

โรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Poststroke Dementia)

นพ.เจษฎา เขียนดวงจันทร์

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

Jesada Keanduangchun, M.D.

Department of Internal Medicine,

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital,

Mahidol University

Corresponding Author:

Jesada Keanduangchun, M.D.

Department of Internal Medicine,

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital,

Mahidol University,

E-mail: jesada2277@hotmail.com

Abstract

Poststroke dementia is a dementia which is detected or occurred after acute stroke. The causes of poststroke dementia are VaD, Alzheimer's disease or mixed dementia. About 10% of stroke patients have poststroke dementia which increased morbidity and mortality after stroke. So, early recognition and management were very important.

(*J Thai Stroke Soc* 2015; 14 (3): 146-152.)

Keywords: Poststroke dementia, Vascular Dementia, Cognitive Impairment

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยและทำให้เสียชีวิตและเกิดความพิการ โดยมีอัตราการตายและอัตราการทุพพลภาพเป็นอันดับต้นๆในประเทศไทยและทั่วโลก นอกจากความพิการทางร่างกายแล้วยังนำไปสู่ความบกพร่องในด้านความจำ ความนึกคิด เซาว์ปัญญา ในด้านต่างๆของสมองอีกด้วยซึ่งจะนำไปสู่โรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองได้ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันจะมีความบกพร่องทางการรับรู้ (cognition) ในด้านต่างๆ โดยร้อยละ 10 จะมีโรคสมองเสื่อม จากการศึกษศึกษาในโรงพยาบาลรามารับตีช่วงปี 2556 (unpublished) มีการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ได้รับการทดสอบทางประสาทจิตวิทยาตั้งแต่แรกและที่ 3 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 11.5 และพบภาวะความจำลดลงหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 61.5

ระบาดวิทยาของโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง

ความชุกของโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง อาจพบได้สูงถึงหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความแตกต่างในรายงานความชุกขึ้นอยู่กับ

1. กลุ่มประชากรที่ศึกษา กล่าวคือ การศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป (population based studies)^{1,2} พบผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 12.5 หรือประมาณ 3.6 ถึง 5.8 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนการศึกษาในโรงพยาบาล (hospital based studies) พบผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 26.5 (หรือ 5.9 ถึง 32 เท่า)³⁻⁶ ซึ่งอาจจะน้อยกว่านี้ ถ้าไม่รวมผู้ป่วยที่มีอาการโรคสมองเสื่อมอยู่ก่อนที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยจากการรวบรวมการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคสมองเสื่อมที่มีอยู่ก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบประมาณร้อยละ 8.5 (พบร้อยละ 9.1 (6.9-11.3) จากการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปและร้อยละ 14.4 (12 – 16.8) จากการศึกษาในโรงพยาบาล)⁷ หรืออาจมากกว่านี้ถ้ารวม

ผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการประเมิน เช่น ผู้ป่วยสับสนไม่ร่วมมือในการตรวจ, ผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือ ผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ภาษา (aphasia)^{6,8} เป็นต้น

2. เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึง การทดสอบทางประสาทจิตวิทยาที่ใช้ในการประเมินพุทธิปัญญาหรือการรับรู้ (cognition)

3. ระยะเวลาที่เริ่มประเมินหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

อุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษศึกษาในประชากรทั่วไป⁹ ระยะเวลา 25 ปี พบอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง 7% ที่ปีแรก, 10% ที่ 3 ปี, 15% ที่ 5 ปี, 23% ที่ 10 ปี และสูงถึง 48% ที่ 25 ปี และมีการศึกษาอื่นๆอีกหลายการศึกษา พบว่า อุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 1 ใน 3 ที่ 4 ปี และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ 9 ปี

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเสี่ยงของโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ผู้ป่วยหญิง, อายุมาก, มีระดับการศึกษาน้อย, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, โรคหัวใจล้มเหลว, ภาวะหัวใจสั่นพริ้ว (atrial fibrillation), ผู้ป่วยที่มีอาการหลงลืมมาก่อน, ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลงต้องมีคนช่วยเหลือดูแลก่อนมีอาการ^{3,10,11}

2. ลักษณะของโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นเช่น มี aphasia, มีอาการชัก, ตำแหน่งรอยโรคที่สมองข้างซ้าย, ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมาก¹¹, เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือเคยพบ silent brain infarct มาก่อน, มีอาการสับสน, กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นต้น

3. ลักษณะของผลการตรวจคอมพิวเตอร์สมอง เช่น พบสมองฝ่อทั่วๆหรือเฉพาะบริเวณ medial

temporal lobe, การมีสมองส่วน white matter ขาดเลือด ส่วนสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองรวมถึง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหลอดเลือด พบว่าไม่มี สัมพันธ์กับการเกิดโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือด สมองที่ชัดเจน

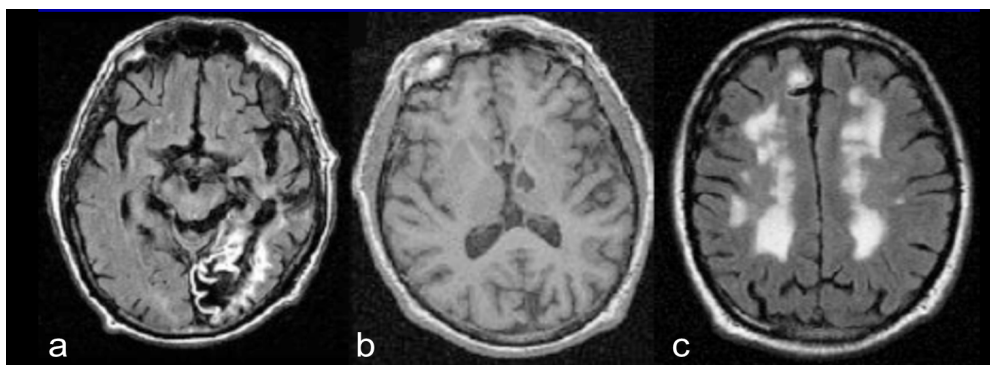
กลไกการเกิดโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง

กลไกของการเกิดโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง เป็นไปได้จากหลายสาเหตุ

1. มีภาวะหลงลืมหรือมีโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease, AD) อยู่ก่อน¹² แต่มีอาการชัดเจนขึ้นหรือตรวจพบได้หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว

2. โรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia, VaD) เป็นผลจากปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงที่ strategic locations, basal forebrain หรือ connections มีผลทำให้เกิดอาการหลงลืม ดังแสดงในรูป 1

3. Multifactorial อาจเป็นทั้งจากโรคหลอดเลือดสมองและจากโรคอัลไซเมอร์ โดยพบความสัมพันธ์กันทั้งสองอย่าง¹³ โดยคนแก่ที่มีอาการหลงลืมโดยไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น¹⁴ ในทางตรงกันข้าม คนที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือด จะมีความเสี่ยงของโรคอัลไซเมอร์เพิ่มขึ้น¹⁵ เช่น ความดันโลหิตสูง, สูบบุหรี่, หรือความหนาของผนังชั้นในและชั้นกลางของหลอดเลือดแดง common carotid (intima media thickness) หนาขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงทั้งของโรคหลอดเลือดสมองและโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์¹⁶, white matter changes พบว่ามีความเสี่ยงของการเกิดโรคอัลไซเมอร์และโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเพิ่มขึ้นด้วย¹⁷



รูป 1. a,b. strategic lesions: a. Lt. medial temporal and occipital; b. Lt. thalamic infarction
c. subcortical ischemic lesions: bilateral white matter involvement (> 25%)

อาการของโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากมีอาการของความผิดปกติเฉพาะที่ทางระบบประสาทจากโรคหลอดเลือดสมองแล้ว อาการของโรคสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นจากการรับรู้แย่ง ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยคือ อาการคิดช้า, ลืมง่าย, จำเรื่องต่างๆในชีวิตประจำวันหรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้, ความสามารถในการวางแผนทำสิ่งต่างๆอย่างเป็นขั้นตอนลดลง,

มีความบกพร่องในการใช้ภาษา, อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง, สับสน, คิดเลขลำบาก, ใส่เสื้อผ้าไม่เป็น, เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก, ทำกิจกรรมที่เคยทำได้ เป็นต้น อาการมักเกิดภายใน 3 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาการหลงลืมอาจเป็นทันทีหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือ เป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป บางครั้งผู้ป่วยและญาติอาจไม่ทันสังเกตเห็นอาการที่ผิดปกติจากภาวะสมองเสื่อมและทำให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับวินิจฉัย

ที่ถูกต้อง ดังนั้นควรมีการประเมินการรับรู้ ในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระยะแรก

การประเมินการรับรู้หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การทดสอบทางประสาทจิตวิทยาเบื้องต้นเพื่อประเมินการรับรู้ โดยดูความสามารถด้านต่างๆ เช่น ความตั้งใจ (attention), ความสามารถในการบริหารจัดการ (executive function), ความจำ (memory), การใช้ภาษา (language), ความสามารถเกี่ยวกับมิติสัมพันธ์ (visuospatial), การรับรู้สภาวะรอบตัว (orientation) และการทดสอบทางประสาทจิตวิทยาเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีหลายแบบ แต่โดยทั่วไปมีคำแนะนำให้ใช้ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ในการประเมินการรับรู้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (VaD)¹⁸ เนื่องจากมีการประเมินความผิดปกติของความสามารถในการบริหารจัดการ (executive function) เพิ่มเติมจากแบบทดสอบ Mini Mental State Examination (MMSE) ซึ่งความผิดปกตินี้พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (VaD: subcortical ischemic subtype หรือ small vessel disease) ในขณะที่ MMSE จะเน้นการทดสอบไปที่ส่วนของการใช้ภาษาและการรับรู้สภาวะรอบตัว อย่างไรก็ตามการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ MOCA กับ MMSE ในการประเมินผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่าการทดสอบทั้งสองอย่าง มีความไวและความจำเพาะต่อการเกิด VCI ตามหลังโรคหลอดเลือดสมองใกล้เคียงกันที่ 0.67 กับ 0.7 และ 0.9 กับ 0.97 ตามลำดับ (โดยใช้ จุดตัดของ MOCA ≤ 20 และจุดตัดของ MMSE ≤ 24 หลังจากปรับค่าตามตัวแปรอายุและระดับการศึกษาแล้ว)^{19,20}

การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง

การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองโดยการประเมินอาการโรคสมองเสื่อมจากอาการของผู้ป่วยและจากการทำแบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยา ร่วมกับการตรวจพบอาการผิดปกติทางระบบประสาทและภาพถ่ายคอมพิวเตอร์สมองพบ

รอยโรคของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือเลือดออกในสมอง นอกจากนี้ ยังมีการตรวจพิเศษด้วยเครื่องมืออื่นๆเพิ่มเติม เช่น การตรวจสมองด้วยสนามแม่เหล็ก, การตรวจหลอดเลือดสมองด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อสืบค้นสาเหตุ และการตรวจเลือดหาปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคไขมันในเลือดสูง, เบาหวาน เป็นต้น

การวินิจฉัยภาวะที่มีความจำลดลงตามหลังโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง (Vascular Cognitive Impairment, VCI)²¹ อาจรวมถึงอาการหลงลืมเล็กน้อย (Vascular Mild cognitive Impairment, VaMCI) ไปจนถึงเป็นโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (VaD) โดย VCI ที่เกิดขึ้น จะต้องมีความสามารถทางด้านการรับรู้อย่างน้อย 1 ด้านลดลงจาก 4 ด้านหลัก (ความตั้งใจ (attention), ความสามารถในการบริหารจัดการ (executive function), ความจำ (memory), การใช้ภาษา (language) และความสามารถเกี่ยวกับมิติสัมพันธ์ (visuospatial)) แบ่งเป็น

1. VaMCI มีการลดลงของความสามารถทางด้านการรับรู้อย่างน้อย 1 ด้าน แต่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ปกติ

2. VaD มีการลดลงของความสามารถทางด้านการรับรู้มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ด้าน และทำให้การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันแย่ลง โดยที่ไม่ได้เป็นจากภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง

อย่างไรก็ตาม จากกลไกการเกิดโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองข้างต้นโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง, เป็นจากโรคอัลไซเมอร์, หรืออาจเป็นทั้งจากโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคอัลไซเมอร์รวมกัน (mixed dementia) หรือเป็นจากเหตุอื่นๆ โดยจากการรวบรวมผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองพบว่า เป็นจากโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (VaD) ร้อยละ 39 ถึง 81 นอกนั้นเป็นจากโรคอัลไซเมอร์²²

การดำเนินโรคของโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง

มีการศึกษาติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะหลงลืมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง²³ ในการประเมินความสามารถด้านต่างๆ ของการรับรู้ หลังติดตามไป 1,6,12 เดือน พบว่าความสามารถในการใช้ภาษาและการรับรู้สภาวะรอบตัวดีขึ้นประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วย แต่ส่วนที่เป็นความสามารถด้านอื่นๆ นั้น เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

ในประเทศไทยส่วนใหญ่มีการศึกษาโรคสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์หรือจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นหลัก ยังไม่มีการศึกษาโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง จากข้อมูลการศึกษาเบื้องต้น (pilot study) ในโรงพยาบาลรามาริปีตช่วงปี 2556 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ได้รับการทดสอบทางประสาทจิตวิทยาและมีการติดตามผู้ป่วยไป 3 เดือน พบว่าความสามารถในการใช้ภาษาและการรับรู้สภาวะรอบตัวดีขึ้นเช่นกัน แต่ส่วนของความสามารถด้านความจำนั้นดีขึ้นน้อยมาก ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองและให้การรักษาฟื้นฟูตั้งแต่แรกจึงมีความสำคัญซึ่งอาจทำให้ความจำของผู้ป่วยดีขึ้นและมีส่วนทำให้การรักษาและฟื้นฟูอาการของโรคหลอดเลือดสมองอื่นๆ ดีขึ้นด้วย

ผลของโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง

โรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองมีผลทำให้ผลการรักษาโรคหลอดเลือดสมองไม่ดีขึ้นไปด้วยกล่าวคือ

1. ทำให้การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันแย่ลง^{10,24}

2. อัตราตายสูงขึ้น 2.4 – 6.3 เท่า^{25,26} อาจเป็นจากภาวะหลงลืม ทำให้การวินิจฉัยโรคอื่นๆ ที่พบร่วมช้าลง, เกิดภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยขึ้น รวมถึงการรักษาติดตามตามคำแนะนำของแพทย์ของการรักษาแย่ลง

3. ทำให้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเพิ่มขึ้น อาจเป็นจากขาดการรักษาต่อเนื่อง หรืออาจมีปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดมากกว่าคนที่ไม่มีโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง

1. เน้นไปที่การรักษาและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ รวมทั้งการดูแลรักษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือด ซึ่งอาจมีผลทำให้การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำหรือการเกิดโรคแทรกซ้อนน้อยลงเช่น การรักษาความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง รวมทั้งการรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดและยาต้านเกล็ดเลือดตามแพทย์สั่ง เป็นต้น

2. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง เช่นการให้ยา cholinesterase inhibitors โดยพบว่าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (VaD) การให้ยาจะทำให้ cognitive ดีขึ้น^{27,28} และมีผลดีในรายที่มีโรคอัลไซเมอร์ระดับเล็กน้อยถึงปานกลางด้วย ส่วนผลการรักษาในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองนั้นยังไม่ข้อมูลการศึกษาโดยตรงแต่จากสาเหตุของโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเป็นจากโรคอัลไซเมอร์หรือโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (VaD) การใช้ยา cholinesterase inhibitors ก็น่าจะมีผลดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่นกัน

3. การรักษาอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติ มีการให้ยาที่ออกฤทธิ์ทางจิตประสาท เพื่อควบคุมอาการก้าวร้าว สับสน หลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งอาการดังกล่าวนอกจากรักษาด้วยยาแล้วยังต้องอาศัยครอบครัวและผู้ดูแลใกล้ชิดที่มีความเข้าใจร่วมดูแลด้วย ประกอบกับการประเมินติดตามจากแพทย์ร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี

4. การรักษาฟื้นฟูสมองและให้มีการฝึกสมองอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การบริหารสมองโดยการฝึกการใช้สมองทุกเวลาทุกวันทุกด้าน เช่น การฝึกความจำ, การฝึกคิดเลข, เกมทดสอบเชาวน์ปัญญา, การพูด เขียน อ่าน ถาม-ตอบ เรื่องภาษาและรูปภาพ, การเรียนรู้สิ่งใหม่ เป็นต้น

โดยสรุป

โรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีอาการให้เห็นชัดเจนและตรวจพบได้หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยมี

สาเหตุได้ทั้งจากโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง, จากโรคอัลไซเมอร์ หรือจากหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งพบได้บ่อยประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยและมีผลทำให้อัตราการตายและพิการที่เป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรตรวจและวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองให้ได้ตั้งแต่ระยะแรกเพื่อจะได้ให้การรักษาฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Prencipe M, Ferreti C, Casini AR, et al. Stroke, disability, and dementia: results of a population survey. *Stroke* 1997; 28: 531–536.
2. Zhu L, Fratiglioni L, Guo Z, et al. Incidence of dementia in relation to stroke and the apolipoprotein Eε4 allele in the very old: findings from a population-based longitudinal study. *Stroke* 2000; 31: 53–60.
3. Andersen G, Vestergaard K, Ostergaard Riis J, et al. Intellectual impairment in the first year following stroke compared to an age-matched population sample. *Cerebrovasc Dis* 1996; 6: 363–369.
4. Censori B, Manara O, Agostinis C, et al. Dementia after first stroke. *Stroke* 1996; 27: 1205–1210.
5. Madureira S, Guerreiro M, Ferro JM. Dementia and cognitive impairment three months after stroke. *Eur J Neurol* 2001; 8: 621–627.
6. Zhou DH, Wang JY, Li J, et al. Study on frequency and predictors of dementia after ischemic stroke: the Chongqing stroke study. *J Neurol* 2004; 251: 421–427.
7. Pendlebury ST, Rothwell PM. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2009; 8: 1006–1018.
8. Desmond DW, Bagiella E, Moroney JT, et al. The effect of patient attrition on estimates of the frequency of dementia following stroke. *Arch Neurol* 1998; 55: 390–394.
9. Kokmen E, Whisnant JP, O'Fallon WM, et al. Dementia after ischemic stroke: a population-based study in Rochester, Minnesota (1960–1984). *Neurology* 1996; 46: 154–159.
10. Tatemichi TK, Foulkes MA, Mohr JP, et al. Dementia in stroke survivors in the stroke data bank cohort: prevalence, incidence, risk factors and computed tomographic findings. *Stroke* 1990; 21: 858–866.
11. Inzitari D, Di Carlo A, Pracucci G, et al. Incidence and determinants of poststroke dementia as defined by an informant interview method in a hospital-based stroke registry. *Stroke* 1998; 29: 2087–2093.
12. Hénon H, Pasquier F, Durieu I, et al. Pre-existing dementia in stroke patients: baseline frequency, associated factors and outcome. *Stroke* 1997; 28: 2429–2436.
13. Pasquier F, Leys D. Why are stroke patients prone to develop dementia? *J Neurol* 1997; 244: 135–142.
14. Ferrucci L, Guralnik JM, Salive ME, et al. Cognitive impairment and risk of stroke in the older population. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 237–241.
15. Honig LS, Tang MX, Albert S, et al. Stroke and the risk of Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2003; 60: 1707–1712.
16. Hofman A, Ott A, Breteler MM, et al. Atherosclerosis, apolipoprotein E, and prevalence of dementia and Alzheimer's disease in the Rotterdam study. *Lancet* 1997; 349: 151–154.
17. Hénon H, Vrolyand P, Durieu I, et al. Leukoaraiosis more than dementia is a predictor of stroke recurrence. *Stroke* 2003; 34: 2935–2940.
18. Hachinski V, Iadecola C, Petersen RC, et al. National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network vascular cognitive impairment harmonization standards. *Stroke* 2006; 37: 2220–41.
19. Godefroy O, Fickl A, Roussel M, et al. Is the Montreal Cognitive Assessment superior to the Mini-Mental State Examination to detect poststroke cognitive impairment? A study with neuropsychological evaluation. *Stroke* 2011; 42: 1712–1716.
20. Dong Y, Venketasubramanian N, Chan BP, et al. Brief screening tests during acute admission in patients with mild stroke are predictive of vascular cognitive impairment 3–6 months after stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2012; 83: 580–585.
21. Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, et al. Vascular

- contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke* 2011; 42: 2672–2713.
22. Leys D, Henon H, Mackowiak–Cordoliani MA, et al. Poststroke dementia. *Lancet Neurol* 2005; 4: 752–759
23. Álvarez-Sabín J., Román G.C. Citicoline in vascular cognitive impairment and vascular dementia alter stroke. *Stroke* 2011; 42: S40–S43.
24. Lin JH, Lin RT, Tai CT, et al. Prediction of poststroke dementia. *Neurology* 2003; 61: 343–348.
25. Aevarsson O, Svanborg A, Skoog I. Seven-year survival rate after 85 years. *Arch Neurol* 1998; 55: 1226–1232.
26. Baldereschi M, Di Carlo A, Maggi S, et al. Dementia is a major predictor of death among the Italian elderly. ILSA Working Group. Italian Longitudinal Study on Aging. *Neurology* 1999; 52: 709–713.
27. Wilkinson D, Doody R, Helme R, et al. Donepezil 308 Study Group: Donepezil in vascular dementia: a randomized, placebo-controlled study. *Neurology* 2003; 61: 479–486.
28. Kurz AF, Erkinjuntti T, Small GW, et al. Long-term safety and cognitive effects of galantamine in the treatment of probable vascular dementia or Alzheimer’s disease with cerebrovascular disease. *Eur J Neurol* 2003; 10: 633–640.

บทคัดย่อ

โรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Poststroke Dementia) เป็นโรคสมองเสื่อมที่ทำให้มีการลดลงของการรับรู้ (cognition) ในด้านความจำ ความนึกคิดด้านต่างๆของสมองให้เห็นชัดเจนและตรวจพบได้หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยมีสาเหตุได้ทั้งจากโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง, จากโรคอัลไซเมอร์หรือจากทั้งสองอย่างร่วมกัน ซึ่งพบได้บ่อยประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง จะมีผลทำให้อัตราตายและพิการตามหลังโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมองและให้การรักษาฟื้นฟูตั้งแต่แรกจึงมีความสำคัญ

คำสำคัญ: โรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง