



Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

Gp.Capt. Kanchana Piyatanont M.D.
Division of Neurology
Department of Internal Medicine
Bhumibol Adulyadej Hospital

Outlines

- Definition of BPSD
- Clinical presentation of BPSD
- Etiopathogenesis of BPSD
- Treatment of BPSD

Definition of BPSD

- The term Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)
- Describes the heterogeneous group of symptoms and signs of disturbed perception, thought content, mood or behavior that frequently occur in patients with dementia
- BPSD associated with worsening cognition and progression to more severe stages of dementia
- Increasing the risk for secondary complications : falls, fractures, death



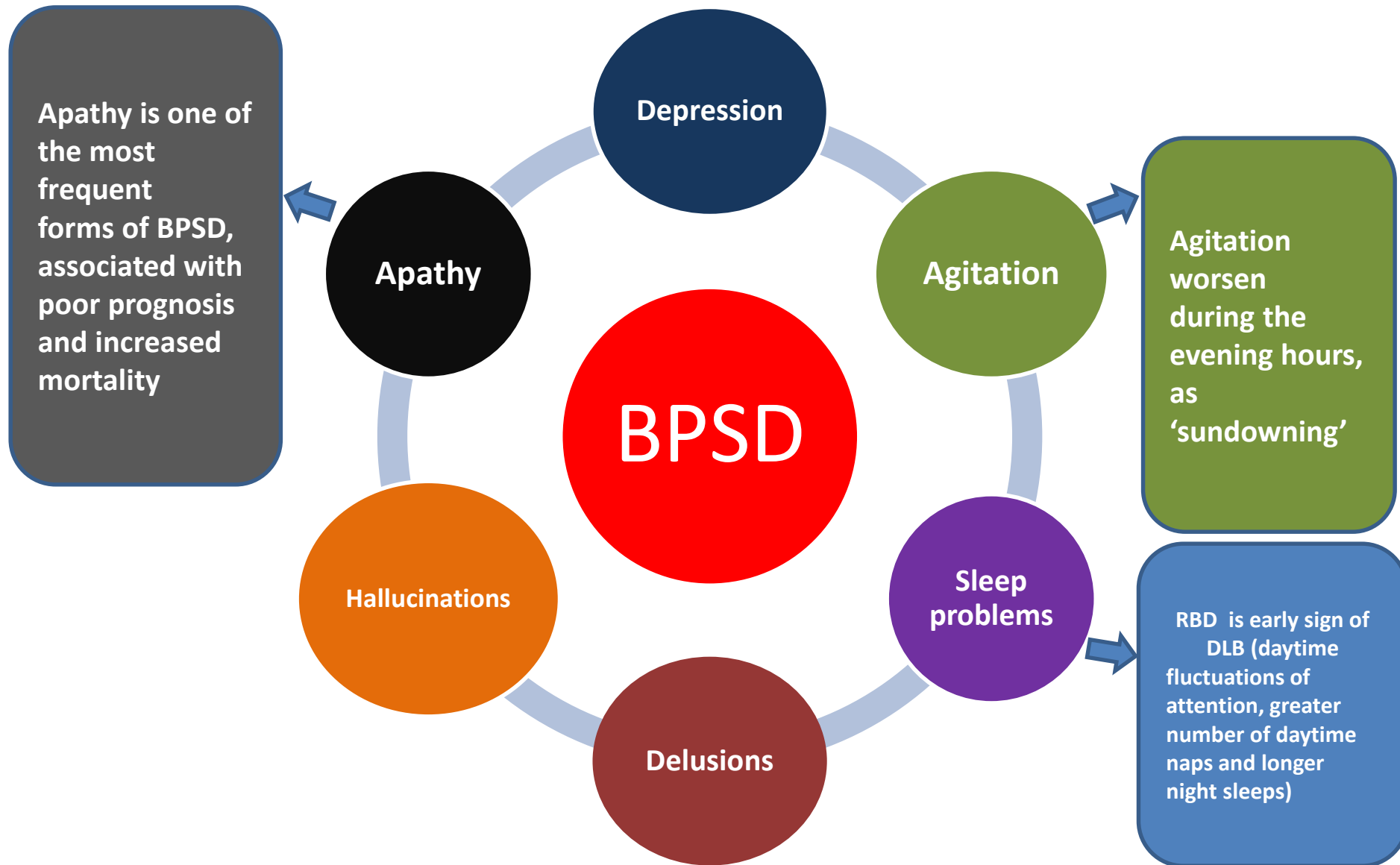
Clinical presentation of BPSD



- Apathy, depression, anxiety, agitation, delusion hallucinations, sexual or social disinhibition, sleep–wake cycle disturbances, aggression
- Apathy, depression, anxiety and agitation : the most frequent forms
- Neuropsychiatric Inventory (NPI) and Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating Scale (BEHAVE-AD) : as instruments to systematically assess presence and severity of BPSD
- Type and severity of BPSD tend to change over time, but wandering seem to be more persistent
- The ‘natural course’ of BPSD over time is still unknown

แบบสอบถาม	เวลาในการประเมิน	ผู้ทำการประเมิน	แบบทดสอบประกอบด้วย
Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q) ⁵ (I, A, P/S/T)	5-10 นาที	ถามผู้ดูแล	ประเมินอาการหลัก 12 อาการ ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว ซึมเศร้า วิตกกังวล อารมณ์ดีผิดปกติ เฉื่อยเมย ยับยั้งชั่งใจไม่ได้ อารมณ์หงุดหงิด การเคลื่อนไหวผิดปกติ ปัญหาการนอน ปัญหาการกิน โดยแต่ละอาการ จะประเมินความรุนแรง (3 ระดับ) และผลกระทบต่อผู้ดูแล (5 ระดับ)
Neuropsychiatric Inventory (NPI) ⁴ (II, A, S/T)	10-15 นาที	ถามผู้ดูแล	ประเมินอาการหลัก 12 อาการ ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว ซึมเศร้า วิตกกังวล อารมณ์ดีผิดปกติ เฉื่อยเมย ยับยั้งชั่งใจไม่ได้ อารมณ์หงุดหงิด การเคลื่อนไหวผิดปกติ ปัญหาการนอน ปัญหาการกิน โดยแต่ละอาการ จะประเมินความถี่ (4 ระดับ) ความรุนแรง (3 ระดับ) และผลกระทบต่อผู้ดูแล (5 ระดับ)
Behavioral Pathology in Alzheimer’s disease Rating Scale (BEHAVE-AD) ⁶ (III, A, T)	20 นาที	ถามผู้ดูแล	แบบประเมินเป็น 2 ส่วนหลัก คือ ส่วนแรกประเมิน 7 กลุ่มอาการหลัก ได้แก่ อาการหวาดระแวงหลงผิด อาการประสาทหลอน พฤติกรรมที่ผิดปกติ อาการกระสับกระส่าย/ก้าวร้าว วงจรการนอนหลับที่เปลี่ยนไป อารมณ์แปรปรวน ความวิตกกังวล และส่วนที่ 2 เป็นการประเมินผลกระทบโดยรวม (global rating)

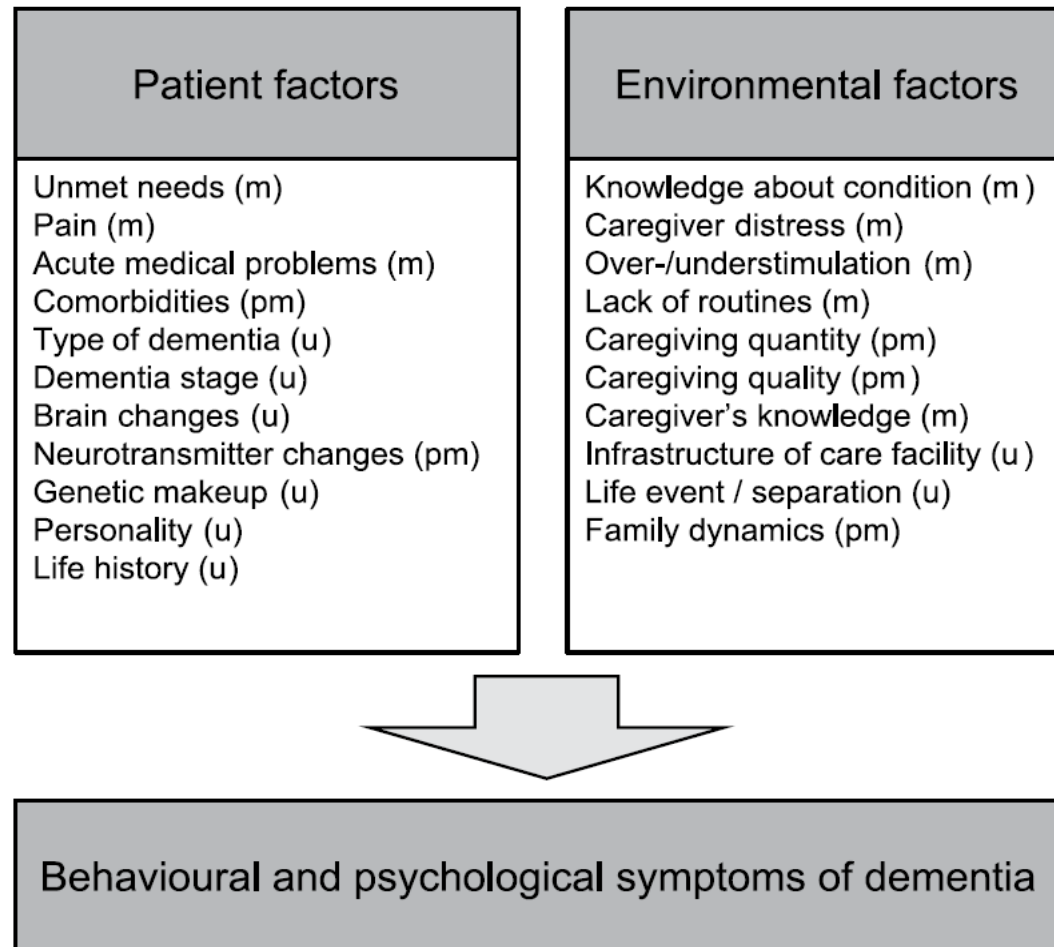
Clinical presentation of BPSD



Simplified etiopathogenetic model of BPSD



shutterstock.com · 385741186



shutterstock.com · 1338055397

m, modifiable; pm, potentially modifiable; u, unmodifiable

Etiopathogenesis of BPSD

- **Biological perspective**

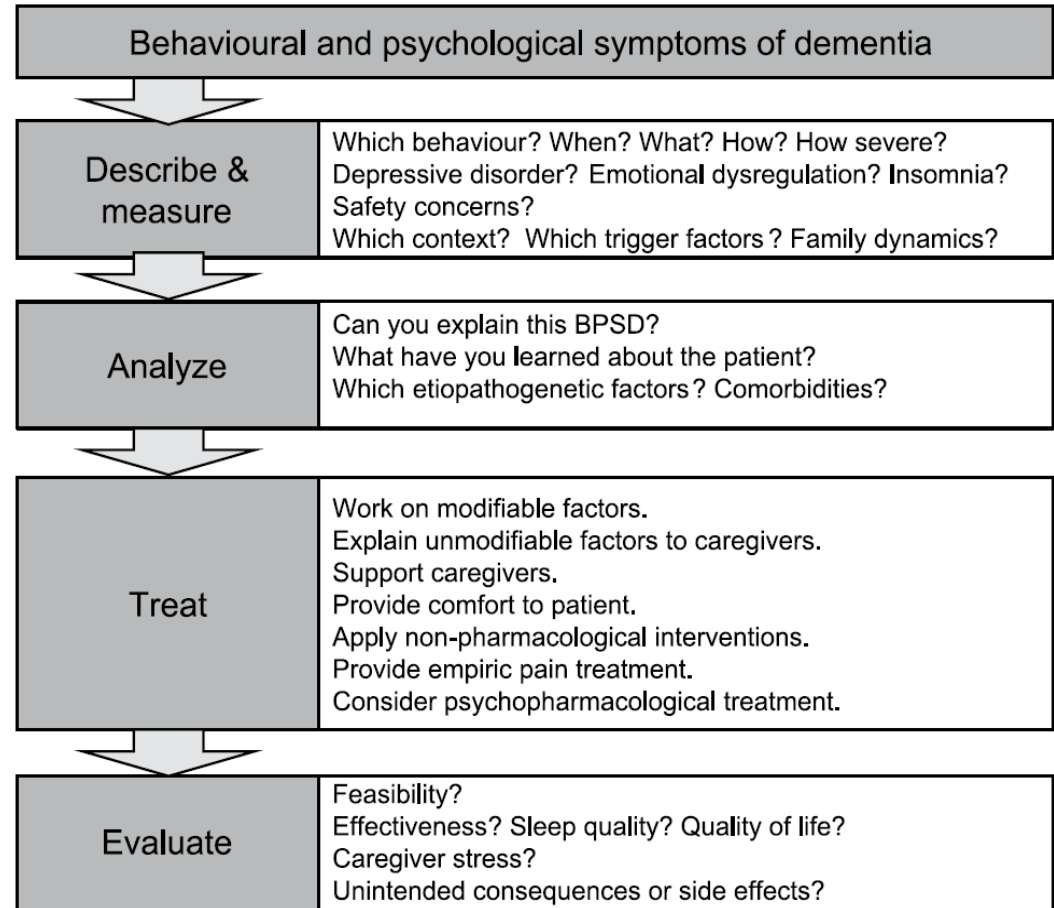
- Brain lesions & type of dementia
- Changes in neurotransmission and neuromodulation
- Physical disorders and pain

- **Psychological and environmental perspective**

- Personality traits
- Life events
- Environmental risks

Treatment of BPSD

- Non-pharmacological approaches
- Psychopharmacotherapy
- Biological therapies



BPSD-DATE interventional algorithm

Non-pharmacological approaches

- Psychosocial interventions
- Nursing care.
- Physical activity.
- Sensory stimulation, music therapy.
- Reality orientation, cognitive stimulation therapy
- Validation therapy.
- Reminiscence therapy
- Psychotherapeutic interventions.



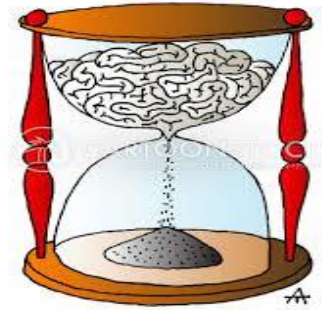
Psychopharmacotherapy

- Most drugs are not approved for BPSD and use is off-label.
 - A clinical and laboratory examination including history of medication and EKG should precede psychopharmacotherapy.
 - Psychotropic medication use should be limited in time and stopped after a gradual reduction when BPSD improve.
 - Drug metabolism is altered in elderly and compared to younger patients they need lower doses of psychotropic drugs.
- Antidementia drugs.
 - Antidepressants.
 - Antipsychotics.
 - Mood stabilizers.
 - Benzodiazepines.
 - Other substances.





Antidementia drugs



- Cholinesterase inhibitors and memantine may be effective to treat BPSD.
- Donepezil, galantamine, rivastigmine may alleviate BPSD in mild to moderate dementia: apathy, depression, tension, irritability(negative symptoms)
- Donepezil appears to be inefficient in treatment of AD with agitation

- Memantine may be more effective on positive symptoms : agitation, delusions, hallucinations, aggression in moderate to severe AD.
- Antidementia drugs may reduce incidence of BPSD
- Some evidence for preventive efficacy of *Ginkgo biloba* extract Egb 761® in treatment of dementia patients with clinically relevant BPSD



Antidepressants.



- Depression and anxiety are the most common BPSD
- Antidepressive therapy in dementia can improve both cognition and affective symptoms as well as other forms of BPSD (agitation and aggressiveness)
- Tricyclic antidepressants are not recommended because of anticholinergic adverse events
- SSRIs have reasonable tolerability and favorable treatment response.
- In dementia, SSRIs (specifically citalopram) are as efficacious as atypical antipsychotics for treating agitation.
- SSRIs can be associated with severe adverse effects such as QT-prolongation and hyponatraemia.



Antidepressants.



ยา	ข้อบ่งชี้ (ระดับคำแนะนำ)	ขนาด เริ่มต้น (มก)	ขนาดต่อวัน (มก)	ผลข้างเคียง	คำแนะนำพิเศษ	ยา	ข้อบ่งชี้ (ระดับคำแนะนำ)	ขนาด เริ่มต้น (มก)	ขนาดต่อวัน (มก)	ผลข้างเคียง	คำแนะนำพิเศษ
Antidepressant กลุ่ม SSRIs						Escitalopram	Depression (III, B)	5	10	คลื่นไส้ ปั่นป่วนท้อง, QTc prolongation	- การให้ยาขนาด สูงเกิน 10 mg อาจเพิ่ม mortality risk - การให้ไกลเวลารอน อาจรบกวนการนอน
Sertraline	Depression (III, A)	25	50-150	คลื่นไส้ ปั่นป่วนท้อง, SIADH	การให้ไกลเวลารอน อาจรบกวนการนอน		Anxiety (II, B)				
	Anxiety (II, D)						Apathy with depression (III, C)				
	Disinhibition (II, D)						Disinhibition (II, C)				
	Repetitive behavior in FTD (III, C)						Repetitive behavior in FTD (III, C)				
Agitation/ aggression (II, A)					Fluoxetine	Depression (III, C)	10	40	คลื่นไส้ ปั่นป่วนท้อง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด, EPS, นอนไม่หลับ	อาจมี drug-drug interaction ต่อยาที่ใช้ CYP 2D6 และ 2C19	
Antidepressant กลุ่มอื่น						Mirtazapine	Depression (III, B)	7.5	45	ง่วง ซึม น้ำหนักขึ้น	สามารถใช้ในผู้ที่มี ปัญหานอนไม่หลับ จากโรคซึมเศร้า
Trazodone	Insomnia (II, C)	25	50-100	ง่วงซึม, orthostatic hypotension, Priapism	- สามารถใช้เป็น ยานอนหลับได้ - หากให้ขนาดสูง เกินกว่า 200 มก.ต่อวัน ต้อง ประเมินการทำงานของ ของตับสม่ำเสมอ		Insomnia (III, D)		7.5-15		
	Disinhibition (II, D)	25	100-300			Venlafaxine	Depression (III, B)	37.5	150	คลื่นไส้ ปั่นป่วนท้อง กระสับกระส่าย ความดันโลหิตสูงขึ้น	ควรระวังการใช้ ในผู้ป่วย HT
ยา	ข้อบ่งชี้ (ระดับคำแนะนำ)	ขนาด เริ่มต้น (มก)	ขนาดต่อวัน (มก)	ผลข้างเคียง	คำแนะนำพิเศษ	Agomelatine	Insomnia (III, D)	12.5	12.5-50	ง่วง ซึม อาจเพิ่มระดับ ค่าเอนไซม์ของตับ	- สามารถใช้ในผู้ที่มี ปัญหานอนไม่หลับ จากโรคซึมเศร้า - ควรระวังการให้ ในผู้ที่อายุ >70 ปี หรือมีโรคตับ
Mianserin	Insomnia (III, D)	10	30-60	ง่วง ซึม	ใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหา การนอนไม่หลับจาก โรคซึมเศร้า		Apathy in FTD (III, C)				

Antipsychotics.



- Antipsychotics have not been approved for clinical use in dementia, except for risperidone
 - Atypical antipsychotics (risperidone, aripiprazole) are the most often prescribed drugs in BPSD.
 - Atypical antipsychotics : effective in treatment of psychotic (agitation, aggression)
 - Haloperidol : not recommended for use in dementia.
 - Haloperidol is only recommended for delirium
 - Adverse events of atypical antipsychotics : anticholinergic effects, orthostatic hypotension, seizures, metabolic syndrome, weight gain, EPS, sedation , QT-prolongation
- Antipsychotics : necessary and helpful in treatment of BPSD, but their use must be limited in time.
 - Regular evaluations of risks and benefits are necessary throughout course of treatment
 - Evidence on efficacy of quetiapine for BPSD is mixed
 - Due to its favourable side-effect profile, regarding EPS, quetiapine may be of particular value for BPSD, especially in patients with Parkinsonian features, despite conflicting evidence

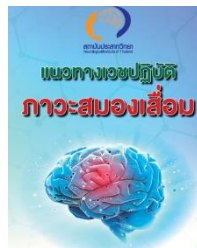
Antipsychotics.



Antipsychotics *

Antipsychotics ที่ใช้ในผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม อาจเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิต ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง ติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นสม่ำเสมอและหากเป็นไปได้ควรใช้เป็นระยะเวลาสั้น ๆ¹

ยา	ข้อบ่งชี้ (ระดับคำแนะนำ)	ขนาด เริ่มต้น (มก)	ขนาดต่อวัน (มก)	ผลข้างเคียง	คำแนะนำพิเศษ
Risperidone	Delirium (II, D) Psychosis (II, A) Disinhibition (II, D) Agitation/ aggression (II, A) Repetitive behaviour– vocalization (III, D)	0.5 0.5-2 0.5-2.5 ^{51, 55}	0.5 0.5-2 0.5-2.5 ^{51, 55}	EPS, ความดันโลหิตต่ำ, QTc prolongation, เบาหวาน น้ำหนักขึ้น ง่วงซึม ^{51, 172} Hyperprolactinemia	ควรตรวจ cataract ทุก 6 เดือน ¹⁷²
Olanzapine	Delirium (II, D) Psychosis (II, A) Agitation/ aggression (II, A)	2.5 2.5-10 2.5-15 ^{51, 55} 2.5-10	2.5 2.5-10 2.5-15 ^{51, 55} 2.5-10	EPS, ความดันโลหิตต่ำ, QTc prolongation, เบาหวาน น้ำหนักขึ้น, ง่วงซึม ^{51, 172} ในขนาดสูงอาจมี anticholinergic effect	
Quetiapine	Delirium (II, D) Psychosis (II, A) Agitation/ aggression (II, A) Disinhibition (II, D)	12.5	12.5-50 25-200 ^{51, 55} 25-200 25-75	EPS, ความดันโลหิตต่ำ, QTc prolongation, เบาหวาน น้ำหนักขึ้น, ง่วงซึม ^{51, 172}	ควรตรวจ cataract ทุก 6 เดือน ¹⁷²
Aripiprazole	Psychosis (II, A) Agitation/ aggression (II, A) Disinhibition (III, D) Repetitive behaviour– vocalization (III, D)	2	5-10 ^{51, 55}	EPS, ง่วงซึม ^{51, 172}	ควรรอประมาณ 2 สัปดาห์จึงปรับขนาดยาเพิ่ม ¹⁷²
Clozapine	Psychosis (II, B)	12.5	12.5-150 ^{51, 56}	Neutropenia and agranulocytosis, ความดันโลหิตต่ำ, QTc prolongation, ลด seizure threshold, ง่วงซึม ^{51, 172}	- ให้ผลดี ใน Parkinsonism หรือ TD - ต้องตรวจ CBC อย่างสม่ำเสมอ ¹⁷² - ขนาดสูงอาจมี anticholinergic effect
Haloperidol	Delirium (II, D) Psychosis (II, A) Disinhibition (III, D) Agitation/ aggression (II, A)	0.25 0.5	0.25-0.5 ทุก 30 นาที ไม่เกินวันละ 5 mg/d 0.5-2 ⁵³	EPS, กระสับกระส่าย, TD, QTc prolongation, Hyperprolactinemia ^{51, 172}	ไม่ควรใช้ในผู้ป่วย DLB, FTD, Parkinson's disease with dementia หรือผู้ป่วยที่มี parkinsonism หรือเกิด EPS ง่าย



Mood stabilizers.

- Carbamazepine shows some benefit for agitation in dementia, mood stabilizers are associated with severe side effects.
- Valproic acid is not recommended.
- There is some clinical experience and limited evidence for gabapentine and lamotrigine in treatment of BPSD.

กลุ่ม Antiepileptics

Sodium Valproate	Agitation/ aggression (III, A)	100	200-1000	เดินเซ, ล้ม, ง่วงซึม, tremor, อาจเพิ่มระดับ ค่าเอนไซม์ของตับ	- ตรวจ CBC และ Liver enzyme เป็น baseline - CYP450 enzyme inhibitor/ interaction - Glucose intolerance, weight gain
Carbamazepine	Disinhibition (II, D) Agitation/ aggression (III, A)	200	200-800	ง่วงซึม, เดินเซ, skin rash, ไข้, agranulocytosis, Steven-Johnson Syndrome ในผู้ที่ มี HLA-B*15:02	- ตรวจ CBC, Liver enzyme เป็น baseline - CYP450 enzyme inducer/ interaction
Gabapentin	Disinhibition (II, D)	200	300-900	ง่วงซึม เดินเซ	

Benzodiazepines.

- Evidence for efficacy of benzodiazepines in BPSD is lacking.
- Benzodiazepines are associated with sedation, dizziness, falls, worsening cognition, respiratory depression, dependency and paradoxical disinhibition in elderly.
- They are only recommended for management of an acute crisis, if other methods fail.
- Their use must be limited in time and they should not be prescribed as hypnotics.

กลุ่ม sedative-hypnotics					
Lorazepam	Insomnia (II, D)	0.5	0.5-1	ง่วงซึม หกล้ม สับสนก้าวร้าว	สามารถใช้เป็น ยาลดวิตกกังวล และยานอนหลับ ระยะสั้นได้
	Anxiety (II, D)				

Other substances.

- Hypnotics : zolpidem can have similar side effects as benzodiazepines (used for sleep disorders in dementia over a limited time and at small doses)
- Sedative antidepressants : trazodone seem to improve sleep duration.
- Melatonin and melatonin receptor agonists can be effective in treating circadian sleep disorders

Melatonin					
Melatonin	Sundowning (III, D)	1	3-9	ง่วง ซึม	อาจใช้ extended release form 2 mg แทนได้

ยา	ข้อบ่งชี้ (ระดับคำแนะนำ)	ขนาด เริ่มต้น (มก)	ขนาดต่อวัน (มก)	ผลข้างเคียง	คำแนะนำพิเศษ
Stimulants					
Methylphenidate	Apathy (III, B)	5	10-20	เหงื่อออกง่าย, นอนไม่หลับ วิตกกังวล ไม่ยอมกินอาหาร ปวดศีรษะ ปากแห้ง ชัก โรคหลอดเลือดสมอง	ควรเฝ้าระวังใน คนไข้โรคหัวใจ ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง มีประวัติ sudden death ในครอบครัว
กลุ่มยาสำหรับ hormonal therapy					
Medroxyprogesterone acetate	Sexual Disinhibition (II, D)	100 mg IM ทุก 2 สัปดาห์	300 mg IM ทุก 1 สัปดาห์	ปวดท้อง ปั่นป่วนท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด เลือดออก จากช่องคลอด	ควรปรึกษาแพทย์ สูตินรีเวชประเมินก่อน ให้การรักษ
ยา	ข้อบ่งชี้ (ระดับคำแนะนำ)	ขนาด เริ่มต้น (มก)	ขนาดต่อวัน (มก)	ผลข้างเคียง	คำแนะนำพิเศษ
Estrogen	Sexual Disinhibition (II, D)	0.625	1.875	คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ปวดศีรษะ ชาบวม ตะคริวที่ขา	ควรปรึกษาแพทย์ สูตินรีเวชประเมินก่อน ให้การรักษ
Leuprolide	Disinhibition (II, D)	7.5 mg ทุก 4 สัปดาห์	7.5 mg ทุก 4 สัปดาห์	ร้อนวูบวาบ (hot flashes) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ปวดศีรษะ เหงื่อออกมาก	ควรปรึกษาแพทย์ สูตินรีเวชประเมินก่อน ให้การรักษ
Finasteride	Disinhibition (II, D)	10	10	เวียนหรือปวดศีรษะ วูบ บวมบริเวณมือ และเท้า ผื่น	

Biological therapies

- **Light therapy** (in the morning) and light therapy in combination with melatonin (at bedtime) may be useful to treat sleep or circadian rhythm disorders, “sundowning” and day sleepiness, but sleep deprivation is not recommended in BPSD
- **Electroconvulsive therapy** may be helpful in individual situations

หลักการการรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

เป้าหมาย :

- ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้นานที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วย
- ลดความเครียดของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
- เพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ^{21, 22}

หลักการ²¹⁻²³ :

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา มีเทคนิคในการจัดการ เช่น
 - การปรับพฤติกรรม
 - การจัดการสิ่งแวดล้อม
 - การจัดการตารางเวลาและกิจกรรมให้คงที่คล้ายเดิมทุกวัน
 - การจัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและคุ้นเคย เพื่อกระตุ้นฟื้นฟูผู้ป่วย
 - การดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล
 - การทำจิตบำบัดแบบประคับประคองผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. การรักษาด้วยยา ใช้ยาตามอาการ เป็นการรักษาเสริมในกรณีการจัดการด้วยวิธีไม่ใช้ยาไม่ได้ผล โดยใช้เป็นช่วงเวลาสั้น ๆ ยาอาจมีผลข้างเคียง การเลือกให้ยาให้คำนึงถึงประสิทธิภาพผลข้างเคียง และอันตรกิริยาระหว่างยา ตามแนวทางต่อไปนี้^{24, 25}
 - วินิจฉัยอาการที่เป็นปัญหา
 - วินิจฉัยสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหานั้น
 - เลือกใช้ยาในกรณีที่มีความรุนแรงของอาการมาก
 - วางแผนการรักษาและเลือกให้ยาที่เหมาะสมร่วมไปกับวิธีการไม่ใช้ยา
 - อธิบายให้ผู้ดูแลหรือญาติ และผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจผลดีและผลเสียของการใช้ยา เพื่อความร่วมมือและให้การยินยอมในการใช้ยา
 - ควรเริ่มใช้ยาในขนาดต่ำ ๆ ประมาณ 1 ใน 4 ถึง ครึ่งหนึ่งของขนาดที่ใช้ในผู้ใหญ่ แล้วค่อย ๆ ปรับเพิ่มขนาดอย่างช้า ๆ และควรใช้ยาหรือปรับยาทีละขนาน
 - หลังจากใช้ยาควรมีการประเมินเป็นระยะ ๆ ทั้งด้านประสิทธิภาพและผลข้างเคียง
 - ปรับและเปลี่ยนการให้ยาตามความเหมาะสมเพื่อให้ได้ประสิทธิผลที่ดีที่สุด

การปรับพฤติกรรมตามแนวทาง ABC^{26, 27}

1. วิเคราะห์อาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยพิจารณา เหตุ อาการ และผลกระทบตามแนวทาง Antecedent, Behavior และ Consequences

2. วางแผนปรับพฤติกรรม โดย

- แก้ไขหรือลด antecedent
- ปรับเปลี่ยนวิธีการตอบสนองต่ออาการผู้ป่วยจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย
- ปรับเปลี่ยนบริบท สภาพแวดล้อม ตารางเวลา
- เบี่ยงเบนความสนใจ
- ใช้เครื่องมือช่วยหรือขอความช่วยเหลือจากคนอื่น
- ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

3. ประเมินผลและปรับแผนการดูแล อาจจะต้องปรับแผนการดูแลเมื่ออาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป
วิธีการและเทคนิคของการรักษาแบบไม่ใช้ยา^{21-23, 28}

- การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและอาการ BPSD และแนวทางในการจัดการปัญหา
- แนะนำให้ผู้ดูแล
 - สื่อสารด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย กระชับ และใช้ภาษากายหรือภาษาท่าทางร่วมด้วย
 - ไม่กักขังหรือผูกมัดผู้ป่วย
 - เปลี่ยนความสนใจของผู้ป่วยด้วยกิจกรรมอื่น ๆ หรือการเปลี่ยนบริบท สถานที่
 - ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างที่ผู้ป่วยชอบและยังพอทำได้ เช่น การเตรียมอาหาร การทำกับข้าว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วม และมีความรู้สึกรับคุณค่า
 - ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในการทำกิจวัตรบางอย่างที่ไม่ชอบหรือทำไม่ค่อยได้ ให้อเวลาในการทำอย่างค่อยเป็นค่อยไปเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล
 - คลายเครียดให้ผู้ป่วยโดยการสัมผัสเบา ๆ ดนตรี การอ่านหนังสือ พาไปเดินเล่น
 - ดูแลสุขอนามัยและความสะอาดของผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า การตัดผม สระผม การตัดเล็บ
 - ดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดความเครียดตามแนวทางการดูแลตนเองของผู้ดูแลในบทที่ 3

Confusion : Sundown Syndrome

อาการ	ความหมาย	ตัวอย่างพฤติกรรม
<p>ภาวะสับสน (confusion) เป็นกลุ่มอาการที่ต้องวินิจฉัยโรคจาก BPSD อื่น ๆ ภาวะสับสน อาจเป็นกลุ่มอาการ สับสนช่วงพระอาทิตย์ตกดิน (sundown syndrome) หรืออาการ เพื่อหรือสับสนเฉียบพลัน (delirium)</p>	<p>กลุ่มอาการสับสนช่วงพระอาทิตย์ตกดิน (sundown syndrome) การเลเวลลงของกลุ่มอาการทางจิตเวชและพฤติกรรมมีการดำเนินโรคแบบเป็น ๆ หาย ๆ และมักเกิดช่วงพระอาทิตย์กำลังตกดิน หรือช่วงกลางคืน ในบางรายอาจเกิดช่วงบ่าย ซึ่งระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการนั้นมักเป็นแบบแผน เช่น เกิดเวลาเดิมทุกวัน วันเว้นวัน หรืออื่น ๆ เช่น วันเว้นสองวัน หรือในบางรายมีอาการสัปดาห์ละครั้ง ความรุนแรงของอาการ ในช่วงเวลาที่เกิดอาการจะอยู่ในระดับเดิม ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จำญาติไม่ได้ - คิดว่าตัวเองอายุน้อยกว่าความจริง - สับสนเรื่องสถานที่ อยากกลับบ้าน - มีอาการหลงผิดคิดว่ามีคนจะมาหา - หรืออาการอื่น ๆ ของ BPSD ได้ทั้งหมด

What drugs should be avoided in dementia ?

ตารางที่ 44 ยาที่น้ำหนักคำแนะนำอยู่ในระดับไม่น่าใช้ (I) ในการรักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม¹⁷³

น้ำหนักคำแนะนำ	ยา	ผลข้างเคียงสำคัญของกลุ่ม	เหตุผลที่ไม่ควรใช้
Tricyclic Antidepressants			
I (ไม่ควรให้)	Amitriptyline Imipramine Clomipramine	<ul style="list-style-type: none"> - ความจำแย่ลง - ง่วงซึม - ตัดสินใจช้า - ท้องผูก - หัวใจเต้นผิดจังหวะ เต้นเร็ว - ปากแห้ง คอแห้ง - ขาอ่อนแรง หกล้มง่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลจากฤทธิ์ anticholinergic - Prolonged QTc interval
น้ำหนักคำแนะนำ	ยา	ผลข้างเคียงสำคัญของกลุ่ม	เหตุผลที่ไม่ควรใช้
Typical Antipsychotics			
I (ไม่ควรให้)	Thioridazine Chlorpromazine Perphenazine	<ul style="list-style-type: none"> - ความจำแย่ลง - ง่วงซึม - ตัดสินใจช้า - ท้องผูก - หัวใจเต้นผิดจังหวะ เต้นเร็ว - ปากแห้ง คอแห้ง - Extrapyramidal symptom 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลจากฤทธิ์ anticholinergic - เสี่ยงต่อ cardiovascular events ในอัตราที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ยา และผู้สูงอายุที่ใช้ยา atypical antipsychotics¹¹⁰⁻¹¹³

Anticholinergics

I (ไม่ควรให้)	Trihexyphenidyl* Bentropine	<ul style="list-style-type: none"> - ความจำแย่ลง - ง่วงซึม - ตัดสินใจช้า - ท้องผูก - หัวใจเต้นผิดจังหวะ เต้นเร็ว - ปากแห้ง คอแห้ง 	- ผลจากฤทธิ์ anticholinergic
------------------	--------------------------------	---	------------------------------

First-generation antihistamine

I (ไม่ควรให้)	Diphenhydramine* Dimenhydrinate* Chlorpheniramine Hydroxyzine	<ul style="list-style-type: none"> - ความจำแย่ลง - ง่วงซึม - ตัดสินใจช้า - ท้องผูก ปากแห้ง คอแห้ง - หัวใจเต้นผิดจังหวะ เต้นเร็ว 	- ผลจากฤทธิ์ anticholinergic
------------------	--	--	------------------------------

Benzodiazepines

I (ไม่ควรให้)	Alprazolam Diazepam	<ul style="list-style-type: none"> - ความจำแย่ลง - สับสน (delirium) - หกล้มง่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการติดยา (dependent) - ในระยะยาวมีผลต่อความจำ
------------------	------------------------	--	--

Take Home Message



- BPSD are a heterogeneous group of symptoms & signs, causing suffering in patients and caregivers.
- The causes of and risk factors for BPSD are multiple, biological, psychological, social/environmental causes
- Taking a detailed history and performing a clinical investigation including the patient and family or care team are essential.
- Psychosocial treatments are pivotal
- Combining different non-pharmacological approaches precedes drug treatment that can be added if required
- Regular assessments of treatment plan and prescriptions must be carried out to detect signs of relapse and to stop drug that has become inappropriate