

# การดูแลรักษาสุขภาพทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

อ. นพ.วีรวัฒน์ แสงภัทรราชย์

ผศ. พญ.ยุวดี พิทักษ์ปฐพี

ผศ. นพ.ปรัชญา ศรีวานิชภูมิ

สาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

โรคพาร์กินสัน เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดหนึ่งที่เกิดจากสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยมักมีอาการเคลื่อนไหวช้าลง อาการมือสั่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง และการทรงตัวแย่ลง ทำให้หกล้มได้ง่าย ร่วมกับมีอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว เช่น การได้รับกลิ่นน้อยลงหรือไม่ได้กลิ่น ละเมอตะต่อยตีบ หรือท้องผูก เป็นต้น ในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดว่าโรคพาร์กินสันมีที่มาจากสาเหตุใด แต่พบว่าในสมองของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันนั้น มีการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทที่มีหน้าที่สร้างสารสื่อประสาท “โดปามีน” ในก้านสมอง ร่วมกับการสะสมของโปรตีนที่ผิดปกติที่เรียกว่า อนุพันธุลิวี่ (Lewy bodies) สะสมในสมองส่วนต่าง ๆ ส่งผลให้ระดับโดปามีนในสมองต่ำลง ซึ่งเป็นที่มาของอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน นอกจากนี้ยังมีความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับความเสี่ยงที่พบว่าสัมพันธ์กับโรคพาร์กินสัน เช่น อายุที่มากขึ้น การสัมผัสสิ่งแวดล้อมบางประการ เช่น การสัมผัสยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้าเช่น พาราควอต (paraquat) การเคยมีประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะซ้ำ ๆ หรือการมีพันธุกรรมเสี่ยงบางชนิดเช่นมีการกลายพันธุ์ของยีน *LRRK2* หรือ *GBA* เป็นต้น

ประเทศไทยในปัจจุบันนั้นได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ทำให้คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในประเทศไทยมากขึ้น ดังนั้นบทความนี้จึงขอกกล่าวถึงการดูแลสุขภาพทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ประกอบควบคู่กับการรับประทานยา หรือการรักษาอื่น ๆ เช่น การผ่าตัดฝังขั้วกระตุ้นสมองส่วนลึก ผู้เขียนหวังว่าบทความนี้จะประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอีกด้วย

## อาหาร

ในปัจจุบันมีงานวิจัยมากขึ้นเกี่ยวกับรูปแบบอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ไม่ว่าจะเป็นอาหารรูปแบบเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean) เน้นการรับประทานผักผลไม้ ถั่วธัญพืช รวมถึงเนื้อปลา เนื้อไก่ น้ำมันโอลีฟ และลดการรับประทานเนื้อแดงและไขมันอิ่มตัว อาหารรูปแบบคีโต (ketogenic) ซึ่งเดิมใช้รักษาผู้ป่วยโรคลมชัก เน้นการรับประทานอาหารไขมันสูง ร่วมกับลดปริมาณคาร์โบไฮเดรตและโปรตีน เพื่อให้มี

กรดไขมันคีโตในร่างกายสูงขึ้น อาหารรูปแบบแดช (DASH) ซึ่งแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เน้นการรับประทานผักผลไม้ อาหารไขมันต่ำ รวมถึงลดอาหารที่มีรสเค็มหรือโซเดียมสูง และโคเลสเตอรอลสูง หรืออาหารรูปแบบล่าสุดที่เรียกว่าอาหารรูปแบบมาย (MIND) ซึ่งเป็นการรวมกันระหว่างอาหารรูปแบบเมดิเตอร์เรเนียนและอาหารรูปแบบแดชเข้าด้วยกัน แม้บางการศึกษาจะพบว่าอาหารรูปแบบเมดิเตอร์เรเนียนอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสันได้ในผู้ใหญ่วัยกลางคน แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยัง**ไม่มี**การศึกษาที่ใหญ่เพียงพอที่สามารถให้ข้อสรุปได้อย่างชัดเจนว่าสามารถป้องกัน หยุดหรือชะลอโรคพาร์กินสันได้

ดังนั้นในด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ยังเป็นคำแนะนำที่ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะ รับประทานอาหารให้ครบถ้วนและสมดุล ทั้งโปรตีน คาร์โบไฮเดรต วิตามินและเกลือแร่จากผักและผลไม้ ทั้งนี้เน้นโปรตีนให้มากขึ้นและเพียงพอ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีความเสี่ยงมวลกล้ามเนื้อลดลง กล่าวคือ 1.2-1.5 กรัมของโปรตีนต่อน้ำหนักตัวในหน่วยกิโลกรัมต่อวัน ทั้งนี้สามารถเลือกรับประทานโปรตีนจากเนื้อสัตว์ที่เป็นเนื้อขาว จากปลา ไก่ หรือโปรตีนจากไข่ทั้งไข่ขาวและไข่แดง หรือจากพืชเช่น เต้าหู้ ควินัว เลนทิล ถั่วหรือธัญพืชต่าง ๆ ก็ได้ หรืออาจรับประทานโปรตีนเวย์ที่มาจากสัตว์หรือพืชเสริมก็ได้หากไม่สามารถรับประทานอาหารดังกล่าวได้เพียงพอ ทั้งนี้การรับประทานอาหารโปรตีนสูงต้องระวังในกรณีผู้ป่วยโรคบางชนิดเช่น โรคไต ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไตจึงควรปรึกษาเพื่อรับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานโปรตีนในปริมาณที่เหมาะสมจากแพทย์ด้วย

การรับประทานคาร์โบไฮเดรต โดยเน้นอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนมากกว่าเชิงเดี่ยวเช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรซ์เบอร์รี่ มากกว่าน้ำตาลหรือน้ำหวาน และรับประทานอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพลังงานที่จะสามารถไปออกกำลังกายได้ การรับประทานไขมัน หลีกเลี่ยงไขมันทรานเช่นจากเบเกอรี่ เค้ก โดนัท เป็นต้น เลือกใช้น้ำมันที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำเช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันมะพร้าว เลือกรับประทานไขมันชนิดไม่อิ่มตัวจาก ถั่ว ธัญพืช รับประทานไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโอเมก้า-3 จากปลาทะเล และสุดท้ายการรับประทานผักหรือผลไม้ โดยเน้นให้หลากหลายสีส้มเพื่อเสริมวิตามิน เกลือแร่ และเพิ่มสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) ซึ่งผลไม้ที่มีสารต้านอนุมูลอิสระสูง เช่น ผลไม้ตระกูลเบอร์รี่ต่าง ๆ เช่น บลูเบอร์รี่ ราสเบอร์รี่ แบล็คเบอร์รี่ สตรอเบอร์รี่ หรืออะโวคาโด เป็นต้น อีกทั้งผลไม้อื่น ๆ เช่น กัลยไช้ มะเขือเทศราชินี มะละกอ ฝรั่ง มะขาม มะยงชิด ลูกแก้วมังกร ก็มีวิตามินและสารต้านอนุมูลอิสระสูงเช่นกัน

ในกรณีอาหารโปรตีนสูงในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยบางท่านอาจเคยได้ยินว่า อาหารโปรตีนสูงจะทำให้การดูดซึมยาลีโวโดปา ซึ่งเป็นยาหลักในการรักษาโรคพาร์กินสัน ลดลง ดังนั้นสามารถหลีกเลี่ยงได้โดย

รับประทานยาโลโดปาค่อนอาหารอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง หรือหลังจากรับประทานอาหารแล้ว 2 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันในระยะต้น กล่าวคือน้อยกว่า 3-5 ปี และการทำงานของระบบลำไส้ยังดี ก็ยังสามารถรับประทานยาพร้อมกับอาหาร หรือหลังจากรับประทานอาหารได้ ถ้าหากว่ายายังออกฤทธิ์ได้ดี เนื่องจากการรับประทานยาเช่นนี้ จะช่วยลดผลข้างเคียงคลื่นไส้ อาเจียนของยาโลโดปาค่อนได้

นอกจากนี้ จากการศึกษาที่ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มักมีอาการท้องผูกร่วมด้วย การดื่มน้ำให้เพียงพอ ร่วมกับการรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ ธัญพืชจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยทำให้อุจจาระนิ่มลงและเพิ่มกากใย นำไปสู่การเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ดีขึ้น ทำให้การขับถ่ายดีขึ้น การที่ลำไส้ทำงานได้ดีก็จะมีผลต่อการดูดซึมยาโลโดปาค่อน ทำให้อาการทางด้านอาการเคลื่อนไหวดีขึ้นด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ระวังการรับประทานผลไม้รสหวานจัด เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุบางรายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกมาก อาจใช้การรับประทานโยเกิร์ตหรือโปรไบโอติกช่วยเสริมได้

ในปัจจุบันยังไม่มีคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารเสริมเพื่อหยุด ชะลอ หรือป้องกันโรคพาร์กินสัน แต่ทั้งนี้การรับประทานวิตามินเสริมในกรณีอื่นก็สามารถทำได้ เช่น การรับประทานวิตามินดีเสริมในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน หรือการเสริมวิตามินในกรณีที่ตรวจพบว่าขาดวิตามิน

### **การออกกำลังกาย**

โรคพาร์กินสันนั้นมีความผิดปกติหลักคือการเคลื่อนไหวช้า กล้ามเนื้อฝืดเกร็ง อาการสั่นและการทรงตัวที่ถดถอยลง การออกกำลังกายนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อโรคพาร์กินสันในทุก ๆ ระยะของโรค เนื่องจากการศึกษาที่ชัดเจนว่า การออกกำลังกายช่วยทำให้อาการของโรคพาร์กินสันดีขึ้น มีความฟิต (physical fitness) มากขึ้น เพิ่มมวลกล้ามเนื้อ การเดินและการทรงตัวดีขึ้น ช่วยลดอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวบางภาวะเช่น ภาวะซึมเศร้า หรือความอ่อนเพลีย อีกทั้งยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และยังมีการศึกษาที่พบว่าการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงหนักอย่างต่อเนื่องหลายเดือนในผู้ใหญ่วัย 30-50 ปี สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสันได้อีกด้วย

ทั้งนี้เพียงการเคลื่อนไหวร่างกายทั่วไป (physical activity) เช่น เดินช้า ๆ ทำงาน หรือทำงานบ้าน นั้นไม่เพียงพอ การออกกำลังกายคือ การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้ออย่างเป็นรูปแบบ มีการวางแผนการฝึก และมีการทำซ้ำ ๆ ซึ่งมีหลายรูปแบบได้แก่

- 1) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การวิ่งจ็อกกิ้งไม่ว่าจะในสวนสาธารณะ หรือบนลู่วิ่ง การปั่นจักรยานบนเครื่องปั่นจักรยานออกกำลังกาย การว่ายน้ำ การชกมวยหรือการเต้น เช่น การเต้นแทงโก้
- 2) การออกกำลังกายด้วยแรงต้าน เช่น การยกน้ำหนัก ไม่ว่าจะยกดัมเบล หรือเครื่องยกน้ำหนักที่สามารถปรับน้ำหนักได้ การดึงสายยางยืด (elastic band)
- 3) การออกกำลังกายฝึกการทรงตัว เช่น การรำไทเก๊ก การฝึกเดินทรงตัว หรือการฝึกเดินเท้าต่อเท้า
- 4) การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่าง ๆ

การออกกำลังกายทั้ง 4 ชนิดนี้ล้วนมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั้งสิ้น แต่อาจพิจารณาเน้นการออกกำลังกายให้เข้ากับอาการเด่นในผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้นเช่น หากมีปัญหาการเดินทาง หรือหกล้มบ่อย ควรเน้นการฝึกการทรงตัวและออกกำลังกายด้วยแรงต้านเพื่อเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ หรือหากมีปัญหาหกล้มบ่อยๆ การนอนหลับไม่ดี ควรเน้นฝึกออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยเพิ่มความหนักอย่างช้า ๆ และเสริมด้วยการออกกำลังกายด้วยแรงต้าน เป็นต้น

ปริมาณการออกกำลังกายที่แนะนำทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันคือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3-5 วันต่อสัปดาห์ วันละ 20-60 นาที และหากเป็นไปได้ควรออกกำลังกายหนักระดับกลาง กล่าวคือชีพจรเต้นอยู่ในช่วงร้อยละ 60-80 ของชีพจรสูงสุด (ชีพจรสูงสุด = 220 ลบด้วยอายุปัจจุบัน) ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายด้วยแรงต้าน 2-3 วันต่อสัปดาห์ โดยเน้นกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ควรทำท่าละ 1-3 เซต เซตละ 8-15 ครั้ง และควรมีวันพักอย่างน้อย 1 วัน หลังจากออกกำลังกายชนิดนี้เพื่อให้กล้ามเนื้อได้พักฟื้นด้วย ทั้งนี้สามารถปรึกษาวางแผนการออกกำลังกาย และวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม จากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัด และหากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ หรือโรคปอด ควรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ตรวจติดตามต่อเนื่องเพื่อหาแนวทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมด้วย

ในกรณีผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีปัญหาด้านการพูดเบาหรือไม่ชัด กลืนติดลำบากง่าย หรือมีการสูญเสียความถนัดในการทำงานมือ สามารถปรึกษานักกิจกรรมบำบัดเพื่อช่วยให้คำปรึกษาถึงการกายภาพที่เหมาะสมได้

นอกจากนี้สำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะมีภาวะออฟ (off state) คือช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกยามดฤทธิทำให้กลับมามีอาการเคลื่อนไหวช้า กล้ามเนื้อเฝืดเกร็งหรืออาการสั่นของโรค ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรรับประทานยารักษาโรคพาร์กินสัน เพื่อให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะออน (on state) ก่อนออกกำลังกาย ทำให้การเคลื่อนไหวดีขึ้น จึงจะทำให้การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยควรออกกำลังกายในสถานที่ที่

ปลอดภัย หรือมีผู้ที่สามารถช่วยเหลือได้อยู่ด้วย อีกทั้งผู้ป่วยที่การทรงตัวไม่ดีควรออกกำลังภายในที่นั้ง หรือ ออกกำลังภายในน้ำจะปลอดภัยมากกว่า

### **การนอนหลับ**

การนอนหลับที่เพียงพอ ทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพ มีความสำคัญต่อโรคพาร์กินสันเช่นกัน เนื่องจากการนอนหลับที่ดีจะส่งผลให้อาการทางการเคลื่อนไหวดีขึ้น และการนอนหลับไม่เพียงพอก็สัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่ถดถอย เพิ่มโอกาสหกล้ม และคุณภาพชีวิตที่ลดลงเช่นกัน อีกทั้งหลักฐานจากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่าบุคคลทั่วไปที่ยังไม่เป็นโรคพาร์กินสันแต่มีการนอนหลับไม่เพียงพอ ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสันด้วยเช่นกัน

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันถึงร้อยละ 30-50 มีอาการของโรคพาร์กินสันดีขึ้นโดยเฉพาะตอนเช้าหลังตื่นนอน เช่นอาการเคลื่อนไหวช้า อาการกล้ามเนื้อฝืดเกร็งดีขึ้นเทียบเท่าการรับประทานยา (sleep benefit) ซึ่งอาการสามารถดีขึ้นได้นานเฉลี่ย 1.5 ชั่วโมงหลังตื่นนอน และในคนกลุ่มนี้ หากได้มีโอกาสงีบพักกลางวันก็จะทำให้อาการทางการเคลื่อนไหวดีขึ้นในช่วงบ่ายหลังงีบเช่นกัน ดังนั้นการนอนหลับที่ดีจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

อย่างไรก็ตาม เป็นความจริงที่ว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันถึงร้อยละ 60-98 มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนต่าง ๆ ตั้งแต่การนอนไม่หลับ กล่าวคือ ใช้เวลา นานกว่า 30-60 นาทีจึงจะเริ่มหลับ หรือตื่นเร็วเกินไป ภาวะการนอนละเมอตะต่อยถีบ อาการขาไม่สุขสบายก่อนนอน ขาเป็นตะคริว มีอาการของโรคพาร์กินสันคือกล้ามเนื้อฝืดเกร็ง อาการสั่นในตอนกลางคืนซึ่งรบกวนการนอน หรือแม้กระทั่งมีเหงื่อออกมากตอนกลางคืน ทั้งนี้ทุกภาวะเหล่านี้สามารถให้การรักษาได้ จึงควรปรึกษาประสาทแพทย์หรือจิตแพทย์ เพื่อได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม

ทั้งนี้เนื่องจากภาวะนอนไม่หลับ เป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในโรคพาร์กินสัน ในที่นี้จึงขอกล่าวถึงการปรับสุขอนามัยการนอนหลับเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตัวเองเบื้องต้น อันประกอบด้วย

1. เข้านอน และตื่นนอน ให้เป็นเวลาทุกวัน ไม่เว้นวันหยุด
2. ควรจัดห้องนอนให้มีดี เงียบ อากาศถ่ายเท และอุณหภูมิไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป เพื่อส่งเสริมให้นอนหลับ พิจารณานำนาฬิกาออกจากห้องนอนในกรณีที่ชอบมองนาฬิกาบ่อย ๆ ไม่ควรดูทีวี เล่นโทรศัพท์มือถือ เล่นคอมพิวเตอร์หรือทำงานต่าง ๆ บนเตียงนอน เนื่องจากจะทำให้ร่างกายเคยชินและนอนไม่หลับ

3. ควรลดกิจกรรมที่ทำให้กระตุ้นสมองก่อนเข้านอน เช่น เล่นโทรศัพท์มือถือ หรือฟังข่าวที่ทำให้เครียด และพิจารณากิจกรรมที่ผ่อนคลายสมองเช่น ฟังเพลงเบา ๆ สวดมนต์ หรือนั่งสมาธิก่อนนอน เพื่อให้ร่างกายพร้อมเข้าสู่การนอนหลับ
4. ไม่เข้านอนแต่หัววัน หรือเร็วเกินไป เนื่องจากจะทำให้ตื่นเช้าเกินไป โดยทั่วไปควรนอนหลับ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ทั้งนี้หากมีปัญหาทางงนอนตั้งแต่ช่วงเย็น อาจพิจารณารักษาด้วยแสง เช่น เดินภายนอกบ้านเป็นเวลา 30-60 นาทีในช่วงเวลา 16-18 น. หรือหากไม่สามารถออกจากบ้านได้ อาจจะใช้วิธีรับแสงผ่านกล่องรักษาด้วยแสง (light box therapy) ซึ่งสามารถหาซื้อได้ทั่วไป โดยรับแสงนาน 30 นาที หากไฟระดับ 10000 ลักซ์ หรือนาน 2 ชั่วโมง หากไฟระดับ 2500 ลักซ์ และสามารถใช้เป็นแสงไฟสีขาวหรือแสงสีฟ้า (บลูไลท์) ก็ได้ ทั้งนี้ต้องระวังปัญหาทางด้านสายตาจากแสงไฟสีฟ้า
5. หากเข้านอนแล้วนอนไม่หลับภายใน 30 นาที ให้พิจารณาลุกออกจากเตียง เพื่อทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายให้เกิดความง่วง เมื่อง่วงแล้วจึงกลับไปเตียงเพื่อเริ่มนอนใหม่ ทั้งนี้หากยังนอนไม่หลับให้พิจารณาทำซ้ำอีกครั้ง เนื่องจากการนอนอยู่บนเตียงทั้ง ๆ ที่นอนไม่หลับจะทำให้ร่างกายเคยชิน และจะยิ่งนอนไม่หลับในคืนต่อ ๆ ไป
6. ไม่ควรออกกำลังกาย 2-4 ชม. ก่อนนอน เนื่องจากจะทำให้นอนไม่หลับมากขึ้น หากเป็นไปได้ควรออกกำลังกายช่วงเช้า
7. หลังจากอาหารมื้อเย็น ไม่ควรดื่มน้ำมาก เนื่องจากจะทำให้ปัสสาวะตอนกลางคืนบ่อยได้ และอาจพิจารณาปัสสาวะก่อนเข้านอน
8. หลีกเลี่ยงการดื่มชาหรือกาแฟ หลังจากเที่ยงวันเนื่องจากฤทธิ์ของคาเฟอีนอาจอยู่นานจนถึงช่วงก่อนนอน ทำให้นอนไม่หลับในตอนกลางคืน
9. พิจารณาใช้ไฟอ่อน เช่น ไฟสีส้ม ในห้องนอนหรือทางเดินไปห้องน้ำ เพื่อไม่ให้กระตุ้นสมองทั้งก่อนเข้านอน และทำให้ไม่สะดุ้งตกใจหากต้องเข้าห้องน้ำระหว่างกลางคืน และไม่กระตุ้นสมองก่อนเข้านอนใหม่อีกรอบ

ทั้งนี้หากผู้ป่วยที่มีปัญหานอนไม่หลับ และได้ลองปรับสุขอนามัยการนอนดังกล่าวแล้วแต่อาการไม่ดีขึ้น ควรพิจารณาปรึกษาแพทย์เพื่อประเมินสาเหตุ และการรักษาเพิ่มเติม เนื่องจากบางภาวะจำเป็นที่จะต้องมีการปรับยาพารากินสัน หรือมีการใช้ยาอื่น ๆ ในเบื้องต้นผู้ป่วยสามารถหาซื้อยาเมลาโทนิน (melatonin) ตามร้านขายยาเพื่อใช้ช่วยนอนหลับได้ เนื่องจากเป็นยาที่ไม่ทำให้ติดยาเหมือนยานอนหลับบางชนิดเช่น

alprazolam (Xanax®), lorazepam (Ativan®), clonazepam (Rivotril®), clorazepate (Tranxene®) เป็นต้น

### **ภาวะอารมณ์ ความเครียดและการเข้าสังคม**

เนื่องจากผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมักมีอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวร่วมด้วยเช่น ภาวะซึมเศร้า (พบได้ร้อยละ 20-40) ภาวะวิตกกังวล (พบได้ร้อยละ 20-50) และผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมักจะมีแนวโน้มที่จะเก็บตัวและหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกอับอายจากอาการเคลื่อนไหวผิดปกติเช่น อาการมือสั่นหรือการเดินที่ผิดปกติ จากปัญหาด้านอารมณ์ทั้งชนิดซึมเศร้า วิตกกังวล หรือเฉยเมย ที่ผู้ป่วยจะมีความเพิกเฉยต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น หรือจากปัญหาความคิดความจำลดลง ซึ่งหากเป็นมากขึ้นจะเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม ความเครียดก็เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้อาการทั้งอาการที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวแย่ลงเช่นกัน จึงควรบริหารความเครียดให้อยู่ในระดับพอดีไม่มากเกินไป

ดังนั้นนอกเหนือไปจากการรักษาด้วยยาแล้ว การรักษาภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติ การผ่อนคลาย ความเครียด การมองโลกในแง่ดีมากขึ้น อีกทั้ง การที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ได้เข้าสังคมมากขึ้น มีความกล้าเผชิญต่อโลกภายนอก ก็จะทำให้มีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น ยอมรับกับโรคและอาการที่เป็น ปรับตัวให้เข้ากับโลกภายนอกได้ดีขึ้น นอกจากนี้การได้รับกำลังใจ รวมถึงลดการตีการวิจารณ์อาการของผู้ป่วยจากคนรอบข้าง ทั้งจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน บุคคลรอบข้างหรือการเข้าร่วมกลุ่มผู้ป่วยโรคพาร์กินสันด้วยกัน ก็มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากจะส่งผลดีต่ออาการของโรค โดยเฉพาะอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว

### **สุขภาวะทางเพศ**

สุขภาวะทางเพศเป็นปัจจัยพื้นฐานหนึ่งของมนุษย์ จึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสันด้วย เนื่องจากโรคพาร์กินสันสามารถพบได้ในหลายช่วงอายุตั้งแต่ช่วง 20-30 ปี ไปจนถึงอายุมากขึ้นถึง 70-80 ปี เนื่องจากการเคลื่อนไหวมีความจำเป็นกับกิจกรรมทางเพศ ดังนั้นในช่วงมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยควรอยู่ในช่วงยาออกฤทธิ์ หรือภาวะอ่อน (on-state) เพื่อที่จะสามารถทำกิจกรรมได้ ทั้งนี้มีความผิดปกติที่พบได้ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและส่งผลต่อสุขภาวะทางเพศเช่น อวัยวะเพศแข็งตัวลดลงในผู้ป่วยเพศชาย การมีความต้องการทางเพศลดลงหรือภาวะช่องคลอดแห้งในผู้ป่วยเพศหญิง ซึ่งอาจจะเกิดจากตัวโรคพาร์กินสันเอง จากภาวะอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือความอ่อนเพลีย ซึ่งหากมีความผิดปกติเหล่านี้สามารถรับคำปรึกษาจากแพทย์ได้ โดยกรณีผู้ป่วยชายสามารถรับคำปรึกษาจากศัลยแพทย์ยูโร (ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ) และกรณีผู้ป่วยหญิงรับคำปรึกษาจากสูตินรีแพทย์

ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีภาวะมีความต้องการทางเพศมากเกินไป ซึ่งมักสัมพันธ์กับการรักษาโรคพาร์กินสันบางชนิดเช่น ยาระงับโดปามีนเช่น ยาโรพินิโรล (ropinirole, Requip®), ยาพรามิเพกโซล (pramipexole, Sifrol®) หรือยาโรติโกทีน (rotigotine, Neupro®) ซึ่งหากลดยาหรือหยุดยาภายใต้การดูแลโดยประสาทแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ก็จะสามารถทำให้อาการดีขึ้นได้

### การดูแลสุขภาพอื่น ๆ ทั่วไป

เนื่องจากผู้ป่วยโรคพาร์กินสันก็เป็นผู้ใหญ่เหมือนเช่นบุคคลทั่วไป ดังนั้นการดูแลสุขภาพทั่วไปก็มีความสำคัญเช่นกัน เพื่อเป็นการป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่น ๆ เช่น

- ดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและเย็น ควรได้รับการตรวจกับทันตแพทย์ต่อเนื่องทุก 6 เดือนเพื่อเช็คสุขภาพช่องปากและฟัน
- ตรวจเช็คร่างกายทั่วไป ตรวจวัดความดันเลือด รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน ไชมันในเลือดสูง ตรวจเอกซเรย์ช่องปอด และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- ตรวจคัดกรองมะเร็งเช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ ในอายุที่เหมาะสม รวมถึงมะเร็งอื่น ๆ ในกรณีที่มีความเสี่ยงเช่น มะเร็งปอด
- ตรวจคัดกรองภาวะกระดูกพรุนในผู้หญิงที่อายุมากกว่า 65 ปี และผู้ชายที่อายุมากกว่า 70 ปี ด้วย DEXA scan หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุนอื่น ๆ เช่น ได้รับยาสเตียรอยด์ เป็นต้น
- ได้รับวัคซีนป้องกันโรคเมื่อถึงวัยที่เหมาะสมเช่น
  - วัคซีนคอตีบบาดทะยักไอกรน ทุก ๆ 10 ปี
  - วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง
  - วัคซีนอื่น ๆ เช่น วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 วัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ วัคซีนป้องกันโรคงูสวัด วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งสามารถรับคำแนะนำได้จากอายุรแพทย์ทั่วไป หรืออายุรแพทย์โรคติดเชื้อ

โดยสรุป เพื่อให้สุขภาพของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันดีขึ้นทั้งไม่ว่าจะทั้งอาการที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวหรืออาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว นอกจากการรับประทานยาเพื่อช่วยเสริมสารสื่อประสาทโดปามีนที่



ขาดไปแล้ว การดูแลสุขภาพในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ ฯลฯ ดังกล่าวข้างต้น ก็มีความสำคัญเช่นกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีทั้งสุขภาพทั้งทางกายและใจ รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย

### **แหล่งความรู้เพิ่มเติม**

- อาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวในโรคพาร์กินสัน:  
[https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article\\_files/1529\\_1.pdf](https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article_files/1529_1.pdf)
- ธรรมชาติของโรคพาร์กินสัน:  
[https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article\\_files/1525\\_1.pdf](https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article_files/1525_1.pdf)
- ยาสำหรับรักษาโรคพาร์กินสัน (1): <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1537>
- ยาสำหรับรักษาโรคพาร์กินสัน (2): <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1538>

### **เอกสารอ้างอิง**

1. Kalia LV, Lang AE. Parkinson's disease. Lancet. 2015 Aug 29;386(9996):896-912. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61393-3.
2. Parkinson's Foundation. Frequently Asked Questions: A guide to Parkinson's Disease. [www.Parkinson.org](http://www.Parkinson.org).
3. Knight E, Geetha T, Burnett D, Babu JR. The Role of Diet and Dietary Patterns in Parkinson's Disease. Nutrients. 2022 Oct 25;14(21):4472. doi: 10.3390/nu14214472.
4. Bianchi VE, Rizzi L, Somaa F. The role of nutrition on Parkinson's disease: a systematic review. Nutr Neurosci. 2023 Jul;26(7):605-628. doi: 10.1080/1028415X.2022.2073107.
5. van den Brink AC, Brouwer-Brolsma EM, Berendsen AAM, van de Rest O. The Mediterranean, Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), and Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) Diets Are Associated with Less Cognitive Decline and a Lower Risk of Alzheimer's Disease-A Review. Adv Nutr. 2019 Nov 1;10(6):1040-1065. doi: 10.1093/advances/nmz054.

6. Palma JA, Kaufmann H. Treatment of autonomic dysfunction in Parkinson disease and other synucleinopathies. *Mov Disord.* 2018 Mar;33(3):372-390. doi: 10.1002/mds.27344.
7. Camargo LDR, Doneda D, Oliveira VR. Whey protein ingestion in elderly diet and the association with physical, performance and clinical outcomes. *Exp Gerontol.* 2020 Aug;137:110936. doi: 10.1016/j.exger.2020.110936.
8. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.เอกสารสารต้านอนุมูลอิสระ (เบตาแคโรทีน วิตามินอี วิตามินซี) ในผลไม้. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 67]. เข้าถึงได้จาก:  
[https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/202011/m\\_page/32007/551/file\\_download/45bd7622cfad2f7e916ea564e2780dd4.pdf](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/202011/m_page/32007/551/file_download/45bd7622cfad2f7e916ea564e2780dd4.pdf)
9. Reichmann H, Csoti I, Koschel J, Lorenzl S, Schrader C, Winkler J, Wüllner U. Life style and Parkinson's disease. *J Neural Transm (Vienna).* 2022 Sep;129(9):1235-1245. doi: 10.1007/s00702-022-02509-1.
10. Kim Y, Lai B, Mehta T, Thirumalai M, Padalabalanarayanan S, Rimmer JH, Motl RW. Exercise Training Guidelines for Multiple Sclerosis, Stroke, and Parkinson Disease: Rapid Review and Synthesis. *Am J Phys Med Rehabil.* 2019 Jul;98(7):613-621. doi: 10.1097/PHM.0000000000001174.
11. Schootemeijer S, van der Kolk NM, Bloem BR, de Vries NM. Current Perspectives on Aerobic Exercise in People with Parkinson's Disease. *Neurotherapeutics.* 2020 Oct;17(4):1418-1433. doi: 10.1007/s13311-020-00904-8.
12. van Gilst MM, Bloem BR, Overeem S. "Sleep benefit" in Parkinson's disease: a systematic review. *Parkinsonism Relat Disord.* 2013 Jul;19(7):654-9. doi: 10.1016/j.parkreldis.2013.03.014.
13. Stefani A, Högl B. Sleep in Parkinson's disease. *Neuropsychopharmacology.* 2020 Jan;45(1):121-128. doi: 10.1038/s41386-019-0448-y.

14. Taximaimaiti R, Luo X, Wang XP. Pharmacological and Non-pharmacological Treatments of Sleep Disorders in Parkinson's Disease. *Curr Neuropharmacol*. 2021;19(12):2233-2249. doi: 10.2174/1570159X19666210517115706.
15. Yaremchuk K. Sleep Disorders in the Elderly. *Clin Geriatr Med*. 2018 May;34(2):205-216. doi: 10.1016/j.cger.2018.01.008.
16. Tähkämö L, Partonen T, Pesonen AK. Systematic review of light exposure impact on human circadian rhythm. *Chronobiol Int*. 2019 Feb;36(2):151-170. doi: 10.1080/07420528.2018.1527773.
17. Ray S, Agarwal P. Depression and Anxiety in Parkinson Disease. *Clin Geriatr Med*. 2020 Feb;36(1):93-104. doi: 10.1016/j.cger.2019.09.012.
18. Ahn S, Springer K, Gibson JS. Social withdrawal in Parkinson's disease: A scoping review. *Geriatr Nurs*. 2022 Nov-Dec;48:258-268. doi: 10.1016/j.gerinurse.2022.10.010.
19. Hemmerle AM, Herman JP, Seroogy KB. Stress, depression and Parkinson's disease. *Exp Neurol*. 2012 Jan;233(1):79-86. doi: 10.1016/j.expneurol.2011.09.035.
20. Batzu L, Titova N, Bhattacharyya KB, Chaudhuri KR. The pathophysiology of sexual dysfunction in Parkinson's disease: An overview. *Int Rev Neurobiol*. 2022;162:21-34. doi: 10.1016/bs.irn.2022.01.001.
21. Charatcharoenwithaya N, Jaisamrarn U, Songpatanasilp T, Kuptniratsaikul V, Unnanuntana A, Sritara C, et al. Summary of the Thai Osteoporosis Foundation (TOPF) Clinical Practice Guideline on the diagnosis and management of osteoporosis 2021. *Osteoporos Sarcopenia*. 2023 Jun;9(2):45-52. doi: 10.1016/j.afos.2023.06.001.
22. สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย. คำแนะนำการให้วัคซีนป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. ปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.พ. 67]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.idthai.org/Contents/Views/?d=!17!9!!954!>