนาด Crestor™ ที่ผู้ป่วยได้รับในครั้งนี้อาจสูงเกินไป ทำให้เพิ่มโอกาสการเกิด ADR เช่น Myalgia และ Rhabdomyolysis จึงควรลดขนาดยาที่ได้ลง

#### Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกตินอกเหนือจากอาการมึนงงเฉื่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่า หรือมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่ หากพบให้แจ้งแก่แพทย์และเภสัชกร เพื่อทำการปรับแผนการรักษาให้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืด จนอาจล้มพาดพื้นเกิดบาดเจ็บได้
- เมื่อผู้ป่วยมีอาการมึนงงเฉื่อย ให้ผู้ดูแลพยายามใช้วิธีเบี่ยงเบนประเด็น อย่าได้เถียงกับผู้ป่วย
- เนื่องจากผู้ดูแลมีความกังวลที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักเร็วกว่าที่คาดคิดไว้ จึงต้องให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล พร้อมทั้งอธิบายถึงลักษณะของโรคที่อาจทรุดลงได้ทุกเวลา

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt;400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากผู้ป่วยยังคงมีอาการฉุนเฉียว ควรเพิ่ม Mood Stabilizer เช่น Depakine™ CR เพื่อช่วยควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วย</li> </ul>			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับ TG สูงจึงควรเพิ่มยาในกลุ่ม Fibrates เช่น Gemfibrozil เพื่อช่วยลด TG</li> </ul>			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากเดิมผู้ป่วยใช้ Lipitor™ 20 mg/day เมื่อเปลี่ยนมาใช้ Crestor™ ควรจะได้รับในขนาด 5 mg/day จึงควรลดขนาด Crestor™ ที่ได้รับลง</li> </ul>			✓

## Plan

- ติดตามอาการฉุนเฉียวและพฤติกรรม
- เฝ้าระวังการเกิด Orthostatic hypotension ในผู้ป่วยรายนี้
- ติดตาม Lipid profile ดูการตอบสนองต่อการรักษา
- เฝ้าระวังการเกิด ADR จาก Crestor™ เช่น Myalgia, Rhabdomyolysis เป็นต้น และควรส่งผู้ป่วยเจาะเลือดตรวจ LFTs เพื่อประเมินความเสี่ยงจากการใช้

## กรณีศึกษาที่ 14

HN : 46 – 780	ผู้ป่วยหญิงไทยม่าย อายุ 77 ปี
วินิจฉัย : Vascular Dementia	

Visit Number : 10

Visit Date : 31/07/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีความจำคงเดิม พฤติกรรมต่าง ๆ ดีขึ้น เคยมีอาการหวาดระแวงกลัวคนทำร้ายและมีประวัติเดินหลงทางออกนอกบ้าน ปัจจุบันไม่พบอาการดังกล่าว ยังคงช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่พบอาการมือเท้าสั่น
- MMSE : 15/30                      วัดเมื่อ 19/10/48  
    14/30                      วัดเมื่อ 31/07/49
- ADAS – cog:37.99/70    วัดเมื่อ 26/12/48

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Hypertension (BP ปัจจุบัน = 139/59)
- เบาหวาน (ประวัติ FBS เมื่อวันที่19/10/48 = 153)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม		
1) Haldol™ (Haloperidol) 0.5 mg		1 x hs (continue)
2) Vitamin B complex		1 x 2 (continue)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้		
1) Haldol™ (Haloperidol) 0.5 mg		1 x hs

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- จากประวัติ ผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาในกลุ่ม Acetylcholinesterase Inhibitors เนื่องจากมีปัญหาทางด้านการเงิน จึงได้เพียง Haldol™ เพื่อปรับแก้ปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย
- จากประวัติ FBS ล่าสุด = 153 (เมื่อวันที่ 19/10/48) โดยปัจจุบันแพทย์ได้ให้ผู้ป่วยควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว เนื่องจากระดับน้ำตาลของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่สมควรได้ยาในการรักษา จึงอาจพิจารณาใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่สามารถเบิกจ่ายได้ เช่น Glibenclamide เพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาล

Intervention caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากยาที่ใช้ เช่น มือเท้าสั่น ปากสั่น หรือไม่ พร้อมแจ้งให้ทางแพทย์และเภสัชกรทราบเพื่อปรับแนวทางการรักษาให้ถูกต้อง

- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงวิธีปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด เช่น ลดอาหารรสหวานและเค็ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น
- เนื่องจากผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย จึงให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล อาจให้ผู้ดูแลหางานอดิเรกทำ เช่น ทำสวน ฟังธรรม เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น ให้ใช้วิธีเบี่ยงเบนประเด็นเมื่อผู้ป่วยไม่เชื่อฟังแทนการโต้เถียงกัน เป็นต้น

## Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากมีประวัติระดับ FBS ล่าสุดถึงวันที่ 19/10/48 จึงควรนำผู้ป่วยเจาะเลือดเพื่อวัด FBS เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดในปัจจุบันของผู้ป่วย</li> </ul>			✓

## Plan

- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่าเกิด EPS หรือไม่ พร้อมกับประเมินอาการทางจิตและพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีแนวโน้มเป็นเช่นไร
- ติดตามประวัติ FBS เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
- ติดตามความดันโลหิตของผู้ป่วยว่าสามารถควบคุมได้หรือไม่ หากควบคุมไม่ได้อาจพิจารณาเพิ่ม HCTZ เพื่อช่วยควบคุมความดันโลหิต

## กรณีศึกษาที่ 15

HN : 49 - 1433 ผู้ป่วยหญิงไทยม่าย อายุ 81 ปี  
 วินิจฉัย : Dementia (R/O Alzheimer's disease)

Visit Number : 3

Visit Date : 31/07/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยความจำดีขึ้น มีพฤติกรรมรื้อข้าวของเพราะหวาดระแวงกลัวของหาย นอนหลับดี
- MMSE :            17/30                    วัดเมื่อ 17/04/49  
                          22/30                    วัดเมื่อ 5/06/49

- ADAS – cog:31.33/70 วัดเมื่อ 14/02/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Hypertension (ไม่ทราบ BP ปัจจุบัน หยุดยาไประยะหนึ่งเนื่องจากแพทย์ที่ clinic ความจำสั่งหยุด)
- Dyslipidemia (ประวัติ Lipid profile ล่าสุดเมื่อวันที่ 11/04/49 ตรวจพบ CH = 216)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : มีประวัติแพ้ Penicillin

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Aricept™ 5 mg	1 x hs (OFF)
2) ASA gr.1	1 x เช้า (continue)
3) Vitamin E 400 mg	1 x OD (continue)
4) Folic acid 5 mg	1 x เช้า (continue)
5) Neurobion™	1 x 2 (continue)
6) Plendil™ (Felodipine) (ไม่ทราบ dose)	(continue)
7) Merislon™ (Betahistine)	1 x 3 ac (continue)
* หมายเหตุ ยารายการที่ 6 – 7 ได้รับจาก รพ.ธนบุรี เมื่อตอนเข้ารับการรักษาอาการ	
ความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน	
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Aricept™ 10 mg	1 x hs (start)
2) ASA gr.1	1 x เช้า
3) Vitamin E 400 mg	1 x OD
4) Folic acid 5 mg	1 x เช้า
5) Neurobion™	1 x 2
6) Motilium – M™ (Domperidone) 10 mg	1 x hs

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- เมื่อประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนหน้าการมาพบในครั้งนี้ ผู้ป่วยเกิดอาการอาเจียนและหมดสติเฉียบพลัน ผู้ดูแลจึงนำส่ง รพ. ธนบุรีเพื่อทำการรักษา ตรวจพบ BP = 180/100 อาจเกิด

จากผู้ป่วยได้หยุดใช้ยาลดความดันโลหิตไประยะหนึ่งตามที่แพทย์สั่ง จึงทำให้ไม่สามารถคุมความดันโลหิตไว้ได้ เป็นเหตุให้ความดันโลหิตสูงจนเกิดอาการดังกล่าว

- ในครั้งนี้ แพทย์ได้เพิ่มขนาดยา Aricept™ เป็น 10 mg/day ซึ่งอาจเพิ่มโอกาสเกิด ADR เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว นอนไม่หลับได้ ประกอบกับผู้ป่วยมีประวัติคลื่นไส้ อาเจียนอยู่แล้ว จึงต้องเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงดังกล่าวโดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่อาจเกิดเพิ่มขึ้นได้
- จากประวัติ Lipid profile เมื่อวันที่ 11/04/49 ตรวจพบ TC = 216 mg% จึงควรแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดให้แก่ผู้ป่วยด้วย

#### Intervention Caregiver

- เนื่องจากในครั้งนี้นักแพทย์ได้ทำการเพิ่มขนาดยา จึงให้ผู้ดูแลคอยสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติไปจากเดิม เช่น เกิดคลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว นอนไม่หลับ หรือไม่พร้อมแจ้งแพทย์และเภสัชกรทราบ เพื่อปรับแนวทางการรักษาให้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- แนะนำวิธีปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับไขมันและความดันโลหิตแก่ผู้ป่วย เช่น ควบคุมอาหารรสเค็ม อาหารมัน ของทอดรวมถึงอาหารที่ใส่ผงชูรส ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้ปลอดโปร่ง เป็นต้น
- ให้ความรู้ถึงความสำคัญของการใช้ยาลดความดันโลหิตตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน พร้อมทั้งเน้นย้ำว่าหากผู้ป่วยกลับมามีอาการผิดปกติอีก ให้รีบนำผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาโดยด่วน

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt;400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		

#### Plan

- ติดตามระดับ BP ของผู้ป่วยว่ามีการตอบสนองต่อยาที่ใช้หรือไม่บ้าง
- ติดตาม Lipid profile ของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง

- เฝ้าระวังการเกิด Side effect เนื่องจากการเพิ่มขนาด Aricept™ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว นอนไม่หลับ เป็นต้น

กรณีศึกษาที่ 16

HN : 49 - 3836 ผู้ป่วยหญิงไทยหย่าร้าง อายุ 76 ปี

วินิจฉัย : Alzheimer's disease

Visit Number : 2

Visit Date : 31/07/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม จำสิ่งใหม่ ๆ ไม่ได้ มีปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น เปิดปิดกระเป๋าค้าง ๆ นำเสื้อใช้แล้วมาใส่ เป็นต้น เคยมีประวัติหลงทางกลับไม่ถูก
- MMSE : 6/23 วัดเมื่อ 5/07/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Hypertension ( ไม่ทราบ BP ปัจจุบัน ยังไม่เคยได้รับยาลดความดันโลหิต)
- ข้อเข่าเสื่อม ปัจจุบันใช้ผ้าพันพยุงเข่า (Knee support)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1) Aricept™ 5 mg   | 1 x hs (OFF)      |
| 2) Trazodone 50 mg | 1 x hs (continue) |

ยาที่ได้รับในครั้งนี้

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 1) Aricept™ 10 mg  | 1 x hs (start)   |
| 2) Trazodone 50 mg | 1 x hs           |
| 3) HCTZ 50 mg      | ½ x เช้า (start) |

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ในครั้งนี้แพทย์ได้เพิ่มขนาดยา Aricept™ เป็น 10 mg/day ซึ่งอาจเพิ่มโอกาสการเกิด ADR เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว นอนไม่หลับได้ จึงต้องเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงดังกล่าว



- จากการสอบถาม ผู้ป่วยปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น เปิดปิดกระเป๋าซ้ำ ๆ นำเสื้อใช้แล้วมาใส่ เป็นต้น จึงควรได้รับ Antipsychotic เช่น Quetiapine เพื่อช่วยในปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยมีประวัติ Hypertension ไม่ทราบ BP ปัจจุบัน แต่ BP ที่วัดเมื่อวันที่ 5/07/49 เท่ากับ 169/85 ซึ่งควรได้รับยาลดความดันโลหิต ในครั้งนี้แพทย์ได้สั่งจ่าย HCTZ 25 mg/day จึงควรติดตามอาการของผู้ป่วยว่ายาที่ใช้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้หรือไม่ รวมทั้งผู้ป่วยเกิด ADR จาก HCTZ เช่น เบื่ออาหาร, Orthostatic hypotension, Hypokalemia เป็นต้น หรือไม่

#### Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใดบ้าง พร้อมแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบเพื่อปรับแนวทางการรักษาให้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ตะคริว หน้ามืด เป็นต้น เกิดขึ้นหรือไม่ หากพบให้แจ้งแก่แพทย์และเภสัชกรเพื่อปรับแนวทางการรักษาให้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- เนื่องจากบุตรสาวของผู้ป่วยมีการโต้เถียงกับผู้ป่วยในเรื่องการนำเสื้อใช้แล้วมาใส่ซ้ำ จึงต้องให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการด้านพฤติกรรมที่อาจพบได้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พร้อมแนะนำให้ผู้ดูแลปล่อยให้ผู้ป่วยได้ทำตามใจชอบไปก่อน ใช้การเบี่ยงเบนประเด็นให้ผู้ป่วยลืมเรื่องที่ได้เถียงกัน ไม่ควรโต้เถียงกับผู้ป่วย พร้อมกับแนะนำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำจิตใจให้สงบ ปล่อยวาง

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยยังคงมีอาการด้านพฤติกรรม เช่น เปิดปิดกระเป๋าบ่อย ๆ ใส่เสื้อที่ใช้แล้ว เป็นต้น จึงควรเพิ่ม Atypical Antipsychotic เช่น Seroquel™ เพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย</li> </ul>			✓

#### Plan

- ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปเช่นใดบ้าง



ยาเดิม (ต่อ)	
4) Aspent – M™ 60 mg	1 x เช้า (continue)
5) Vitamin B Complex	1 x 2 (continue)
6) Vitamin E 400 mg	1 x เช้า (continue)
7) Folic acid 5 mg	1 x เช้า (continue)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Exelon™ 4.5 mg	1 x 2
2) Vitamin E 400 mg	1 x เช้า
3) Folic acid 5 mg	1 x เช้า

#### ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- จากประวัติ ผู้ป่วยเคยได้รับ Exelon™ ถึง 6 mg x 2 (12 mg/day) แต่ผู้ป่วยเกิดคลื่นไส้อาเจียนมากจนทนไม่ได้ แพทย์จึงได้ลดขนาดยาลงมาเป็น 4.5 mg x 2 (9 mg/day) พบว่าผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการคลื่นไส้อาเจียนได้
- จากประวัติความดันโลหิตของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี (BP อยู่ในช่วงตั้งแต่ 152/71 ถึง 128/68) จึงต้องให้ความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตแก่ผู้ป่วย

#### Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หน้ามืด ปวดท้องรุนแรง มีจ้ำเลือดตามตัว เป็นต้น หรือไม่ พร้อมกับให้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นไร หากผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติต่าง ๆ ขึ้น ให้แจ้งแก่แพทย์และเภสัชกรเพื่อปรับแนวทางการรักษาให้ถูกต้อง
- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงวิธีปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด อาทิ ควบคุมอาหารรสหวานและเค็มรวมทั้งอาหารที่มีผงชูรส ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt;400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		

## Plan

- ติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใด หากมีอาการเลวลงหรือไม่ สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ อาจพิจารณาเพิ่ม Antipsychotics
- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่าเกิด ADR จาก Exelon™ หรือไม่ พร้อมกับประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการที่เกิดขึ้นหรือไม่ในกรณีที่เกิด ADR หากผู้ป่วยสามารถทนได้ อาจพิจารณาเพิ่มขนาด Exelon™ อีกครั้ง
- ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยาได้หรือไม่ หาก BP มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นควบคุมไม่ได้ อาจพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต

## กรณีศึกษาที่ 18

HN : 48 – 7094      ผู้ป่วยหญิงไทยเดี่ยว อายุ 59 ปี  
 วินิจฉัย : Alzheimer's disease

Visit Number : 1

Visit Date : 7/08/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยความจำคงเดิม เคยมีประวัติซึมเศร้าและมีอาการหวาดระแวงคิดว่าหลานสาวด่าตน ปัจจุบันไม่พบอาการดังกล่าว นอนหลับได้ดี
- MMSE : 21/30      วัดเมื่อ 7/08/49
- ADAS – cog:25.66/70      วัดเมื่อ 13/07/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Dyslipidemia (ประวัติ Lipid profile ล่าสุดเมื่อวันที่ 13/07/49 CH = 315, TG = 224)
- Allergic Rhinitis (มีประวัติใช้ Franol™ และ CPM ในการรักษา)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม

- 1) Seroquel™ (Quetiapine) 100 mg      1 x hs (continue)
- 2) Trazodone 50 mg      1 x hs (OFF)

ยาที่ได้รับในครั้งนี

1) Seroquel™ (Quetiapine) 100 mg      1 x hs

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- จากการสอบถามเพิ่มเติม ผู้ป่วยเคยมีอาการหน้ามืดตอนลุกจากที่นั่งเป็นบางครั้ง อาจเกิดจากฤทธิ์  $\alpha_1$  – Blocking effect ของ Seroquel™ และ Trazodone ร่วมกัน จึงควรเฝ้าระวังการเกิดอาการดังกล่าว รวมทั้งต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการดังกล่าวแก่ผู้ป่วย
- เมื่อเริ่มเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัว 48 kg ปัจจุบันผู้ป่วยมีน้ำหนัก 61 kg คาดว่าเกิดจากฤทธิ์ 5 – HT<sub>2</sub> Blocking effect ของ Seroquel™
- จากประวัติ Lipid profile ล่าสุดเมื่อวันที่ 13/07/49 ตรวจพบ TC และ TG = 315 และ 224 mg% ตามลำดับ โดยผู้ป่วยไม่เคยได้รับยาลดไขมันในเลือดมาก่อน จึงควรให้ความรู้ถึงวิธีปฏิบัติตนในการควบคุมไขมันแก่ผู้ป่วย และติดตามว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับไขมันได้หรือไม่
- จากการสอบถาม เมื่อน้ำมูกผู้ป่วยจะใช้ CPM ในการรักษาเป็นประจำ ซึ่งฤทธิ์ Anticholinergic effect ของ CPM จะขัดขวางการสร้างความจำจึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

Intervention Caregiver

- ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลถึงฤทธิ์ในการต้านการสร้างความจำของ CPM และยาที่มี Anticholinergic effect ตัวอื่น ๆ พร้อมทั้งแนะนำว่าหากมีน้ำมูกควรใช้ยาแก้แพ้ที่ไม่ทำให้ง่วง เช่น Loratadine
- เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติหน้ามืดเมื่อลุกจากที่นั่ง จึงให้คำแนะนำถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืด จนอาจล้มฟาดพื้นเกิดบาดเจ็บได้
- ให้คำแนะนำถึงข้อปฏิบัติในการควบคุมระดับไขมันในเลือด เช่น ควบคุมอาหารมันหรือของทอด ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น

Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากประวัติ lipid profile ล่าสุดเมื่อวันที่ 13/07/49 ตรวจพบ TC เท่ากับ 315 mg% จึงควรส่งผู้ป่วยตรวจ Lipid profile อีกครั้งในการมาพบครั้งต่อไป</li> </ul>			✓

## Plan

- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่ากลับมามีอาการซึมเศร้าหรือไม่ หากผู้ป่วยกลับมาซึมเศร้าอาจพิจารณาให้ Antidepressant อีกครั้ง
- ติดตามและประเมิน Lipid profile ของผู้ป่วยว่าสามารถควบคุมโดยไม่ใช้ยาได้หรือไม่ หากผู้ป่วยมีแนวโน้มไม่สามารถควบคุมระดับไขมันได้ อาจพิจารณาให้ยาลดระดับไขมันในเลือด
- ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลและผู้ป่วยหลังจากได้ให้ความรู้ถึงฤทธิ์ต้านการสร้างความจำของยาที่มี Anticholinergic Effect ว่ามีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด

## กรณีศึกษาที่ 19 (มี F/U)

HN : 47 – 1881      ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 64 ปี  
 วินิจฉัย : Dementia (R/O Vascular Dementia)

Visit Number : 1

Visit Date : 7/08/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมคิดช้า มีอาการซึม มีนงง วิดตกังวล กลัวการเข้าพบแพทย์ มีประวัติพูดเพ้อเจ้อ ฟุ้งซ่าน ปัจจุบันอาการดังกล่าวเป็นน้อยลง พบหลับตอนกลางวัน
- MMSE : 17/30      วัดเมื่อ 7/08/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Sinusitis (มีประวัติใช้ Decolgen™ ในการรักษา ปัจจุบันยังคงใช้อยู่)
- มีประวัติผ่าตัดไส้ติ่ง เมื่อประมาณครึ่งปีก่อนหน้ามาเข้ารับการรักษาที่ Clinic ความจำ

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

## ยาที่ใช้รักษา

ยาเดิม	
1) Fulox™ (Fluoxetine) 20 mg	1 x เช้า (continue)
2) D5 (Diazepam 5 mg)	1 x hs (OFF เมื่อยาหมด)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Depakine™ chrono (Sodium Valproate) 500 mg	½ x hs

## ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีอาการมึนงง ง่วงซึมในตอนกลางวัน คาดว่าอาจเกิดจากผู้ป่วยใช้ D5 ที่เป็น Substrate ของ CYP 2C19 ร่วมกับ Fulox™ ที่เป็น moderate CYP 2C19 Inhibitor จึงทำให้ระดับยา D5 สูงขึ้นและอยู่ในร่างกายนานขึ้น จากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยรับประทาน D5 ในช่วงเวลาประมาณ 4 ทุ่มของทุกคืน จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ D5 ให้เร็วขึ้น เพื่อลดอาการง่วงซึมในตอนกลางวัน
- จากการตรวจร่างกาย พบว่า BP = 145/65 ซึ่งอยู่ในระดับที่สมควรได้รับยา อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใหม่ของ Clinic ความจำ จึงไม่มีประวัติ BP เดิมว่า BP ของผู้ป่วยมีระดับสูงอยู่ตลอดหรือไม่ เนื่องจากการที่ค่า BP ในครั้งนี้สูงขึ้น อาจเกิดจากความวิตกกังวลกลัวการพบแพทย์ของผู้ป่วยก็เป็นได้
- จากการสอบถามเพิ่มเติม ผู้ป่วยเมื่อมีน้ำมูกจะใช้ Decolgen™ ในการรักษาและในปัจจุบันก็ยังคงใช้อยู่ ซึ่งฤทธิ์ Anticholinergic effect ใน Sedating Antihistamine ที่ผสมใน Decolgen™ จะขัดขวางการสร้างความจำจึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
- จากประวัติ ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับยาในกลุ่ม AChEIs โดยไม่ทราบสาเหตุที่ยังไม่ได้รับยา จึงควรหาสาเหตุดังกล่าว

## Intervention Caregiver

- แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทาน D5 เร็วขึ้นจากเดิม อาจจะใช้เมื่อเวลาประมาณ 1 – 2 ทุ่ม เพื่อลดอาการง่วงซึมในตอนกลางวัน พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลคอยสังเกตว่าหลังจากปรับเวลาการให้ยาแล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการดังกล่าวหรือไม่
- เนื่องจากตามปกติผู้ป่วยเป็นคนจัดยาตัวเอง และผู้ป่วยมีประวัติไม่ยอมรับประทานยา ผู้ดูแลจึงควรเป็นคนคอยจัดยาให้แก่ผู้ป่วยพร้อมกับคอยกำกับดูแลให้ผู้ป่วยใช้ยาตามที่ได้จัดเอาไว้

- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงฤทธิ์ในการต้านการสร้างความจำของ Decolgen™ และยาตัวอื่น ๆ ที่มี Anticholinergic effect พร้อมทั้งแนะนำว่าหากมีน้ำมูกควรใช้ยาแก้แพ้ที่ไม่ทำให้ง่วง เช่น Cetirizine
- เนื่องจากผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยและท้อในการดูแลผู้ป่วย จึงให้คำแนะนำ ให้ผู้ดูแลทำใจให้สงบ โดยอาจหางานอดิเรกทำ เช่น ทำสวน ฟังธรรม เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น

## Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยได้รับ D5 ที่เป็น Substrate ของ CYP 2C19 ร่วมกับ Fulox™ ที่เป็น moderate CYP 2C19 Inhibitor การใช้ร่วมกันทำให้ระดับยา D5 สูงขึ้นและอยู่ในร่างกายนานขึ้น จึงควรเปลี่ยนไปใช้ยาที่ไม่ผ่าน CYP2C19 เช่น Clonazepam แทน</li> </ul>			✓

## Plan

- ค้นหาเหตุที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาในกลุ่ม AChEIs
- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่ายังคงมีอาการง่วงซึมหลังจากปรับเวลาใช้ยาแล้วหรือไม่
- ติดตามประวัติ BP ของผู้ป่วยเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยาได้หรือไม่ หากมีแนวโน้มว่าไม่สามารถคุมได้ อาจพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต

Visit Number : 2

Visit Date : 11/09/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมคิดช้า อารมณ์สงบลง ไม่พบอาการวิตกกังวล มีประวัติพูดเพ้อเจ้อ ฟุ้งซ่าน ปัจจุบันเป็นน้อยลง พบหลับตอนกลางวัน ยังคงไม่ยอมรับประทานยา
- MMSE : 17/30                      วัดเมื่อ 7/08/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Sinusitis (มีประวัติใช้ Decolgen™ ในการรักษา ปัจจุบันไม่ได้ใช้ยา)
- มีประวัติผ่าตัดไส้ติ่ง

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติด



ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม		
1) Fulox™ (Fluoxetine) 20 mg		1 x เช้า (continue)
2) D5 (Diazepam 5 mg)		1 x hs (OFF)
3) Depakine™ chrono 500 mg (Sodium Valproate)		½ x hs (continue)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้		
1) Exelon™ 1.5 mg		1 x 2 (start)
2) Depakine™ chrono 500 mg (Sodium Valproate)		½ x hs

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ในครั้งก่อน ผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาในกลุ่ม AChEIs เนื่องจากต้องการเวลาตัดสินใจก่อน ในครั้งนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอมให้ยา แพทย์จึงสั่งจ่าย Exelon™ 1.5 mg x 2 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาเป็นครั้งแรก จึงต้องเฝ้าระวังการเกิด ADR จาก Exelon™ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น พร้อมกับประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทนต่อ Side Effect ที่เกิดขึ้นได้หรือไม่
- ผู้ป่วยอ้างว่า หลังจากรับประทานยาที่ใช้ก่อนนอนแล้ว เมื่อตื่นมาจะรู้สึกมึนงง คาดว่าเกิดจาก ADR ของยา Depakine™ chrono จากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยกินยาดังกล่าวในช่วงเวลาประมาณ 3 ทุ่มของทุกคืน จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยให้เร็วขึ้น เพื่อลดอาการ
- หลังจากที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้ถึงฤทธิ์ในการต้านการสร้างความจำของยาในกลุ่ม Sedating Antihistamine ปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้ใช้ Decolgen™ ในการลดน้ำมูกแล้ว

Intervention Caregiver

- ให้ความรู้ถึงอาการข้างเคียงที่อาจพบได้เมื่อใช้ยา Exelon™ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลคอยสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติไปจากเดิมหรือไม่อย่างไร แล้วแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้ถูกต้อง
- ให้ผู้ป่วยรับประทาน Depakine™ chrono เร็วขึ้นเป็นประมาณ 1 – 2 ทุ่ม เพื่อลดอาการมึนงงในตอนกลางวัน พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลคอยสังเกตว่าหลังจากปรับเวลารับประทานยาแล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการดังกล่าวหรือไม่
- เนื่องจากผู้ป่วยยังคงไม่ยอมรับรับประทานยา จึงแนะนำให้ผู้ดูแลคอยบอกให้ผู้ป่วยรับประทานยา โดยให้ใจเย็น ๆ อย่าใช้คำพูดในเชิงดูต่ำหรือตำหนิผู้ป่วย

- ให้ความรู้ถึงฤทธิ์ในการขัดขวางการสร้างความจำของยาแก้แพ้ที่ทำให้ง่วงอีกครั้ง

Intervention Prescriber

- ไม่มี

Plan

- ติดตามว่าผู้ป่วยเกิด Side effect จากการใช้ Exelon™ หรือไม่ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น พร้อมทั้งประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการที่เกิดขึ้นได้หรือไม่
- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่ายังคงมีอาการง่วงซึมหลังจากปรับเวลาใช้ยาแล้วหรือไม่

กรณีศึกษาที่ 20

HN : 47 – 5821      ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 80 ปี  
 วินิจฉัย : Dementia (R/O Alzheimer's disease)

Visit Number : 6

Visit Date : 7/08/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมมาก ไม่เคลื่อนไหว ไม่พูด พบอาการมือเท้าสั่นปากสั่นในขณะพัก มือเท้าบวมกดบวม มีประวัติหวัดระแวงกลัวคนทำร้าย และพบ Visual hallucination ปัจจุบันไม่พบอาการดังกล่าว
- MMSE :            11/30            วัดเมื่อ 12/09/48  
 \* ได้ทำการประเมิน MMSE อีกครั้งเมื่อวันที่ 7/08/49 แต่ผู้ป่วยไม่ยอมพูด
- ADAS – cog : 39.99/70 วัดเมื่อ 12/09/48

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Hypertension (BP ปัจจุบัน = 132/70)
- เบาหวาน (ประวัติ FBS ล่าสุดเมื่อวันที่ 30/08/48 เท่ากับ 104)
- ภาวะหัวใจโต

\* เดิมเคยเข้ารับการรักษาอาการดังกล่าวทั้งหมดที่ รพ. ศิริราช แต่เลิกไปรักษามาประมาณ 2 – 3 ปี

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม		
1) Exelon™ 6 mg		1 x 2 (continue)
2) Ebixa™ (Memantine) 10 mg		1 x เย็น (continue)
3) Trazodone 50 mg		1 x hs (continue)
4) Depakine™ chrono 500 mg (Sodium Valproate)		1 x 2 (continue)
5) Vitamin E 400 mg		1 x เช้า (OFF)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้		
1) Exelon™ 6 mg		1 x 2
2) Ebixa™ (Memantine) 10 mg		1 x เย็น
3) Trazodone 50 mg		1 x hs
4) Depakine™ chrono 500 mg (Sodium Valproate)		1 x 2

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีอาการซึม ไม่กระตือรือร้น ประกอบกับผู้ดูแลอ้างว่า เมื่อยาที่ใช้ก่อนนอนหมดก่อน มาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยจะมีอาการกระดึบกระแงงขึ้น จึงอาจเกิดจาก ADR ของ Depakine™ chrono จึงควรลดขนาด Depakine™ chrono ที่ผู้ป่วยได้รับ
- จากการตรวจร่างกาย พบ Pitting edema ที่มือและเท้าทั้ง 2 ข้าง โดยผู้ดูแลอ้างว่า อาการดังกล่าวเป็นมานานประมาณ 2 -3 เดือน จึงควรส่งเจาะเลือดตรวจระดับ Electrolyte
- ผู้ป่วยมีประวัติเป็น Hypertension, DM และ ภาวะหัวใจโต เดิมเคยเข้ารับการรักษาที่ รพ. ศิริราช แต่เลิกไปได้ราว 2 – 3 ปี จึงควรส่งตรวจค่าผล Lab ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น FBS, EKG เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคที่เป็นและวางแผนการรักษาต่อไปในอนาคต

Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการซึมมากในช่วงเวลาใดในแต่ละวัน และช่วงเวลาใดที่ผู้ป่วยดูกระดึบกระแงงขึ้น แล้วแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- ให้ผู้ดูแลสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้องรุนแรง หรือมีจ้ำเลือดตามตัวหรือไม่

Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเบาหวานโดยไม่ได้ตรวจ FBS มาเป็นเวลานานและพบ pitting edema ที่มือและเท้าของผู้ป่วย จึงควรส่งผู้ป่วยเจาะเลือดตรวจระดับ FBS และ Electrolyte เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย</li> </ul>			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการซึม ไม่กระตือรือร้น จึงควรลดขนาด Depakine™ chrono ลง เพื่อลดอาการดังกล่าว</li> </ul>			✓

#### Plan

- ติดตามอาการร่งวงซึมของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง
- ฝ้าระวังการเกิด Orthostatic hypotension
- ติดตาม FBS, Electrolyte, BP และ EKG เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และวางแผนการรักษาต่อไปในอนาคต

#### กรณีศึกษาที่ 21

HN : 48 – 2406      ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 72 ปี

วินิจฉัย : Frontotemporal Dementia

Visit Number : 5

Visit Date : 7/08/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยพูดไม่ได้แต่ยังสามารถแสดงอารมณ์จากการแสดงออกได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เอง นอนไม่หลับหากไม่ได้รับประทานยา มีอาการหวาดระแวงกลัวว่าอาหารและยามีพิษ
  - ผู้ป่วยไม่สามารถทำแบบประเมินต่าง ๆ ได้ เนื่องจากไม่สามารถพูดตอบคำถามได้
- โรคอื่นที่เป็นร่วม :
- เบาหวาน (เคยมีประวัติเกิด Hypoglycemia)

- มีประวัติผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ปัจจุบันต้องต่อท่อที่คอ ไม่สามารถพูดได้

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Seroquel™ (Quetiapine) 25 mg	1 x hs (continue)
2) Trazodone 100 mg	3 x hs (continue)
3) Depakine™ chrono 500 mg (Sodium Valproate)	1 x 2 (continue)
4) Metformin 500 mg	1 x เช้า (continue)
5) HCTZ 50 mg	½ x เช้า (continue)
6) Enaril™ (Enalapril) 20 mg	1 x เช้า (continue)
7) Isordil™ (Isosorbide dinitrate) 10 mg	1 x 3 (continue)
8) ASA gr. I	1 x เช้า (continue)
9) Herbessor™ SR (Diltiazem) 40 mg	1 x เช้า (continue)
10) Bestatin™ (Simvastatin) 10 mg	1 x hs (continue)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
ยาเดิมทุกรายการ	

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงกลัวว่าอาหารและยามีพิษจึงไม่ยอมรับประทานยา จึงต้องให้ ผู้ดูแลอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาไม่มีพิษเพื่อให้ผู้ป่วยยอมใช้ยา
- จากการสอบถาม ผู้ป่วยมีจำเลือดตามตัว ฉีกขาดง่ายหากได้รับความกระทบกระเทือน คาดว่าเกิดจาก ADR ของ Depakine™ chrono และ ASA จึงควรเฝ้าระวังอาการของ ผู้ป่วย หากอาการไม่ดีขึ้นอาจพิจารณาลดขนาด Depakine™ chrono
- ผู้ป่วยได้รับ Trazodone 100 mg 3 x hs ร่วมกับ Seroquel™ 25 mg 1 x hs ซึ่งยาทั้ง 2 ชนิดสามารถทำให้เกิด Hypotension ได้ โดยเฉพาะเมื่อได้รับร่วมกับยาลดความดันโลหิต เนื่องจากผู้ป่วยไม่สะดวกเดินทางมารับการตรวจร่างกายจึงไม่ทราบ BP ของผู้ป่วย จึงไม่สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยเกิด Hypotension หรือไม่ จึงควรให้ผู้ดูแลคอยสังเกตอาการ ของผู้ป่วยว่ามีอาการหน้ามืดบ้างหรือไม่

- ผู้ป่วยได้รับ Herbessor™ ซึ่งเป็น Moderate CYP 3A4 Inhibitor ร่วมกับ Bestatin™ ซึ่งเป็น Substrate ของ CYP 3A4 การให้ร่วมกันจะทำให้ระดับยา Bestatin™ เพิ่มสูงขึ้นจนเพิ่มโอกาสการเกิด Side effect จาก Bestatin™ เช่น Myalgia, Rhabdomyolysis เป็นต้น จึงควรเฝ้าระวังการเกิดอาการดังกล่าวในผู้ป่วยรายนี้

#### Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือไม่ รวมถึงให้สังเกตอาการจำเลือดตามตัวของผู้ป่วยว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใด พร้อมแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบเพื่อปรับแผนการรักษาให้ถูกต้อง
- เนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ผู้ดูแลจึงควรอธิบายอย่างใจเย็นให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาไม่มีพิษ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมใช้ยา

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยได้รับ Herbessor™ ร่วมกับ Bestatin™ ซึ่ง การให้ร่วมกันจะทำให้ระดับยา Bestatin™ เพิ่มสูงขึ้นจนเพิ่มโอกาสการเกิด ADR จาก Bestatin™ เช่น Rhabdomyolysis, Myalgia เป็นต้น จึงควรส่งผู้ป่วยเจาะเลือดตรวจ LFTs เพื่อดูว่าเกิด ADR จาก Bestatin™ หรือไม่</li> </ul>	✓		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยได้รับ Herbessor™ ร่วมกับ Seroquel™ ซึ่ง การให้ร่วมกันจะทำให้ระดับยา Seroquel™ เพิ่มสูงขึ้นจนเพิ่มโอกาสการเกิด ADR จาก Seroquel™ เช่น Orthostatic hypotension, น้ำหนักเพิ่ม เป็นต้น จึงควรเฝ้าระวังการเกิดอาการดังกล่าว</li> </ul>			✓

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากผู้ป่วยเกิดจ้ำเลือดตามผิวหนัง คาดว่าเกิดจาก Depakine™ chrono จึง ควรลดขนาด Depakine™ chrono ลง เพื่อลดอาการดังกล่าว</li> </ul>			✓

#### Plan

- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่าเกิดอาการผิดปกติ เช่น Orthostatic Hypotension หรือไม่ หากเกิดขึ้นอาจพิจารณาลดขนาดยา Trazodone ลง พร้อมติดตามประวัติ BP ของผู้ป่วย เพื่อประเมินความเหมาะสมในการได้รับยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วย
- ติดตามว่าผู้ป่วยเกิด ADR จาก Bestatin™ เช่น Myalgia, Rhabdomyolysis หรือไม่ หากเกิดขึ้นอาจพิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นที่ไม่ผ่าน CYP 3A4 เช่น Fluvastatin, Rosuvastatin
- ติดตามอาการจ้ำเลือดตามตัวว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใด

#### กรณีศึกษาที่ 22

HN : 47 – 2303 ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 76 ปี  
 วินิจฉัย : Hypoxia – induced Memory Impairment

Visit Number : Unknown

Visit Date : 21/08/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีความจำดีขึ้น มีพฤติกรรมต่าง ๆ ดีขึ้น ยังคงมีอาการหวาดระแวงและพูดซ้ำวกไปวนมา พบนอนหลับตอนกลางวัน
- MMSE : 26/30 วัดเมื่อ 17/10/48
- ADAS – cog:13.99/70 วัดเมื่อ 17/10/48

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Hypertension (BP ปัจจุบัน = 110/71)
- COPD รับประทาน รพ. ศรีราชา

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Seroquel™ (Quetiapine) 25 mg	1 x hs (OFF)
2) Trazodone 50 mg	2 x hs (continue)
3) Zoloft™ (Sertraline) 50 mg	½ x hs (continue)
4) Clonazepam 2 mg	½ x prn hs (OFF)
5) Anapril™ (Enalapril) 5 mg	1 x เช้า, เย็น (continue)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Seroquel™ (Quetiapine) 100 mg	½ x hs
2) Trazodone 50 mg	2 x hs
3) Zoloft™ (Sertraline) 50 mg	½ x hs

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- จากการสอบถาม ผู้ป่วยมีประวัติหน้ามืดเมื่อลุกจากที่นอนเป็นบางครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับ Seroquel™ และ Trazodone ซึ่งยาทั้ง 2 ชนิดต่างก็มี  $\alpha_1$ -Blocking effect จึงทำให้ความดันโลหิตลดลงจนอาจเกิด Orthostatic hypotension ได้ ประกอบกับผู้ป่วยได้รับ Zoloft™ ซึ่งเป็น Moderate CYP2D6 Inhibitor เมื่อได้รับร่วมกับ Trazodone ซึ่งเป็น Substrate ของ CYP2D6 อาจทำให้ระดับ Trazodone ในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น จนเพิ่มโอกาสเกิด Side effect ได้ จึงควรเฝ้าระวังการเกิด Orthostatic hypotension รวมถึงให้คำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงอาการดังกล่าวแก่ผู้ดูแล
- จากประวัติ ผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาในกลุ่ม AChEIs โดยไม่ทราบสาเหตุที่ยังไม่ได้รับยา จึงควรค้นหาสาเหตุดังกล่าว
- จากการสอบถามเพิ่มเติม ผู้ป่วยมีประวัติใช้ Antihistamine เป็นประจำ หลังจากได้รับความรู้จากแพทย์และเภสัชกรถึงฤทธิ์ต้านการสร้างความจำของยาในกลุ่ม Sedating Antihistamine แล้ว ผู้ป่วยก็มีการใช้ที่น้อยลง แต่ยังคงใช้อยู่ จึงควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เข้าใจอีกครั้งหนึ่ง
- เนื่องจากได้ทำการประเมิน Cognition ของผู้ป่วยครั้งล่าสุดประมาณ 1 ปีที่แล้ว จึงควรประเมิน Cognition ของผู้ป่วยอีกครั้งเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความจำเปลี่ยนแปลงไปเช่นใด



## Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตว่าหลังจากเปลี่ยนขนาดยาที่ใช้แล้ว ผู้ป่วยยังคงมีอาการหน้ามืดเมื่อลุกจากที่นอนหรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืด จนอาจล้มพาดพื้นเกิดบาดเจ็บได้
- ให้ผู้ดูแลสังเกตว่าผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น ง่วงซึมผิดปกติในตอนกลางวัน น้ำหนักตัวเพิ่มโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น หรือไม่ พร้อมแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- เน้นย้ำถึงฤทธิ์ต้านการสร้างความจำของยาแก้แพ้ที่ทำให้ง่วงและยาตัวอื่น ๆ ที่มี Anticholinergic effect อีกครั้งหนึ่ง พร้อมทั้งแนะนำให้หากจะใช้ยาแก้แพ้ควรใช้ยาที่ไม่ทำให้ง่วง เช่น Loratadine

## Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ป่วยได้รับ Zoloft™ ร่วมกับ Trazodone ซึ่งอาจทำให้ระดับ Trazodone ในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น จนเพิ่มโอกาสเกิด ADR เช่น Orthostatic hypotension ได้ จึงควรเปลี่ยนไปใช้ SSRIs ที่ไม่ Inhibit CYP2D6 เช่น Fluvoxamine</li> </ul>			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากได้ทำการประเมิน Cognition ของผู้ป่วยครั้งล่าสุดเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา จึงควรประเมิน Cognition ของผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา</li> </ul>			✓

## Plan

- ค้นหาสาเหตุที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาในกลุ่ม AChEIs
- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่ายังคงเกิด Orthostatic hypotension หลังจากเปลี่ยนขนาดยาหรือไม่ รวมทั้งติดตามว่าเกิด ADR อื่น ๆ หรือไม่

- ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับยาที่ดำเนินการสร้างความจำว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องมากน้อยเพียงใด

### กรณีศึกษาที่ 23

HN : 46 – 0720 ผู้ป่วยหญิงไทยม่าย อายุ 70 ปี

วินิจฉัย : Dementia (R/O Alzheimer's disease)

Visit Number : 6

Visit Date : 21/08/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีความจำคงที่ พบพฤติกรรมเก็บข้าวของลดลง ยังคงมีอาการงุนงงในช่วงบ่ายสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แต่ผู้ดูแลต้องคอยกำกับจึงยอมทำ นอนหลับดี
- MMSE : 7/30                                      วัดเมื่อ 10/10/48  
7/30    วัดเมื่อ 21/08/49
- ADAS – cog : 43/70                             วัดเมื่อ 10/10/48

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Peptic ulcer disease

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1) Exelon™ 4.5 mg                          | 1 x 2 (OFF)         |
| 2) Oxsac™ (Fluoxetine) 20 mg               | 1 x เช้า (continue) |
| 3) Trazodone 50 mg                         | ½ x hs (continue)   |
| 4) CPM 4 mg                                | (เริ่มใช้ไป 1 เม็ด) |
| 5) Dextromethorphan (ไม่ทราบdose)          | (continue)          |
| 6) Senokot™ (Sennosides A&B) (ไม่ทราบdose) | (continue)          |
| 7) Flatulence™ (ไม่ทราบdose)               | (continue)          |

## ยาที่ได้รับในครั้งนี

- |                              |               |
|------------------------------|---------------|
| 1) Exelon™ 6 mg              | 1 x 2 (start) |
| 2) Oxsac™ (Fluoxetine) 20 mg | 1 x เช้า      |

## ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- จากการสอบถาม ผู้ป่วยมีอาการวุ่นวาย จัดข้าวของมากในช่วงบ่าย จึงควรเพิ่ม Antipsychotic เช่น Seroquel™ ในช่วงกลางวัน เพื่อควบคุมอาการดังกล่าว
- จากการสอบถามเพิ่มเติม ผู้ป่วยมีประวัติหน้ามืดเมื่อลุกจากที่กะทันหัน คาดว่าเกิดจาก ADR ของ Trazodone จึงควรเฝ้าระวังการเกิดอาการดังกล่าวซ้ำอีกในผู้ป่วยรายนี้
- ผู้ป่วยเป็นหวัดมีน้ำมูกและเสมหะ ได้ใช้ CPM 4 mg ไป 1 เม็ดก่อนมาพบแพทย์ในครั้งนี เนื่องจาก CPM มี Anticholinergic effect ซึ่งไปต้านการสร้างความจำ จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
- เนื่องจากในครั้งนีแพทย์ได้เพิ่มขนาดยา Exelon™ จาก 4.5 mg 1 x 2 (9 mg/day) เป็น 6 mg 1 x 2 (12 mg/day) ซึ่งอาจเพิ่มโอกาสเกิด ADR เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จึงควรเฝ้าระวังการเกิดอาการดังกล่าว
- จากการวัด BP ในครั้งนีมีค่าเท่ากับ 149/85 จากการสอบถาม ผู้ป่วยได้มีการใช้ผลิตภัณฑ์ โสมสกัด โดยเริ่มใช้ไป 2 เม็ด ซึ่งโสมสามารถเพิ่มความดันโลหิตให้สูงขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่ทราบประวัติ BP ที่ผ่านมาจึงไม่อาจประเมินได้ว่าที่ผู้ป่วยมี BP สูงในครั้งนี เกิดจากโสมหรือผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงเดิมอยู่แล้ว

## Intervention Caregiver

- ให้ความรู้ถึงอาการข้างเคียงที่อาจพบจากการใช้ Exelon™ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลคอยสังเกตและรายงานว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ดังกล่าวเกิดขึ้นหรือไม่
- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตว่าผู้ป่วยยังคงเกิดอาการหน้ามืดเมื่อลุกจากที่กะทันหันอยู่หรือไม่ พร้อมแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้ถูกต้องตามอาการ
- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงฤทธิ์ต้านการสร้างความจำของ CPM และยาที่มี Anticholinergic effect ตัวอื่น ๆ พร้อมแนะนำว่าหากผู้ป่วยมีน้ำมูกควรใช้ยาแก้แพ้ที่ไม่ทำให้ง่วง เช่น Loratadine

- ให้ความรู้ถึงฤทธิ์ในการเพิ่มความดันโลหิตของโสม พร้อมแนะนำให้ผู้ป่วยใช้อย่างระมัดระวัง และหากเกิดอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะเฉียบพลัน หน้ามืด เป็นต้น ควรหยุดใช้แล้วปรึกษาแพทย์
- เนื่องจากผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย จึงแนะนำให้ผู้ดูแลพยายามใช้วิธีการเบี่ยงเบนประเด็น อย่าได้เถียงกับผู้ป่วย รอให้ผู้ป่วยลืมเรื่องที่ขัดแย้งกันไปเอง พร้อมทั้งผู้ดูแลอาจหางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ เพื่อคลายความเครียดลง

## Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงจัดซ้ำของมากในช่วงบ่าย จึงควรเพิ่ม Atypical Antipsychotic เช่น Seroquel™ ในตอนกลางวัน เพื่อควบคุมพฤติกรรม</li> </ul>			✓

## Plan

- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่าเกิด ADR จาก Exelon™ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น หรือไม่ พร้อมทั้งประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการดังกล่าวได้หรือไม่ หากผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ อาจพิจารณาลดขนาด Exelon™ ลง
- ติดตามอาการของผู้ป่วยว่ายังคงเกิด Orthostatic hypotension หรือไม่
- ติดตามประวัติ BP ของผู้ป่วยว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยาได้หรือไม่ หากมีแนวโน้มไม่สามารถควบคุมได้ อาจพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต
- ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังจากได้ให้ความรู้ถึงฤทธิ์ด้านการสร้างความจำของยาที่มี Anticholinergic effect ว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องมากน้อยเพียงใด

## กรณีศึกษาที่ 24

HN : 48 – 3019      ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 60 ปี  
 วินิจฉัย : Dementia (R/O Frontotemporal Dementia)

Visit Number : 6

Visit Date : 21/08/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีความจำคงเดิม พบ Echolalia มีอารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ มีประวัติ Wandering นอนหลับได้
- MMSE : 12/30                      วัดเมื่อ 18/11/48
- ADAS-cog : 40.66/70            วัดเมื่อ 18/11/48

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น ๆ

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Fulox™ (Fluoxetine) 20 mg	2 x เช้า (continue)
2) Hydergine™ FAS 4.5 mg	1 x เช้า (OFF)
(Co – Dergocrine Mesylate)	
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Fulox™ (Fluoxetine) 20 mg	2 x เช้า

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีอาการ Echolalia จะคอยพูดตามคำพูดของผู้อื่นซ้ำ ๆ และมีประวัติเดินออกนอกบ้านทุกเช้า โดยผู้ป่วยได้รับ Fulox™ 20 mg 2 x เช้า อาจเป็นไปได้ที่ขนาดของ Fulox™ ไม่เพียงพอในการควบคุมอาการทางพฤติกรรมของผู้ป่วยรายนี้ จึงควรเพิ่มขนาด Fulox™
- ผู้ป่วยได้รับการประเมิน Cognition ครั้งล่าสุดเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา จึงควรประเมิน Cognition ของผู้ป่วยใหม่อีกครั้ง เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมี Cognition เปลี่ยนแปลงไปหลังจากได้รับการรักษาแล้วหรือไม่อย่างไร
- จากการสอบถามผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น ๆ แต่จากผล Lab เมื่อวันที่ 18/11/48 พบ Total Cholesterol = 238 mg% จึงควรแนะนำวิธีปฏิบัติตนเพื่อควบคุมไขมันในเลือดแก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งผู้ป่วยเจาะเลือดวัดระดับ Lipid Profile เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสมควรได้รับยาลดระดับไขมันในเลือดแล้วหรือไม่
- ในครั้งนี้แพทย์ได้หยุดการใช้ Hydergine™ FAS เนื่องจากไม่มีประโยชน์ในการรักษาในผู้ป่วยรายนี้

- จากการสอบถาม ผู้ป่วยมีประวัติใช้ยาแก้หวัด ซึ่งมี Sedating Antihistamine ที่ผสมอยู่ ซึ่งมี Anticholinergic effect ซึ่งจะไปขัดขวางการสร้างความจำ จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

#### Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตอาการทางพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น พุดตามคำพูดของผู้อื่นซ้ำ ๆ เดินออกนอกบ้าน เป็นต้น ว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงไปเช่นไร พร้อมแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- ให้ความรู้ถึงวิธีปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด เช่น ลดอาหารมัน อาหารทอด ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น
- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงฤทธิ์ในการต้านการสร้างความจำของยาแก้หวัดลดน้ำมูก และยาตัวอื่น ที่มี Anticholinergic effect พร้อมทั้งแนะนำให้หากมีน้ำมูกควรใช้ยาแก้แพ้ที่ไม่ทำให้ง่วง เช่น Loratadine

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
● เนื่องจากผู้ป่วยยังคงมีอาการ Echolalia จึงควรเพิ่มขนาด Fulox™ เพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมดังกล่าว			✓
● เนื่องจากได้ทำการประเมิน Cognition ของผู้ป่วยครั้งล่าสุดเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา จึงควรประเมิน Cognition ของผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาเช่นใดบ้าง			✓

#### Plan

- ทำการประเมิน Cognition ของผู้ป่วยซ้ำอีกครั้ง เพื่อประเมินการตอบสนองในการรักษาของผู้ป่วย
- ติดตามประวัติ Lipid Profile ของผู้ป่วยว่ามีแนวโน้มเช่นใด หากมีระดับสูงมาก อาจพิจารณาให้ยาลดระดับไขมันในเลือด
- ประเมินอาการด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีแนวโน้มเช่นใด

- ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลหลังจากได้ให้ความรู้ถึงฤทธิ์ในการต้านความจำของยาที่มี Anticholinergic effect ว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องมากน้อยเพียงใด

กรณีศึกษาที่ 25

HN : 49 – 3053      ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 78 ปี  
 วินิจฉัย : Dementia (R/O Alzheimer's disease)

Visit Number : 3

Visit Date : 21/08/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น มีอาการนอนไม่หลับ ผื่นร้าย พุดเพื่อเจอซ้ำ ๆ พบเดินเพ่นพ่านออกนอกบ้าน
- MMSE :            11/23            วัดเมื่อ 19/06/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Hypertension (BP ปัจจุบัน = 102/69 รับการรักษาที่ รพ. จักรพงษ์)
- ข้อเข่าเสื่อม ปัจจุบันใช้ Celebrex™ เมื่อมีอาการปวด

ประวัติการใช้สารเสพติด : มีประวัติสูบบุหรี่

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม

- |  |                   |
|--|-------------------|
| 1) Aricept™ 5 mg                       | 1 x hs (OFF)      |
| 2) Haldol™ (Haloperidol) 2 mg          | 1 x hs (OFF)      |
| 3) Benztropine 2 mg                    | 1 x เช้า (OFF)    |
| 4) Vitamin E 400 mg                    | 1 x เช้า (OFF)    |
| 5) Blopress™ (Candesartan)             | 1 x OD (continue) |
| 6) Viartril – S™ 1500 mg (Glucosamine) | (continue)        |

ยาที่ได้รับในครั้งนี้

- |   |            |
|---|------------|
| 1) Aricept™ 10 mg                             | 1 x hs     |
| 2) Trazodone 50 mg                            | ½ x prn hs |
| 3) Depakine™ chrono 500 mg (Sodium Valproate) | 1 x hs     |

ยาที่ได้รับในครั้งนี (ต่อ)	
4) Folic acid 5 mg	1 x เช้า
5) Baby ASA	1 x เช้า

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีประวัติใช้ Haldol™ ในขนาด 2 mg/day ในครั้งนี้แพทย์ได้หยุดการใช้ Haldol™ เนื่องจากผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีอาการเดินเพ่นพ่านอยู่ จึงไม่ควรหยุดการใช้ Haldol™ ทันที แต่ควรค่อย ๆ ลดขนาดยาลง ร่วมกับเพิ่ม Atypical Antipsychotic เช่น Quetiapine เพื่อควบคุมอาการด้านพฤติกรรมไม่ให้เป็นมากขึ้น
- ผู้ป่วยมีประวัติใช้ Benztropine ซึ่งเป็นยาที่มี Anticholinergic effect สูงและมีฤทธิ์ด้านการสร้างความจำจึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ในครั้งนี้แพทย์ได้หยุดการใช้ Benztropine ทันที ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิด Cholinergic rebound ซึ่งจะมีอาการเช่น หัวใจเต้นช้าลง หงุดหงิด เป็นต้น จึงไม่ควรหยุดการใช้ Benztropine ทันที แต่ควรค่อย ๆ ลดขนาดยาลง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว
- เนื่องจากในครั้งนีแพทย์ได้ทำการเพิ่มขนาดยา Aricept™ เป็น 10 mg/day ซึ่งเพิ่มโอกาสการเกิด ADR เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ตะคริว เป็นต้น ประกอบกับผู้ป่วยมีประวัตินอนไม่หลับเดิมอยู่แล้ว จึงควรเปลี่ยนมาให้ผู้ป่วยรับประทาน Aricept™ ในตอนเช้าแทน เพื่อลดการเกิดอาการดังกล่าว พร้อมกับเฝ้าระวังการเกิด ADR อื่น ๆ ด้วย
- ในครั้งนี้แพทย์ได้เพิ่มยา Trazodone ในขนาด 25 mg/day เพื่อช่วยอาการนอนไม่หลับ อย่างไรก็ตาม Trazodone มี  $\alpha_1$ -blocking effect ซึ่งทำให้เกิด ADR เช่น Orthostatic hypotension เป็นต้น จึงควรเฝ้าระวังการเกิดอาการดังกล่าวในผู้ป่วยรายนี้
- ผู้ป่วยมีประวัติเคยใช้ Tanakan™ ปัจจุบันเลิกใช้ไปแล้ว เนื่องจาก Tanakan™ มี ADR ที่สำคัญคือ bleeding จึงต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลแล้วว่าหากจะกลับมาใช้อีกต้องระวังอาการดังกล่าว
- จากการสอบถาม ผู้ป่วยมีประวัติใช้ยาแก้หวัดลดน้ำมูก เวลามีน้ำมูกเป็นประจำ เนื่องจาก CPM ที่ผสมอยู่ในยาแก้หวัดมี Anticholinergic effect ซึ่งขัดขวางการสร้างความจำ จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
- จากการสอบถาม ผู้ดูแลเคยใช้ ยาแก้ปวดที่ผสม Orphenadrine ร่วมกับ Celebrex™ เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดเข่า เนื่องจาก Orphenadrine มี Anticholinergic effect ซึ่งขัดขวางการสร้างความจำ จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม



- จากการตรวจสอบประวัติ Lipid Profile ล่าสุดเมื่อวันที่ 13/06/49 ผู้ป่วยมี LDL = 172 mg% ซึ่งอยู่ในระดับที่สมควรได้ยาลดไขมันในเลือด จึงควรเพิ่มยาในกลุ่ม HMG-coA Reductase Inhibitor เช่น Simvastatin ร่วมกับให้ความรู้ถึงวิธีปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด

#### Intervention Caregiver

- ให้ความรู้ถึงอาการข้างเคียงที่อาจพบเมื่อใช้ Aricept™ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ตะคริว เป็นต้น พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการผิดปกติดังกล่าวหรือไม่ แล้วแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- แนะนำให้ใช้ Aricept™ ในตอนเช้า เพื่อลดอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย
- ให้ผู้ดูแลสังเกตอาการด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น เดินเพ่นพ่าน พฤติกรรมก้าวร้าว หลังจากปรับเปลี่ยนยาที่ใช้ว่ามีเปลี่ยนแปลงหรือไม่ รวมทั้งให้สังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดมากกว่าปกติหรือไม่ แล้วแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- ให้ความรู้ถึงฤทธิ์ด้านการสร้างความจำของยาแก้หวัด, ยาแก้ปวดเมื่อย และยาตัวอื่น ๆ ที่มี Anticholinergic effect รวมถึงแนะนำยาที่ควรใช้แทนยาดังกล่าว เช่น Loratadine , Mydocalm™ เป็นต้น
- ให้ความรู้ถึงอาการข้างเคียงของ Tanakan™ เช่น ทำให้เลือดออกได้ง่าย เป็นต้น และแนะนำว่าหากจะกลับมาใช้อีกครั้งก็ควรระวังการเกิดอาการดังกล่าวแก่ผู้ป่วย
- อธิบายวิธีปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด เช่น ลดอาหารมัน อาหารทอด ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พร้อมทั้งแนะนำท่าออกกำลังกายที่ไม่เป็นภาระต่อหัวเข่าแก่ผู้ป่วย

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT yet Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt;400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT yet Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากการหยุดใช้ Haldol™ ทั้งนี้ อาจทำให้อาการด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยลดลง จึงควรค่อย ๆ ลดขนาด Haldol™ อย่างช้า ๆ พร้อมกับให้ Atypical Antipsychotic เช่น Seroquel™ เพื่อควบคุมอาการ</li> </ul>			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากการหยุด Benztropine ทั้งนี้ อาจทำให้เกิด Cholinergic rebound ซึ่งจะมีอาการเช่น หัวใจเต้นช้า หงุดหงิด เป็นต้น จึงควรค่อย ๆ ลดขนาดยาลงช้า ๆ</li> </ul>			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ป่วยมี LDL = 172 mg% ซึ่งอยู่ในระดับที่สมควรได้ยาลดไขมันในเลือด จึงควรเพิ่มยากลุ่ม HMG - CoA Reductase Inhibitor เช่น Simvastatin</li> </ul>			✓

#### Plan

- เผื่อระวังการเกิด ADR จาก Aricept™ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว นอนไม่หลับ พร้อมประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการที่เกิดขึ้นได้หรือไม่
- ติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจากหยุด Benztropine ว่ามีอาการผิดปกติ เช่น หงุดหงิดเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นช้าลง หรือไม่ หากผู้ป่วยเกิดอาการดังกล่าว ควรให้ Benztropine ขนาดต่ำ ๆ แก่ผู้ป่วยเพื่อลดอาการดังกล่าวก่อนจะค่อย ๆ หยุดการใช้ต่อไปในอนาคต
- ติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังจากหยุด Haldol™ ว่าเปลี่ยนแปลงไปเช่นใด พร้อมทั้งให้ Atypical Antipsychotic เช่น Seroquel™ เพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย
- เผื่อระวังการเกิด ADR จาก Trazodone เช่น Orthostatic Hypotension
- ติดตาม lipid profile ของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร
- ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลหลังจากได้รับความรู้ถึงฤทธิ์ด้านการสร้างความจำของยาที่มี Anticholinergic effect ว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องมากน้อยเพียงใด

## กรณีศึกษาที่ 26

HN : 48 - 3122      ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี  
 วินิจฉัย : Dementia (R/O Dementia with Lewy's Body)

Visit Number : 8      Visit Date : 21/08/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีความจำคงเดิม มีอาการพูดจาเลอะเลือน ไม่ค่อยอาบน้ำต้องเตือนจึงยอมอาบน้ำ
- MMSE : 13/23      วัดเมื่อ 13/06/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Hypertension (BP ล่าสุด = 133/70 วัดเมื่อ 15/05/49)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม

- |                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1) Aricept™ 10 mg             | 1 x hs (continue)       |
| 2) Ebixa™ (Memantine) 10 mg   | 1 x เช้า, hs (continue) |
| 3) Fulox™ (Fluoxetine) 20 mg  | 1 x เช้า (continue)     |
| 4) Trazodone 50 mg            | ½ x hs (continue)       |
| 5) Vitamin E 400 mg           | 1 x เช้า (continue)     |
| 6) Plendil™ (Felodipine) 5 mg | 1 x เช้า (continue)     |

ยาที่ได้รับในครั้งนี้

- |                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| 1) Aricept™ 10 mg             | 1 x hs                    |
| 2) Ebixa™ (Memantine) 10 mg   | 1 x เช้า, hs              |
| 3) Fulox™ (Fluoxetine) 20 mg  | 1 x เช้า                  |
| 4) Trazodone 50 mg            | ½ x hs                    |
| 5) Vitamin E 400 mg           | 1 x เช้า                  |
| 6) Plendil™ (Felodipine) 5 mg | 1 x เช้า                  |
| 7) Haldol™ 0.5 mg             | 1 x prn เมื่อมี Agitation |

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรม มีอาการพูดจาเลอะเลือน ไม่ยอมอาบน้ำ อาจเกิดจากขนาดยา Fulox™ ที่ได้รับไม่สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ ควรเพิ่มขนาด Fulox™
- ผู้ป่วยได้รับ Trazodone ซึ่งมี  $\alpha_1$  – Blocking effect อาจทำให้เกิด Orthostatic hypotension จึงควรเฝ้าระวังการเกิดอาการดังกล่าว
- ผู้ป่วยมีประวัติ Hypertension เนื่องจากไม่ทราบ BP ปัจจุบันจึงไม่สามารถประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยได้

#### Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใด พร้อมแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบเพื่อปรับแผนการรักษาให้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- ให้ความรู้ถึงวิธีปฏิบัติตนในการควบคุมความดันโลหิต เช่น ลดอาหารรสเค็มรวมถึงอาหารที่ใส่ผงชูรส ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น
- นัดผู้ดูแลให้พาผู้ป่วยมาในนัดครั้งต่อไปเพื่อทำการประเมินอาการต่าง ๆ รวมทั้งตรวจวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยด้วย
- ให้ผู้ดูแลสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่าหรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืด จนอาจล้มและบาดเจ็บได้

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt;400 IU/day จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงได้แนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยยังมีอาการพูดจาเลอะเลือน ไม่ยอมอาบน้ำ จึงควรเพิ่มขนาด Fulox™ เพื่อช่วยควบคุมอาการด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย</li> </ul>			✓

#### Plan

- ติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นไรบ้าง
- ฝ้าระวังการเกิด Orthostatic hypotension ในผู้ป่วยรายนี้
- ติดตาม BP ของผู้ป่วยว่ามีแนวโน้มเป็นเช่นใด เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วย
- ฝ้าระวังการเกิด EPS จากการใช้ Haldol™

กรณีศึกษาที่ 27

HN : 49 – 1209      ผู้ป่วยหญิงไทยเดี่ยว อายุ 77 ปี

วินิจฉัย : Dementia (R/O Alzheimer's disease)

Visit Number : 4

Visit Date : 21/08/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยความจำคงเดิม มีอาการคือไม่ยอมรับประทานอาหาร พบพฤติกรรมอาบนำวันละหลายครั้ง ชอบใส่เสื้อเปียก มีประวัติ Visual hallucination ร่วมกับมีอาการหวาดระแวงหรือก้าวของ ปัจจุบันไม่พบอาการดังกล่าว นอนหลับดี
- MMSE : 12/30      วัดเมื่อ 1/05/49
- ADAS-cog : 42/70      วัดเมื่อ 22/03/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- Hypertension (BP ปัจจุบัน = 149/69 ยังไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่มาที่คลินิกความจำ)
- ข้อเข่าเสื่อม

ประวัติการใช้สารเสพติด : ไม่ทราบประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม

- |                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| 1) Risperdal™ (Risperidone) 1 mg | 1 x hs (continue)   |
| 2) Trazodone 50 mg               | 1 x hs (continue)   |
| 3) FBC                           | 1 X 3 pc (continue) |

ยาที่ได้รับในครั้งนี	
1) Risperdal™ (Risperidone) 1 mg	1 x hs
2) Trazodone 50 mg	1 x hs
3) FBC	1 X 3 pc

#### ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรม มีอาการดีอ ไม่ยอมรับประทาน หงุดหงิดหลายครั้ง ชอบใส่เสื้อเปียก อาจเกิดจากขนาดยา Risperdal™ ที่ได้รับไม่สามารถควบคุมอาการได้ จึงควรเพิ่มขนาดยาขึ้น
- ผู้ป่วยได้รับ Trazodone ซึ่งมี  $\alpha_1$  – Blocking effect อาจทำให้เกิด Orthostatic hypotension จึงควรเฝ้าระวังการเกิดอาการดังกล่าว
- ผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาในกลุ่ม AChEIs จากการสอบถามผู้ดูแลได้รับฟังเรื่องยาจากแพทย์แล้ว และขอเวลาดัดสินใจ จึงยังไม่ได้รับยาในครั้งนี
- ผู้ป่วยมี BP เท่ากับ 149/69 ซึ่งอยู่ในระดับที่ควรได้รับยาลดความดันโลหิต จึงควรเพิ่มยาลดความดันโลหิต เช่น HCTZ ให้แก่ผู้ป่วย

#### Intervention Caregiver

- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร พร้อมรายงานให้ทราบ
- ให้ผู้ดูแลสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่าหรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำถึงกรณีที่ต้องลุกขึ้นจากเตียงหรือชักโครก โดยต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ และหาที่จับเพื่อช่วยพยุงตัวขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการหน้ามืด จนอาจล้มและบาดเจ็บได้
- ให้ความรู้ถึงวิธีปฏิบัติตนในการควบคุมความดันโลหิต เช่น ลดอาหารรสเค็มรวมถึงอาหารที่ใส่ผงชูรส ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
● เนื่องจากผู้ป่วยยังมีอาการทางพฤติกรรมจึงควรเพิ่มขนาดยา Risperidone เพื่อควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย			✓

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงสมควรได้รับยาลดความดันโลหิต เช่น HCTZ</li> </ul>			✓

## Plan

- ติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นไรบ้าง
- เฝ้าระวังการเกิด Orthostatic hypotension ในผู้ป่วยรายนี้
- ติดตาม BP ของผู้ป่วยว่ามีแนวโน้มเป็นเช่นใด เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วย

## กรณีศึกษาที่ 28

HN : 49 – 4588      ผู้ป่วยหญิงไทยเดี่ยว อายุ 80 ปี  
 วินิจฉัย : Mixed Alzheimer's disease – Vascular Dementia

Visit Number : 2

Visit Date : 28/08/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีความจำคงเดิม มีอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล พบพฤติกรรมวุ่นวาย ทำและซักถามสิ่งต่าง ๆ ซ้ำ ๆ พบอาการมือเท้าสั่นปากสั่นขณะพัก
- MMSE : 12/30      วัดเมื่อ 28/08/49
- ADAS – cog : 38.2/70      วัดเมื่อ 28/08/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น ๆ (จากการตรวจร่างกายพบ BP, FBS และ TC สูง)

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม	
1) Haldol™ (Haloperidol) 0.5 mg	1 x hs (continue)
2) Vitamin E 100 mg	1 x 2 (continue)
3) Vitamin B <sub>1-6-12</sub>	1 x 2 (continue)
ยาที่ได้รับในครั้งนี้	
1) Fulox™ (Fluoxetine) 20 mg	½ x เช้า
2) Eniril™ (Enalapril) 5 mg	1 x เช้า (start)
3) ASA gr.I	1 x เช้า
4) Folic acid 5 mg	1 x เช้า

#### ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีอาการมือหุดหิดและมีพฤติกรรมวุ่นวาย สมควรได้รับ Antipsychotic เช่น Seroquel™ เพิ่มเพื่อช่วยควบคุมอาการด้านพฤติกรรมดังกล่าว
- ในครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับ Fulox™ เป็นครั้งแรก ควรให้คำแนะนำถึง Side effect ที่อาจพบ เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เป็นต้น พร้อมทั้งประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการข้างเคียงดังกล่าวได้หรือไม่
- ผู้ป่วยมีอาการมือเท้าสั่นและปากสั่นในขณะพัก อาจเกิดจาก ADR จากการใช้ Haldol™ จึงควรหยุดการใช้ Haldol™ ในผู้ป่วยรายนี้
- ผู้ป่วยมี BP = 148/82 ซึ่งอยู่ในระดับที่สมควรได้รับยา จึงควรเพิ่มยาลดความดันโลหิต ในครั้งนี้แพทย์ได้สั่งจ่าย Eniril™ จึงควรติดตาม BP ของผู้ป่วยหลังได้รับยาว่ามี การเปลี่ยนแปลงไปเช่นใด
- จากการตรวจร่างกายของผู้ป่วยเมื่อวันที่ 12/08/49 พบว่าระดับ FBS = 128 และ TC = 215 mg% จึงควรส่งผู้ป่วยเจาะเลือดตรวจค่าดังกล่าวซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยัน
- ผู้ป่วยมีประวัติใช้ Tiffy™ เมื่อมีน้ำมูก เนื่องจาก CPM ที่ผสมอยู่ใน Tiffy™ มี Anticholinergic effect ซึ่งขัดขวางการสร้างความจำ จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

#### Intervention Caregiver

- ให้ความรู้ถึงอาการข้างเคียงที่อาจพบเมื่อใช้ Fulox™ เช่น ปวดหัว นอนไม่หลับ เป็นต้น และให้ผู้ดูแลสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้นหรือไม่



- ให้ผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังจากเพิ่มยาว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใดบ้าง
- ให้ความรู้ถึงวิธีปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ไขมันและความดันโลหิต เช่น ควบคุมอาหารรสหวาน เค็ม ไขมัน รวมทั้งอาหารทอดและอาหารที่มีผงชูรส ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น
- ให้ความรู้ถึงฤทธิ์ด้านการสร้างความจำของ Tiffy™ และยาตัวอื่น ๆ ที่มี Anticholinergic effect รวมถึงแนะนำยาที่ควรใช้แทนเมื่อมีน้ำมูก เช่น Loratadine เป็นต้น

## Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการมือเท้าสั่นและปากสั่นขณะพัก ซึ่งอาจเกิดจาก ADR จากการใช้ Haldol™ จึงควรหยุดการใช้ Haldol™ แล้วเปลี่ยนไปใช้ Atypical Antipsychotic เช่น Seroquel™ แทน</li> </ul>			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยมี FBS = 128 และ Total Cholesterol = 215 mg% จึงควรส่งผู้ป่วยตรวจค่า Lab ดังกล่าวซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยัน</li> </ul>	✓		

## Plan

- ติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใดบ้าง
- ติดตามอาการมือเท้าสั่นปากสั่นขณะพักของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใดบ้าง
- เผื่อระวังการเกิด Side effect จาก Fulox™ เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เป็นต้น พร้อมประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการที่เกิดขึ้นได้หรือไม่
- ติดตามประวัติ FBS และ Lipid profile เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสมควรได้รับยาแล้วหรือไม่
- ติดตาม BP หลังจากได้รับยาว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใดบ้าง
- ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลหลังจากได้รับความรู้เรื่องฤทธิ์ด้านการสร้างความจำของยาที่มี Anticholinergic effect ว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องมากน้อยเพียงใด

-----

## กรณีศึกษาที่ 29

HN : 49 - 4202      ผู้ป่วยชายไทย คู่อายุ 68 ปี  
 วินิจฉัย : Dementia

Visit Number : 1

Visit Date : 11/09/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการมึนงงที่มีประวัตินอนไม่หลับและมีอาการหวาดระแวง ปัจจุบันไม่พบอาการดังกล่าว นอนหลับดี พบมือเท้าสั่นปากสั่นขณะพัก
- MMSE : 17/30      วัดเมื่อ 11/09/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น ๆ

ประวัติการใช้สารเสพติด : มีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกแล้ว

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม

- |                                |                   |
|--------------------------------|-------------------|
| 1) Haldol™ (Haloperidol) 2 mg  | ½ x 2 (OFF)       |
| 2) Benztropine 2 mg            | ½ x OD (OFF)      |
| 3) Benztropine 2 mg            | 1 x hs (OFF)      |
| 4) Clonazepam 0.5 mg           | 1 x hs (continue) |
| 5) Vitamin B <sub>1-6-12</sub> | 1 x 3 (continue)  |

ยาที่ได้รับในครั้งนี้

- |                                |          |
|--------------------------------|----------|
| 1) Haloperidol 0.5 mg          | 1 x เช้า |
| 2) Haloperidol 1 mg            | 1 x hs   |
| 3) Clonazepam 0.5 mg           | 1 x hs   |
| 4) Vitamin B <sub>1-6-12</sub> | 1 x 3    |

ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีอาการมือเท้าสั่นและปากสั่นในขณะพัก อาจเกิดจาก ADR จากการใช้ Haldol™ จึงควรหยุดการใช้ Haldol™ ในครั้งนี้แพทย์ได้ทำการลดขนาด Haldol™ ลง แต่เนื่องจาก

ผู้ป่วยเคยมีอาการหวาดระแวง จึงควรให้ Atypical Antipsychotic เช่น Risperdal™ แทนที่ Haldol™ ที่ลดขนาดลง เพื่อป้องกันมิให้อาการหวาดระแวงกลับมาเป็นซ้ำอีกครั้ง

- ผู้ป่วยมีประวัติใช้ Benztropine ซึ่งเป็นยาที่มี Anticholinergic effect สูงและมีฤทธิ์ต้านการสร้างความจำ จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ในครั้งนี้แพทย์ได้หยุดการใช้ Benztropine ทันที ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิด Cholinergic rebound ซึ่งจะมีอาการเช่น หัวใจเต้นช้าลง หงุดหงิด เป็นต้น จึงไม่ควรหยุดการใช้ Benztropine ทันที แต่ควรค่อย ๆ ลดขนาดยาลง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว
- ผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาในกลุ่ม AChEIs โดยไม่ทราบสาเหตุที่ยังไม่ได้ยา จึงควรค้นหาสาเหตุ
- จากการตรวจร่างกาย พบ FBS = 123 ซึ่งอยู่ในระดับมีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน จึงควรแนะนำวิธีปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

#### Intervention Caregiver

- ให้สังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดมากกว่าปกติหรือไม่ แล้วแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย
- ให้ผู้ดูแลคอยสังเกตว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการหวาดระแวงรวมถึงอาการผิดปกติอื่น ๆ หรือไม่
- ให้ความรู้ถึงวิธีปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล เช่น ควบคุมอาหารรสหวาน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากการลดขนาด Haldol™ ลงโดยไม่มีการให้ Antipsychotic ตัวอื่น ๆ แทน อาจทำให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการหวาดระแวงได้ จึงควรเพิ่ม Atypical Antipsychotic เช่น Risperdal™ ร่วมด้วย</li> </ul>			✓
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากการหยุด Benztropine ทันที อาจทำให้เกิด Cholinergic rebound ซึ่งจะมีอาการเช่น หัวใจเต้นช้า หงุดหงิด เป็นต้น จึงควรค่อย ๆ ลดขนาดยาลงช้า ๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว</li> </ul>			✓

## Plan

- ติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ากลับมามีอาการหวาดระแวงอีกหรือไม่ พร้อมทั้งให้ Atypical Antipsychotic เช่น Risperdal™ เพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย
- ติดตามอาการมือเท้าสั่นปากสั่นขณะพักของผู้ป่วยหลังจากเปลี่ยนขนาดยาว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใดบ้าง
- ติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจากหยุด Benztropine ว่ามีอาการผิดปกติ เช่น หงุดหงิดเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นช้าลง หรือไม่ หากผู้ป่วยเกิดอาการดังกล่าว ควรให้ Benztropine ขนาดต่ำ ๆ แก่ผู้ป่วยเพื่อลดอาการดังกล่าวก่อนจะค่อย ๆ หยุดการใช้ต่อไปในอนาคต
- ติดตามประวัติ FBS เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสมควรได้รับยาลดระดับน้ำตาลแล้วหรือไม่
- ค้นหาสาเหตุที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับยาในกลุ่ม AChEIs

## กรณีศึกษาที่ 30

HN : 49 – 4979      ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 69 ปี

วินิจฉัย : Dementia (R/O Alzheimer's disease)

Visit Number : 2

Visit Date : 11/09/49

อาการหลักที่สำคัญ :

- ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงกลัวถูกนินทาจึงมีพฤติกรรมด่าทอคนรอบข้าง ย้ายข้าวของแล้วหาไม่เจอ มีประวัติเดินหลงออกนอกบ้าน
- MMSE : 11/30      วัดเมื่อ 26/06/49

โรคอื่นที่เป็นร่วม :

- ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น ๆ

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา : NKDA

ยาที่ใช้รักษา :

ยาเดิม

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| 1) Trazodone 50 mg  | 1 x hs (continue)   |
| 2) Vitamin E 400 mg | 1 x เช้า (continue) |

ยาที่ได้รับในครั้งนี	
1) Aricept™ 5 mg	1 x hs (start)
2) Memantine 10 mg	½ x 2
3) Trazodone 50 mg	1 x hs
4) Enaril™ (Enalapril) 5 mg	1 x เช้า
5) Hidil™ (Gemfibrozil) 600 mg	1 x 2

#### ประเมินผลการรักษาโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงด่าทอผู้อื่นและมีประวัติเดินหลงออกนอกบ้าน สมควรได้รับ Antipsychotic เช่น Seroquel™ เพื่อช่วยควบคุมอาการดังกล่าว
- เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยา Aricept™ เป็นครั้งแรก จึงต้องอธิบายถึง ADR ที่อาจพบ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ตะคริว เป็นต้น พร้อมทั้งเฝ้าระวังการเกิดอาการดังกล่าว
- ผู้ป่วยมี BP = 149/92 ได้รับ Enaril™ เป็นครั้งแรก จึงต้องเฝ้าระวังการเกิด ADR เช่น Hypotension รวมถึงต้องติดตาม BP ของผู้ป่วยว่ามีการตอบสนองต่อยาที่ใช้หรือไม่
- ประวัติ Lipid profile ล่าสุดเมื่อวันที่ 29/08/49 ตรวจพบ TC และ TG เท่ากับ 290 และ 465 mg% ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับ Hidil™ เป็นครั้งแรก จึงควรเฝ้าระวัง ADR เช่น Myalgia, Rhabdomyolysis เป็นต้น รวมถึงการติดตาม Lipid profile ของผู้ป่วย

#### Intervention Caregiver

- ให้ความรู้ถึงอาการข้างเคียงที่อาจพบเมื่อใช้ Aricept™ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ตะคริว พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลคอยสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นหรือไม่ แล้วแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบเพื่อปรับแนวทางการรักษาให้ถูกต้อง
- ให้ผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น อาการหวาดระแวง เดินหลงออกนอกบ้าน ว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใดบ้าง
- ให้ความรู้ถึงวิธีปฏิบัติตนเพื่อควบคุมไขมันและความดันโลหิต เช่น ควบคุมอาหารรสเค็มและมัน รวมถึงอาหารทอดและอาหารที่มีผงชูรส ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น

#### Intervention Prescriber

Intervention Subjects	Prescriber Accept	Prescriber Reject	NOT Intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการศึกษาว่า Vitamin E ในขนาด &gt;400 IU/day จะเพิ่มอัตราการตาย จึงแนะนำแพทย์ให้ลดขนาด Vitamin E ที่ใช้ลง</li> </ul>	✓		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เนื่องจากผู้ป่วยยังคงมีอาการหวาดระแวงต่ำ ทอ จึงควรเพิ่ม Atypical Antipsychotic เช่น Seroquel™</li> </ul>			✓

## Plan

- ฝ้าระวังการเกิด Side effect จาก Aricept™ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น พร้อมประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการดังกล่าวได้หรือไม่
- ติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นใดบ้าง
- ติดตามประวัติ BP และ Lipid profile ของผู้ป่วย เพื่อประเมินการตอบสนองต่อยาที่ใช้

## วิจารณ์ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยชราและต้องการการดูแลจากผู้ดูแลร่วมด้วย โดยส่วนมากผู้ดูแลมักเป็นบุตรหลานหรือญาติและเป็นผู้ที่คอยดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย จึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการใช้ยาของผู้ป่วยให้มีความถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกเหนือจากภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย โดยส่วนมาก (ร้อยละ 66.67) มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค โดยพบภาวะความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน (ร้อยละ 26.66) การที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก ย่อมหมายถึงการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในการรักษา ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในความจำอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาในการรักษาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ จนอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงได้

การที่ผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิดร่วมกันอาจส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารวมถึงการเกิดปฏิกิริยาร่วมกันระหว่างยา (drug interaction) ได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้น ผู้ป่วยบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและมีการใช้ยาที่ผิดไปจากคำสั่งแพทย์ จนเกิดอาการผิดปกติกับตัวผู้ป่วยขึ้นอีกด้วย โดยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ EPS (ร้อยละ 16.00) รองลงมาคืออาการง่วงซึมและหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่า (ร้อยละ 9.00)

เนื่องจากยาที่ใช้ในการรักษาภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งยาทางจิตเวชต่าง ๆ มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาร่วมกันระหว่างยาได้สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรค จำต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน จึงเป็นหน้าที่ของเภสัชกรในการตรวจสอบและปรึกษาต่อทางแพทย์ในกรณี que ผู้ป่วยได้รับยาที่มีปฏิกิริยาร่วมกันระหว่างยา

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการใช้ยาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานหรือบุคคลซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และเป็นบุคคลที่จัดเตรียมและคอยดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลทั้งหมดที่ได้ทำการสัมภาษณ์นั้นไม่มีความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการแก้ไขเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงไม่มีความรู้เรื่องการเกิด Drug interaction ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายจากยาได้ ดังนั้น การให้ความรู้เรื่องยาที่ผู้ป่วยใช้ ทั้งวิธีการใช้ที่ถูกต้อง รวมไปถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ดูแล อาจช่วยลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้

ยาบางชนิดมีคุณสมบัติทำให้ภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยมีอาการเลวลง จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีคุณสมบัติดังกล่าวในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ยาดังกล่าวหลายชนิดเป็นยาที่มีการใช้กันเป็นประจำและสามารถหาซื้อได้ตามร้านขายยาทั่วไป อาทิ ยาแก้แพ้กลุ่มที่ทำให้ง่วงนอน ยาคลายกล้ามเนื้อบางชนิด จึงมีโอกาที่ผู้ดูแลอาจซื้อให้ผู้ป่วยรับประทานได้สูง จึงเป็นหน้าที่ของเภสัชกรเช่นกันในการให้ความรู้ถึงยาที่ไม่สมควรใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม รวมไปถึงการแนะนำยาที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้โดยไม่ทำให้ภาวะสมองเสื่อมมีอาการเลวลง

ปัญหาทางจิตและพฤติกรรมในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (BPSD) เป็นปัญหาที่สามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเกือบทุกคน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.33) พบปัญหาดังกล่าวมากกว่า 1 เหตุการณ์ โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ อาการหวาดระแวง (ร้อยละ 18.57) รองลงมาคืออาการนอนไม่หลับและพบภาพหลอน (ร้อยละ 10.00) ซึ่งอาการทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในระหว่างการดูแลผู้ป่วยขึ้นได้ โดยผู้ดูแลร้อยละ 46.15 ยอมรับว่าเคยเกิดความเครียดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามมีผู้ดูแลบางส่วน (ร้อยละ 23.08) ปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลในส่วนนี้ คาดว่าผู้ดูแลกลุ่มดังกล่าวอาจจะเกิดความเครียดขึ้น แต่มีความลำบากใจที่จะพูดออกมาจึงปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลในส่วนนี้

ผู้ดูแลทั้งหมดเคยได้รับความรู้จากแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยถึงภาวะสมองเสื่อมว่าในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่ทำให้หายถาวร ยาที่ใช้เพียงแต่ชะลอความเสื่อมของความจำเท่านั้น ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.31) ยอมรับและเข้าใจถึงภาวะที่ผู้ป่วยเป็น มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 7.69) ที่ยังคงมีความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะกลับมามีความจำดีดังเดิม

งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยพบว่ามีน้อยมาก ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่จะเน้นการศึกษาระบาดวิทยาในประชากรบางจังหวัด เช่น กรุงเทพฯ นครราชสีมา ฉะเชิงเทรา เป็นต้น ยังไม่มีการศึกษาระบาดวิทยาและความชุกของประชากรผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในภาพรวมทั้งประเทศ ถึงแม้จะได้มีการวางแผนทางการดูแลรักษาและการใช้ยาในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นทางการแล้วก็ตาม แต่ยังไม่เป็นที่รู้จักยอมรับในวงกว้าง ทางคณะผู้จัดทำจึงได้ทำการวิจัยนี้ขึ้นเพื่อศึกษาและรับรู้ถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการใช้ยา เพื่อนำมาประมวลผลเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำในการใช้ยาในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ต่อไปในอนาคต

การทำวิจัยในครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดซึ่งส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยอยู่หลายประการ อาทิ ผู้ดูแลที่ถูกสัมภาษณ์บางรายปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลบางประการ หรือให้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ ทำให้ได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด จึงไม่สะดวกที่จะให้



สัมภาษณ์เป็นเวลานาน ๆ จากข้อจำกัดทางด้านเวลาการทำวิจัย ซึ่งอยู่ในช่วงเวลาระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2549 ร่วมกับการที่คลินิกความจำเปิดทำการวันจันทร์เพียง 1 วันต่อสัปดาห์ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวนน้อย ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยไม่ครอบคลุมและสามารถใช้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งประเทศได้

## ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาถึงการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ณ สถาบันจิตเวช ศาสตราจารย์เจ้าพระยา ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2549 พบว่าการใช้ยาในผู้ป่วย กลุ่มดังกล่าวมีปัญหาทั้งด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยา การใช้ยาไม่เหมาะสม การใช้ยาที่ไม่ ถูกต้อง รวมถึงการได้รับยาที่มีปฏิกริยาระหว่างยาเป็นจำนวนมาก จึงเป็นหน้าที่ของเภสัชกรในการ ตรวจสอบ แก้ไข และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องถึงการ ใช้ยาในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้อง ในขณะที่เดียวกันยังทำให้ทราบถึงปัจจัยหลายประการของ ผู้ดูแลที่อาจส่งผลกระทบต่ออาการของผู้ป่วย เช่น ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคที่ไม่ถูกต้อง การ ขาดความเข้าใจถึงยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม รวมถึงความเข้าใจในอาการไม่พึง ประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นและวิธีแก้ไขเมื่อเกิดอาการดังกล่าว เป็นต้น

การตรวจสอบแก้ไข และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ เกี่ยวข้องถึงการให้ยาในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้องจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ ถูกต้องเหมาะสม อันจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตาม เนื่องจากบุคลากรที่มีความพร้อมใน การทำงานในจุดนี้ยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยได้ครบสมบูรณ์ทุกราย จึงควรมีการ สนับสนุนและส่งเสริมบุคลากร โดยอาจจัดฝึกอบรมเภสัชกรให้มีความชำนาญในเรื่องต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เพื่อเป็นการผลิตบุคลากรให้สามารถดำเนินงานไปได้อย่าง ต่อเนื่อง

ข้อมูลที่ได้จากโครงการพิเศษครั้งนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการ บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมต่อไปในอนาคต อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในครั้งนี้ได้ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจำนวนน้อย จึงควรขยายการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มากขึ้น เพื่อให้ ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. American psychiatric association. Diagnosis and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Jelic V, Kivipelto M, Winblad B. Clinical trials in mild cognitive impairment: lessons for the future. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77:429–438.
3. Connelly P, Archibald C, Backett S, et al. Management of patients with dementia : A national clinical guideline, Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network;2006 Available from: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/index.html#Mental> [Accessed 2006 Jun 8].
4. Roe CM, Anderson MJ, Spivack B. Use of anticholinergic medications by older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(5): 836-842.
5. Strain JJ, Chiu NM, Sultana K, et al. Psychotropic drug versus psychotropic drug. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:87–105.
6. Delafuente JC. Understanding and preventing drug interactions in elderly patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003;48(2):133-143.
- 7.. Grantham C, Geerts H. The rationale behind cholinergic drug treatment for dementia related to cerebrovascular disease. *J Neurol Sci.* 2002 ;203-204:133.
8. DeCarli C, Mild cognitive impairment: prevalence, prognosis, aetiology, and treatment. *Lancet Neurol* 2003;2: 15-21.
9. Relkin N. Dementia with Lewy bodies. In: Beal MF, Lang AE, Ludolph A, editors. *Neurodegenerative Disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005:473-80.
10. Cummings JL, Benson DF. Vascular dementia, 2nd ed. In: *Dementia: a clinical approach*, Boston MA: Butterworth; 1992. p.153–76.
11. Ser TD, Bermejo F, Portera A, Arredondo JM, Bouras C, Constantinidis J. Vascular dementia: a clinicopathological study. *J Neurol Sci* 1990;96:1–17.
12. Boxer AL, Trojanowski JQ, Lee VM, Miller B. Frontotemporal lobar degeneration. In: Beal MF, Lang AE, Ludolph A, editors. *Neurodegenerative Disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005:494-509.

13. Lanari A, Amenta F, Silvestrelli G, Tormassoni D, Parnetti L. Neurotransmitter deficits in behavioural and psychological symptoms of Alzheimer's disease. *Mech. Ageing Dev.* 127, 158-165.

## ภาคผนวก

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย
- แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย
- เอกสารให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วย
- เอกสารให้ความรู้บุคลากรทางการแพทย์

## แบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

HN : .....

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ชื่อผู้ทำแบบทดสอบ .....  ชาย  หญิง อายุ ..... ปี

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หย่าร้าง

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น .....

- 1) ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่คลินิกสมองเสื่อมครั้งนี้เป็นครั้งแรกหรือไม่  
 ครั้งแรก  ครั้งที่ .....
- 2) ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นนอกเหนือจากที่คลินิกสมองเสื่อมแห่งนี้หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย แต่ปัจจุบันเลิกไปแล้ว ที่ .....  
 เคย และปัจจุบันยังคงไปรับการรักษาอยู่ ที่ .....
- 3) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่น ๆ อีกหรือไม่ ? ถ้ามีโปรดระบุ  
 ไม่มี  มี ได้แก่ โรค .....
- 4) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ระดับไหน และ ผู้ดูแลมีบทบาทใดบ้าง  
 ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ดี ทั้งการอาบน้ำแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวรวมถึงการจดจำทิศทาง  
 ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในบางกิจกรรม อาทิ .....  
 ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในทุก ๆ กิจกรรม
- 5) (กรณีที่เคยได้รับยาแล้ว) กรุณาระบุวิธีการรับประทานยาของผู้ป่วยมาตามทีทราบ  
1. ชื่อยา ..... วิธีใช้ .....  
2. ชื่อยา ..... วิธีใช้ .....  
3. ชื่อยา ..... วิธีใช้ .....  
4. ชื่อยา ..... วิธีใช้ .....

ท่านทราบหรือไม่ว่ายานี้ที่ผู้ป่วยใช้นั้นอาจเกิดอาการข้างเคียงแก่ผู้ป่วยได้อย่างไรบ้าง

ไม่ทราบ  ทราบ อาทิ .....

(กรณีที่ทราบอาการข้างเคียง) ท่านมีวิธีจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงอย่างไรบ้าง

หากผู้ป่วยลืมรับประทานยา ท่านจะมีวิธีแก้ไขอย่างไร

- 6) ท่านเคยสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมบางอย่างที่ผิดปกติไปจากเดิมบ้างหรือไม่  
 ไม่เคย       เคย โดยสังเกตเห็นครั้งแรกเมื่อ .....
- (กรณีเคยเห็น)  
 ช่วงเวลาในแต่ละวันที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ .....
- ลักษณะอาการที่พบ .....
- การจัดการเมื่อเกิดอาการ .....
- 7) ท่านเคยซื้อหรือจัดยาที่มีอยู่ในบ้านให้แก่ผู้ป่วยเอง เมื่อผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่  
 เป็นหวัด       ไม่เคย       เคย ซื้อยา .....
- ปวดท้องหรือท้องเดิน       ไม่เคย       เคย ซื้อยา .....
- ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ       ไม่เคย       เคย ซื้อยา .....
- 8) ผู้ป่วยเคยใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือไม่  
 ไม่เคย       เคย ชื่อผลิตภัณฑ์ .....
- 9) ท่านควรที่จะเคลื่อนย้ายสิ่งของหรือเปลี่ยนที่พักอาศัยบ่อย ๆ หรือไม่  
 ไม่ควร       ควร
- 10) ท่านมีความเครียด กังวล ซึมเศร้า ชุ่นเคือง ละอาย ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยหรือไม่  
 ไม่มี       มี  
 (ในกรณีมี) ท่านมีวิธีจัดการกับอาการต่าง ๆ ของตนเองอย่างไรบ้าง .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- 11) เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้ว ท่านมีความคาดหวังต่อผลการรักษาอย่างไรบ้าง  
 .....
- .....
- .....
- .....
- .....



## CASE RECORD FORM

Visit No. \_\_\_\_\_  
Date : \_\_/\_\_/\_\_

HN ..... Name .....  ชาย  หญิง อายุ ..... ปี  
 สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หย่าร้าง

PE : Ht : ..... cm Wt : ..... Kg BMI : .....  
 Temp ..... BP ..... Pulse ..... RR .....

PMH : .....

FH : .....

SH : ประวัติการใช้สารเสพติด  สุรา  บุหรี่  อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

All : .....

โรคประจำตัวในปัจจุบัน	วันที่เริ่มรักษา	ยาที่ใช้และขนาด
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Dx : ..... วันที่ตรวจพบ : \_\_/\_\_/\_\_ (เป็นมา \_\_\_\_ ปี)

อาการปัจจุบัน : .....

MMSE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ วัดเมื่อ : \_\_/\_\_/\_\_

ADAS – cog : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ วัดเมื่อ : \_\_/\_\_/\_\_

CIBIC : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ วัดเมื่อ : \_\_/\_\_/\_\_

นัดครั้งต่อไป \_\_/\_\_/\_\_

ผู้บันทึก .....



### Caregiver's Profile

Name .....  ชาย  หญิง อายุ ..... ปี สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หย่าร้าง  
 เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น .....

### Caregiver's Complaints

About Patient	Pharmacist 's Note
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

About Caregiver	Pharmacist 's Note
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

ผู้บันทึก .....

**Drugs For Dementia & BPSD**

Dx : ..... วันที่ตรวจพบ : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (เป็นมา \_\_\_ ปี)

อาการปัจจุบัน : .....

Drug & Dose	Start Date	Pharmacist ' s Note
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Other Drugs**

Drug & Dose	Start Date	Pharmacist ' s Note
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

NOTE : .....  
 .....  
 .....

ผู้บันทึก .....

## ยาที่ไปเพิ่มระดับยาจนเพิ่มโอกาสเกิดอาการข้างเคียง<sup>3, 4</sup>

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาอะริเซป (Aricept™) หรือ ยารีมินิล (Reminyl™) หากใช้ร่วมกับยารับประทานดังต่อไปนี้จะทำให้ระดับยา 2 ชนิดข้างต้นเพิ่มสูงขึ้น จนอาจเกิดอาการข้างเคียงขึ้นได้ จึงต้องระมัดระวังในการใช้ ตัวอย่างยา เช่น

### กลุ่มยาต้านเอชไอวี

- อะทาซานาเวีย (Atazanavir) เช่น ยี่ห้อ Reyataz™
- อินดินาเวีย (Indinavir) เช่น ยี่ห้อ Crixivan™
- เนลฟินาเวีย (Nelfinavir) เช่น ยี่ห้อ Viracept™
- ไรโตนาเวีย (Ritonavir) เช่น ยี่ห้อ Norvir™

### กลุ่มยาปฏิชีวนะ

- คลาริโทรไมซิน (Clarithromycin) เช่น ยี่ห้อ Clarith™
- ด็อกซีไซคลิน (Doxycycline) เช่น ยี่ห้อ ด็อกซี (Doxy™)
- อีริโทรไมซิน (Erythromycin) เช่น ยี่ห้อ Erythrocin™

### กลุ่มยาด้านเชื้อรา

- ฟลูโคนาโซล (Fluconazole) เช่น ยี่ห้อ Diflucan™
- ไอทราโคนาโซล (Itraconazole) เช่น ยี่ห้อ Spazol™
- คีโตโคนาโซล (Ketoconazole) เช่น ยี่ห้อ Nizoral™

### ยากลุ่มอื่น ๆ

- ซิเมทิดีน (Cimetidine) เช่น ยี่ห้อ Tagamet™
- ดิลไทอะเซม (Diltiazem) เช่น ยี่ห้อ Herbesser™
- ไดโคลฟีแนค (Diclofenac) เช่น ยี่ห้อ Voltaren™
- นิคาร์ดิพีน (Nicardipine) เช่น ยี่ห้อ Cardipine™
- เวนาพามิล (Verapamil) เช่น ยี่ห้อ Isoptin™

## ยาที่ไปลดการออกฤทธิ์<sup>3, 4</sup>

ในกรณีที่ได้รับยาอะริเซป (Aricept™) หรือ ยารีมินิว (Reminyl™) หากใช้ร่วมกับยาดังต่อไปนี้ อาจทำให้ระดับยาดังกล่าวลดลง จนอาจไม่ได้ผลในการรักษา

- คาร์บามาซีพีน (Carbamazepine) เช่น ยี่ห้อ ทีกรีตอล (Tegretol™)
- เนวีราพีน (Nevirapine) เช่น ยี่ห้อ วีรามูน (Viramune™)

- ออกซ์คาร์บามาซีพีน (Oxcarbazepine) เช่น ยี่ห้อ ไตรเลพทอล (Trileptal™)
- ฟีนอบาร์บิทัล (Phenobarbital) เช่น ยี่ห้อ บีเนอรา (Benera™)
- ฟีนิตอลอน (Phenytoin) เช่น ยี่ห้อ ไดแลนติน (Dilantin™)
- ไพรมิโดน (Primidone) เช่น ยี่ห้อ ไมโซลีน (Mysoline™)
- ไรแฟมพิซิน (Rifampicin) เช่น ยี่ห้อ ริฟาดีน (Rifadin™)

## เอกสารอ้างอิง

1. Connelly P, Archibald C, Backett S, et al., Management of patients with dementia : A national clinical guideline, Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network;2006 Available from: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/published /index.html#Mental> [Accessed 2006 Jun 8].
2. Roe CM, Anderson MJ, Spivack B. Use of anticholinergic medications by older adults with dementia. J Am Geriatr Soc. 2002 May;50(5): 836-842.
3. Strain JJ, Chiu NM, Sultana K, et al. Psychotropic drug versus psychotropic drug. Gen Hosp Psychiatry 2004;26:87-105
4. Delafuente JC. Understanding and preventing drug interactions in elderly patients. Crit Rev Oncol Hematol. 2003 Nov;48(2):133-143

## จัดทำโดย

นศภ. นิตริรัฐ วิชาชีพ \*

นศภ. บุญเลิศ ลิ้มวงศ์สุวรรณ \*

ภญ. อรภรณ์ สอนขัง †

ภญ. วรารัตน์ กิตติกุลสุทธิ ♦

รศ.ดร. จุฑามณี สุทธิสีสังข์ ♦

\* นักศึกษาชั้นปีที่ 5 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

† เภสัชกร กลุ่มงานเภสัชกรรม

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

♦ ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารคู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

# ความรู้เรื่องยาใน ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม



กลุ่มงานเภสัชกรรม

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

112 ถ.สมเด็จพระเจ้าพระยา คลองสาน

กรุงเทพฯ 10600

โทรศัพท์ 0 – 2437 – 0200 ต่อ 4145, 4146

- กรุณาพกเอกสารนี้ติดตัวทุกครั้งที่ย้ายมารับประทานให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และทุกครั้งที่ยับแพทย์
- กรุณาแสดงเอกสารนี้แก่แพทย์ผู้รักษาและเภสัชกรที่จ่ายยาแก่ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

## “ภาวะสมองเสื่อม” คืออะไร ?

ภาวะสมองเสื่อม เกิดจากการเสื่อมลงของเซลล์ประสาทที่เกี่ยวข้องกับความจำ ส่งผลให้สารสื่อประสาทที่สร้างความจำในสมองมีปริมาณลดลง ทำให้ความจำและพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยเสื่อมลงและผิดไปจากเดิม<sup>1</sup>

## ยาที่ใช้ในภาวะสมองเสื่อม<sup>1</sup>

สิ่งหนึ่งที่ผู้ดูแลพึงระลึกคือ ในปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถรักษาภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถาวร ยาที่มีในปัจจุบันเพียงแต่ชะลอการเสื่อมลงของความจำโดยจะไปเพิ่มสารสื่อประสาทที่สร้างความจำในสมอง ปัจจุบันมียาทั้งหมด 3 ชนิด ได้แก่ Aricept™, Exelon™, Reminyl™ และ ยาที่มีผลเพิ่มความจำโดยใช้กลไกอื่น เช่น Ebixa™

เนื่องจากยากกลุ่มนี้มีอาการข้างเคียงสูง ดังนั้นเพื่อลดอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจึงต้องเริ่มใช้จากขนาดยาต่ำ ๆ ก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มระดับยาอย่างช้า ๆ จนถึงขนาดยาที่ได้ผลในการรักษาภายใน 1 – 3 เดือน ซึ่งขึ้นกับสภาพร่างกายผู้ป่วยแต่ละคน และในช่วงทำการปรับขนาดยาอาจจะยังไม่เห็นผลการรักษาเด่นชัดนัก **ผู้ดูแลจึงต้องใจเย็น ๆ อย่าใจร้อน** สิ่งสำคัญคือ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา

## อาการข้างเคียง

อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยของยากกลุ่มนี้ ได้แก่

- คลื่นไส้ อาเจียน เพื่อลดอาการดังกล่าว จึงให้รับประทานยาหลังอาหาร หรือก่อนนอน
- ตะคริว ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดตะคริวได้
- น้ำหนักตัวลดลง เนื่องจากยาอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่ออาหารได้
- นอนไม่หลับ อาจสังเกตจากผู้ป่วยไม่ยอมนอน นอนดึก ตื่นบ่อย

อาการข้างเคียงเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นได้โดยเฉพาะเมื่อเพิ่มขนาดยา หากเกิดขึ้นแล้วผู้ป่วยทนได้ ก็ยังสามารถใช้ยาต่อไปได้ และอาการมักจะลดลงใน 1 - 3 สัปดาห์ แต่ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการมากจนทนไม่ไหว ผู้ดูแลควรรนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ผู้รักษา

## ยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

เนื่องจากยาที่ช่วยในเรื่องความทรงจำเหล่านี้มีราคาแพง และมีโอกาสเกิด “ยาตีกัน” ได้มาก ทำให้การรักษาไม่ได้ผล และยังมีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงได้มากขึ้น จึงต้องระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยงในการใช้กลุ่มนี้ร่วมกับยาอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

## ยาที่ทำให้ความจำลดลง<sup>2</sup>

ยาบางชนิด จะไปขัดขวางการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทที่สร้างความจำในสมอง **จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมไม่ว่าจะรับประทานยาเพิ่มความจำหรือไม่ก็ตาม** ยาดังกล่าว ได้แก่

กลุ่มยาแก้แพ้ที่ทำให้ง่วงนอนทุกตัว ยากลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะใช้ในการลดน้ำมูก แก้ผื่นคัน วิงเวียน ตัวอย่างเช่น

- คลอร์เฟนิรามีน (Chlorpheniramine) เช่น ยี่ห้อ ทิฟฟี่ (Tiffany™), ดีคอลเจน (Decolgen™)
- ไดมเนไฮดริเนต (Dimenhydrinate) เช่น ยี่ห้อ ดรามามีน (Dramamine™)
- ไดมเนไฮดรามีน (Diphenhydramine) เช่น ยี่ห้อ เบนนาดริล (Benadryl™)
- ไฮดรอกซีซีน (Hydroxyzine) เช่น ยี่ห้อ อาทาแร็ก (Atarax™)
- ไตรโพลิดีน (Triprolidine) เช่น ยี่ห้อ แอคติเฟด (Actifed™)

ยาแก้ปวดเกร็งช่องท้อง

- อะโทรปีน (Atropine) เช่น ยี่ห้อ โลโมติว (Lomotil™)
- ไฮออสซีน (Hyoscine) เช่น ยี่ห้อ บุสโคเพน (Buscopan™)

ยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

- ออเฟนาดรีน (Orphenadrine) เช่น ยี่ห้อ นอเจสิก (Norgesic™) และ

มัสค็อล (Muscol™)

ยาด้านพาร์กินสัน

- เบนซโทรปีน (Benztropine) เช่น ยี่ห้อ โคเจนติน (Cogentin™)
- ไตรเฮกซีเฟนิดีล (Trihexyphenidyl) เช่น ยี่ห้อ อาร์เทน (Artane™)

## ยาที่แนะนำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ในบางครั้งผู้ป่วยอาจเกิดเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ เช่น เป็นหวัด ปวดกล้ามเนื้อ ยาที่ใช้รักษาบางชนิดอาจเกิด “ยาตีกัน” กับยาที่ช่วยในเรื่องความทรงจำได้ หากเกิดอาการเจ็บป่วยข้างต้น ควรเลือกใช้ยาดังนี้

กรณีเป็นหวัดมีน้ำมูก ไม่ควรใช้ยาแก้แพ้ที่ทำให้ง่วงนอน<sup>2</sup> ควรใช้ยาแก้แพ้กลุ่มที่ไม่ทำให้ง่วงนอน ได้แก่

- เซทิริซีน (Cetirizine) เช่น ยี่ห้อ เซอเรค (Zyrtec™)
- เฟโซเฟนาดีน (Fexofenadine) เช่น ยี่ห้อ เทลฟาสต์ (Telfast™)
- ลอราทาดีน (Loratadine) เช่น ยี่ห้อ แคลริทีน (Clarityne™)
- เดสลลอราทาดีน (Desloratadine) เช่น ยี่ห้อ ออเรียส (Aerius™)

กรณีปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ควรใช้ยาที่ไม่มีส่วนผสมของ Orphenadrine<sup>2</sup> เช่น

- โทลเพริโซน (Tolperisone) เช่น ยี่ห้อ ไมโดคาม (Mydoclam™)

Strong Inhibitors	Moderate Inhibitors
<u>กลุ่มยาฆ่าเชื้อ</u>	<u>กลุ่มยาฆ่าเชื้อ</u>
- Atazanavir (Reyataz™)	- Chloroquin (Aealen™)
- Clarithromycin (Clarith™)	- Clotrimazole (Canazol™)
- Indinavir (Crixivan™)	- Doxycycline (Doxy™)
- Isoniazid	- Erythromycin (Erythrocin™)
- Itraconazole (Spazol™)	- Fluconazole (Diflucan™)
- Ketoconazole (Nizoral™)	- Metronidazole (Flagyl™)
- Nelfinavir (Viracept™)	- Norfloxacin (Noroxin™)
- Ritonavir (Norvir™)	- Saquinavir (Fortovase™)
- Telithromycin (Ketek™)	- Tetracycline (Tetrano™)
- Terbinafine (Lamisil™)	- Voriconazole (VFEND™)
<u>ยาทางจิตเวช</u>	<u>ยาทางจิตเวช</u>
- Fluoxetine (Flulox™, Oxsac™)	- Clomipramine (Anafranil™)
- Paroxetine (Paxil™)	- Duloxetine
- Pergolide (Celance™)	- Haloperidol (Haldol™)
	- Imipramine (Topramine™)
	- Methadone (Dolophine™)
	- Sertraline (Zoloft™)
	- Trazodone (Desirel™)
<u>ยากลุ่มอื่น ๆ</u>	<u>ยากลุ่มอื่น ๆ</u>
- Diclofenac (Voltaren™)	- Amiodarone (Cordarone™)
- Nicardipine (Cardipine™)	- Caffeine
	- Cimetidine (Tagamet™)
	- Diltiazem (Herbesser™)
	- Methimazole (Tapazole™)
	- Pioglitazone (Actos™)
	- Ticlopidine (Ticlid™)
	- Verapamil (Isoptin™)

## แนวทางการบริหารยาในผู้ป่วยที่ได้รับยา AChEIs

เป้าหมายสูงสุดในการบริหารผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม คือ ปลอดภัย ความเสี่ยงของความจำให้ได้น้อยที่สุด โดยที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างเป็นสุข เพื่อการนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงมีหน้าที่เฝ้าระวังการใช้ยาของผู้ป่วย ดังนี้

- อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจว่า โรคนี้ยังไม่มียารักษาให้หายได้ ยาที่ใช้เพียงแค่ชะลอการเสื่อมของความจำเท่านั้น
- เน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งเน้นย้ำผู้ดูแลให้คอยสังเกตผู้ป่วยว่ามีอาการผิดปกติหรือไม่
- อธิบายถึง ADR ที่เกิดได้บ่อย อาทิ คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว น้ำหนักลด
- ค้นหาว่าผู้ป่วยเกิด DRP ขึ้นหรือไม่ พร้อมประเมินและค้นหาแนวทางแก้ไข DRP นั้น

## เอกสารอ้างอิง

- 1) Connelly P, Archibald C, Backett S, et al., Management of patients with dementia : A national clinical guideline, Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network;2006 Available from: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/published /index.html#Mental> [Accessed 2006 Jun 8].
- 2) Roe CM, Anderson MJ, Spivack B., Use of anticholinergic medications by older adults with dementia., J Am Geriatr Soc. 2002 May;50(5):836 - 842.
- 3) Strain JJ, Chiu NM, Sultana K, et al., Psychotropic drug versus psychotropic drug, Gen Hosp Psychiatry 2004;26:87-105
- 4) Delafuente JC, Understanding and preventing drug interactions in elderly patients, Crit Rev Oncol Hematol. 2003 Nov;48(2) :133 - 143

จัดทำโดย

ภญ. วรารัตน์ กิตติกุลสุทธิ

รศ.ดร.ภญ. จุฑามณี สุทธิสีสังข์

ภญ. อรรถภรณ์ สอนขัง

นศภ. นิตริฐู วิเศษกิจ

นศภ. บุญเลิศ ลิ้มวงศ์สุวรรณ

เอกสารคู่มือให้ความรู้แก่บุคลากรทางสาธารณสุข

# การบริหารยาในผู้ป่วย ภาวะสมองเสื่อม

The use of medications in patients  
with dementia



กลุ่มงานเภสัชกรรม

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

112 ถ.สมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน

กรุงเทพฯ 10600

โทรศัพท์ 0 – 2437 – 0200 ต่อ 4145, 4146

“ภาวะสมองเสื่อม เกิดจากการเสื่อมลงของเซลล์ประสาทที่เกี่ยวข้องกับความทรงจำ ส่งผลให้สารสื่อประสาทที่สร้างความทรงจำในสมองมีปริมาณลดลง ทำให้ความทรงจำและพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยเสื่อมลงและผิดไปจากเดิม <sup>1</sup>”

## ยาที่ใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งที่รับประทานและไม่ได้รับ

### ยา Anticholinesterase Enzyme Inhibitors (AChEIs)

#### ยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

#### ยาที่มี Anticholinergic Effect <sup>2</sup>

เนื่องจากยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์ Anticholinergic Effect ซึ่งออกฤทธิ์โดยไป block M<sub>1</sub>-Receptor ส่งผลให้ Acetylcholine ไม่สามารถจับกับ M<sub>1</sub>-Receptor ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความทรงจำระยะสั้นและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เสื่อมลง เช่น สับสนจนทำให้ไวทยาอาละวาด โดยยาที่มีฤทธิ์ดังกล่าว ได้แก่

#### Sedating Antihistamines :-

- Brompheniramine (Bromavon™)
- Chlorpheniramine (Tiffany™, Decolgen™)
- Cyproheptadine (Periactin™) ● Diphenhydramine (Benadryl™)
- Hydroxyzine (Atarax™) ● Triprolidine (Actifed™)

#### Antiemetics :-

- Dimenhydrinate (Dramamine™)

#### Antispasmodics :-

- Atropine (Lomotil™) ● Hyoscine (Buscopan™)
- Flavoxate (U - spa™) ● Scopolamine

#### Muscle Relaxants :-

- Orphenadrine (Norgesic™)

#### Antipsychotics :-

- Chlorpromazine (Chlorpromed™) ● Clozapine (Clozaril™)
- Olanzapine (Zyprexa™) ● Perphenazine (Pernazine)
- Thioridazine (Mellaril) ● Trifluoperazine (Triflumed)

#### Antidepressants :-

- ยาในกลุ่ม TCAs ทุกตัว เช่น Amitriptyline, Nortriptyline, Imipramine
- ยาในกลุ่ม MAOIs ทุกตัว เช่น Isocarboxazid, Phenelzine, Tranylcypromine
- Paroxetine (Seroxat™)

#### Antiparkinsonian Agents :- ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกตัว

- Benztropine (Cogentin™) ● Trihexyphenidyl (Artane™)

#### ยาที่สามารถใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้

เพื่อหลีกเลี่ยงยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่กล่าวมาแล้ว ในกรณีที่ผู้ป่วยอาจเกิดเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นหวัด ปวดกล้ามเนื้อ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยข้างต้น ควรเลือกใช้ยา ดังนี้

กรณีเป็นหวัดมีน้ำมูก ไม่ควรใช้ Sedating Antihistamines ควรใช้

#### Non Sedating Antihistamines :-

- Cetirizine (Zyrtec™)
- Fexofenadine (Telfast™)
- Loratadine (Clarityne™)
- Desloratadine (Aerius™)

กรณีปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ควรใช้ยาที่ไม่มีส่วนผสมของ Orphenadrine เช่น

- Tolperisone (Mydoclam™)

ยาทางจิตเวชที่สามารถใช้ได้ สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ยาที่ใช้ต้องไม่มี

Anticholinergic Effect <sup>2</sup> ได้แก่

#### Antipsychotics :-

- Aripiprazole (Abilify™) ○ Fluphenazine (Pharmazine™)
- Haloperidol (Haldol™) ○ Quetiapine (Seroquel™)
- Risperidone (Risperdal™) ○ Ziprasidone (Zeldox™)

#### Antidepressants :-

- Citalopram (Cipram™) ○ Escitalopram (Lexapro™)
- Fluoxetine (Fluox™, Oxsac™) ○ Fluvoxamine (Faverin™)
- Mirtazapine (Remeron™) ○ Sertraline (Zoloft™)
- Trazodone (Desirel™) ○ Venlafaxine (Effexor™)

## ยาที่ใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่รับประทาน

### Anticholinesterase Enzyme Inhibitors (AChEIs)

เนื่องจากยาในกลุ่ม AChEIs มีราคาแพง และมีโอกาสเกิด Drug Interaction ได้สูง ซึ่งทำให้การรักษาไม่ได้ผลและผู้ป่วยยังอาจเกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิตได้ จึงต้องระมัดระวังในการใช้กลุ่มนี้ร่วมกับยาอื่น ๆ

#### ยาที่ส่งผลต่อระดับยา AChEIs ในกระแสเลือด <sup>3, 4</sup>

#### 1) Enzyme Inducers

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยา Aricept™ (Donepezil) หรือ Reminyl™ (Galantamine) ยาทั้ง 2 ชนิดนี้ถูก Metabolized ผ่าน CYP 2D6 และ CYP3A4 หากใช้ร่วมกับยาที่เป็น CYP 2D6 หรือ CYP 3A4 Inducers จะส่งผลให้ระดับยา Aricept และ Reminyl ลดลง ทำให้ระดับยาดต่ำกว่าขนาดที่ใช้รักษาได้ผล

ยาที่เป็น Enzyme Inhibitors ได้แก่

- Carbamazepine (Tegretol™)
- Nevirapine (Viramune™)
- Oxcarbazepine (Trileptal™)
- Phenobarbital (Benera™)
- Phenytoin (Dilantin™)
- Primidone (Mysoline™)
- Rifampicin (Rifadin™)


#### 2) Enzyme Inhibitors

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยา Aricept™ (Donepezil) หรือ Reminyl™ (Galantamine) ยาทั้ง 2 ชนิดนี้ถูก Metabolized ผ่าน CYP 2D6 และ CYP3A4 หากใช้ร่วมกับยาที่เป็น CYP 2D6 หรือ CYP 3A4 Inhibitors จะส่งผลให้ระดับยา Aricept และ Reminyl สูงขึ้น ทำให้โอกาสที่จะเกิด ADR เพิ่มขึ้นด้วย

ยาที่เป็น Enzyme Inhibitors ได้แก่

- แบบทดสอบทางจิตวิทยาสำหรับภาวะสมองเสื่อม

1. แบบทดสอบ Mini-Mental State Examination (MMSE) เป็นเครื่องมือที่นิยมในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากใช้เวลาในการทดสอบไม่มาก และไม่จำเป็นต้องทดสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Adapted from Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Psychiatry Res, 1975.12)

<b>Patient</b> _____		<b>Date</b> _____
<b>Examiner</b> _____		
<b>Maximum</b>	<b>Score</b>	
<b>Orientation</b>		
5	( )	What is the (year) (season) (date) (day) (month)?
5	( )	Where are we (state) (country) (town) (hospital) (floor)?
<b>Registration</b>		
3	( )	Name 3 objects: 1 second to say each. Then ask the patient all 3 after you have said them. Give 1 point for each correct answer. Then repeat them until he/she learns all 3. Count trials and record. Trials _____
<b>Attention and Calculation</b>		
5	( )	Serial 7's. 1 point for each correct answer. Stop after 5 answers. Alternatively spell "world" backward. (Do both and take the best score)
<b>Recall</b>		
3	( )	Ask for the 3 objects repeated above. Give 1 point for each correct answer.
<b>Language</b>		
2	( )	Name a pencil and watch.
1	( )	Repeat the following "No ifs, ands, or buts"
3	( )	Follow a 3-stage command: "Take a paper in your hand, fold it in half, and put it on the floor."
1	( )	Read and obey the following: CLOSE YOUR EYES
1	( )	Write a sentence.
1	( )	Copy the design shown.
		
Total Score _____		
ASSESS level of consciousness along a continuum _____		
Alert Drowsy Stupor Coma		

2. แบบประเมิน Alzheimer's Disease Assessment Scale—Cognitive Portion (ADAS-cog)  
เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินยาต้านสมองเสื่อมในการทดลองทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อเกี่ยวกับภาวะการเรียนรู้และอื่นๆดังแสดงในตาราง.15.

ตาราง.15.แสดงสัดส่วนเนื้อหาในแบบประเมิน ADAS-cog

**TABLE.** *Contents of the Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)*

<b>Subscale</b>	<b>Points</b>
<b>Symptom area</b>	<b>(range)</b>
<b>Item</b>	
Cognitive	0 - 70
Memory	0 - 25
Word recall	0 - 10
Word recognition	0 - 12
Remembering test instructions <sup>a</sup>	0 - 5
Orientation	0 - 8
Language	0 - 25
Naming	0 - 5
Following commands	0 - 5
Spoken language ability <sup>a</sup>	0 - 5
Word-finding difficulty <sup>a</sup>	0 - 5
Comprehension of spoken language <sup>a</sup>	0 - 5
Praxis	0 - 10
Copying drawings	0 - 5
Ideational praxis	0 - 5
Noncognitive	0 - 50
Agitation	0 - 20
Excess motor activity <sup>a</sup>	0 - 5
Pacing <sup>a</sup>	0 - 5
Uncooperative to testing <sup>a</sup>	0 - 5
Tremors <sup>a</sup>	0 - 5
Depressed mood	0 - 10
Depressed mood <sup>a</sup>	0 - 5
Tearfulness <sup>a</sup>	0 - 5
Psychosis	0 - 10
Delusions <sup>a</sup>	0 - 5
Hallucinations <sup>a</sup>	0 - 5
Miscellaneous	0 - 10
Attention/concentration <sup>a,b</sup>	0 - 5
Weight change <sup>a,c</sup>	0 - 5
Total score	0 - 120

Mohs RC. Neuropsychological Assessment of Patients with Alzheimer's Disease.

Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress; 2000 Available from:

<http://www.acnp.org/g4/GN401000133/CH130.html> [Accessed 2006 Oct 18].