



International Parkinson and
Movement Disorder Society

MDS-UPDRS

The MDS-sponsored Revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale

ฉบับแปลอย่างเป็นทางการ โดย MDS

เขียนโดย:

Christopher G. Goetz
Stanley Fahn
Pablo Martinez-Martin
Werner Poewe
Cristina Sampaio
Glenn T. Stebbins
Matthew B. Stern
Barbara C. Tilley
Richard Dodel
Bruno Dubois
Robert Holloway
Joseph Jankovic

Jaime Kulisevsky
Anthony E. Lang
Andrew Lees
Sue Leurgans
Peter A. LeWitt
David Nyenhuis
Warren Olanow
Olivier Rascol
Anette Schrag
Jeanne A. Teresi
Jacobus J. van Hilten
Nancy LaPelle

Tel +1 (414) 276-2145
Fax +1 (414) 276-3349

555 E. Wells Street, Suite 1100
Milwaukee, WI 53202-3823

www.movementdisorders.org
ratingscales@movementdisorders.org

การขออนุญาตใช้แบบสอบถามจาก MDS

MDS เป็นเจ้าของแบบสอบถาม MDS-UPDRS ก่อนใช้แบบสอบถามสามารถขออนุญาตจาก MDS ได้โดยกรอกแบบฟอร์มการขอใช้บน website ของ MDS หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ ratingscales@movementdisorders.org.

ห้ามทำซ้ำ แจกจ่าย แปร หรือขายส่วนใดๆ ของ MDS-UPDRS โดยไม่ได้รับอนุญาตโดยเด็ดขาด ไม่อนุญาตให้ทำการเปลี่ยนแปลง ดัดแปลง และลอกเลียนแบบสอบถามโดยไม่ได้รับอนุญาตอย่างชัดแจ้งจาก MDS ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงสิ่งต่อไปนี้ การรวมอยู่ในการทดลองทางคลินิก เอกสารการฝึกอบรม โปรแกรมการรับรอง โปรแกรมซอฟต์แวร์ แพลตฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ฐานข้อมูล หรืออุปกรณ์ ยกเว้นโดยได้รับอนุญาตจาก MDS

MDS-UPDRS

ทางสมาคมกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ(MDS)ได้สนับสนุนการจัดทำแบบประเมิน UPDRSฉบับใหม่(MDS-UPDRS)ซึ่งได้รับการปรับปรุงจากคำวิจารณ์ของคณะกรรมการเฉพาะกิจที่พิจารณาเรื่องแบบประเมินต่าง ๆ ของโรคพาร์กินสัน (*MovDisord* 2003;18:738-750) ทางMDSได้สรรหาประธานกรรมการเพื่อจัดทำแบบประเมิน UPDRSฉบับใหม่ขึ้นซึ่งจะยังคงไว้รูปแบบดั้งเดิมของแบบประเมิน UPDRSแต่จะมีการปรับปรุงข้อต่อและจุดที่มีความไม่ชัดเจนของแบบประเมินซึ่งได้รับการวิจารณ์ก่อนหน้านี

โดยประธานกรรมการได้จัดตั้งคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยประธานกรรมการและอนุกรรมการในแต่ละหัวข้อของแบบประเมินจะถูกเขียนขึ้นโดยอนุกรรมการ และถูกตรวจสอบและรับรองโดยคณะกรรมการทั้งหมด (รายชื่อคณะกรรมการดังที่แนบท้าย) แบบประเมิน MDS UPDRS ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 (ชีวิตประจำวันที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว) ส่วนที่ 2 (ชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว) ส่วนที่ 3 (การตรวจการเคลื่อนไหว) ส่วนที่ 4 (ภาวะแทรกซ้อนทางการเคลื่อนไหว) โดยส่วนที่ 1 จะประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย ดังนี้ 1ก เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมซึ่งถูกประเมินโดยผู้ตรวจโดยอาศัยข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ดูแล และ 1ข ซึ่งทำโดยผู้ป่วยเองซึ่งอาจได้รับการหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลก็ได้ โดยไม่เกี่ยวข้องกับผู้ตรวจ

ทั้งนี้ผู้ตรวจสามารถตรวจสอบการทำแบบประเมินเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยได้ตอบคำถามอย่างถูกต้องและครบถ้วน อีกทั้งยังสามารถอธิบายแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ไม่เข้าใจคำถามได้ ในส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินตนเองเหมือนส่วนที่ 1ข

ในส่วนนี้ผู้ตรวจสามารถตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจได้ว่าแบบประเมินได้ถูกทำอย่างถูกต้องและครบถ้วน เช่นเดียวกับส่วนที่ 1ข โดยในฉบับที่เป็นทางการของ MDS-UPDRSส่วนที่ 1ก 1ข และส่วนที่ 2 จะไม่มีการแบ่งเป็นช่วงเวลา “ยาออกฤทธิ์” และ “ยาหมดฤทธิ์”

อย่างไรก็ตามในกรณีที่จำเป็นผู้ตรวจสามารถใช้คำถามเดียวกันเพื่อประเมิน ทั้งในช่วง “ยาออกฤทธิ์” และ “ยาหมดฤทธิ์” ได้ ส่วนที่ 3

ประกอบด้วยส่วนชี้แจงแก่ผู้ตรวจเพื่อที่จะอธิบายหรือสาธิตแก่ผู้ป่วย โดยผู้ตรวจเป็นผู้ให้คะแนนในส่วนนี้ ส่วนที่ 4

ประกอบด้วยคำชี้แจงผู้ตรวจและคำชี้แจงที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยฟัง

ในส่วนนี้จะอาศัยข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยและการสังเกตอาการของผู้ป่วยโดยผู้ตรวจ

โดยที่ผู้ตรวจจะเป็นผู้ตัดสินและให้คะแนน

รายชื่อผู้จัดทำแบบประเมินฉบับใหม่ ได้แก่

ประธานกรรมการ: Christopher G. Goetz

ส่วนที่ 1: Werner Poewe (ประธานอนุกรรมการ), Bruno Dubois, Anette Schrag

ส่วนที่ 2: Matthew B. Stern (ประธานอนุกรรมการ), Anthony E. Lang, Peter A. LeWitt

ส่วนที่ 3: Stanley Fahn (ประธานอนุกรรมการ), Joseph Jankovic, C. Warren Olanow

ส่วนที่ 4: Pablo Martinez-Martin (ประธานอนุกรรมการ), Andrew Olivier, Bob van Hilten

งานพัฒนามาตรฐาน: Glenn T. Stebbins (ประธาน), Robert Holloway, David Nyenhuis

ภาคผนวก: Cristina Sampaio (ประธาน), Richard Dodel, Jaime Kulisevsky

การวิเคราะห์ทางสถิติ: Barbara Tilley (ประธาน), Sue Leurgans, Jean Teresi

ที่ปรึกษา: Stephanie Shaftman, Nancy LaPelle

ผู้ที่สามารถติดต่อได้: International Parkinson and Movement Disorder Society (MDS)

555 East Wells Street, Suite 1100

Milwaukee, WI USA 53202

โทร.: +1 414-276-2145

Email: ratingscales@movementdisorders.org

1 กรกฎาคม 2551

ตอนที่ 1 : ชีวิตประจำวันที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (nM-EDL)

คำอธิบาย :

ส่วนนี้จะประเมินผลกระทบของโรคพาร์กินสันที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวต่อการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งคำถามจะมีทั้งหมด 13 คำถาม ในส่วนที่ 1 ก ผู้ตรวจจะเป็นผู้ถามคำถามโดยมีคำถามทั้งสิ้น 6 คำถามซึ่งมุ่งในประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ซับซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ในส่วนที่ 1 ข จะประกอบด้วยคำถาม 7 คำถาม เกี่ยวกับอาการที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้กรอกเอง

ส่วนที่ 1 ก:

ในส่วนที่ 1 ก ผู้ตรวจควรใช้แนวทางที่ให้ไว้ดังนี้

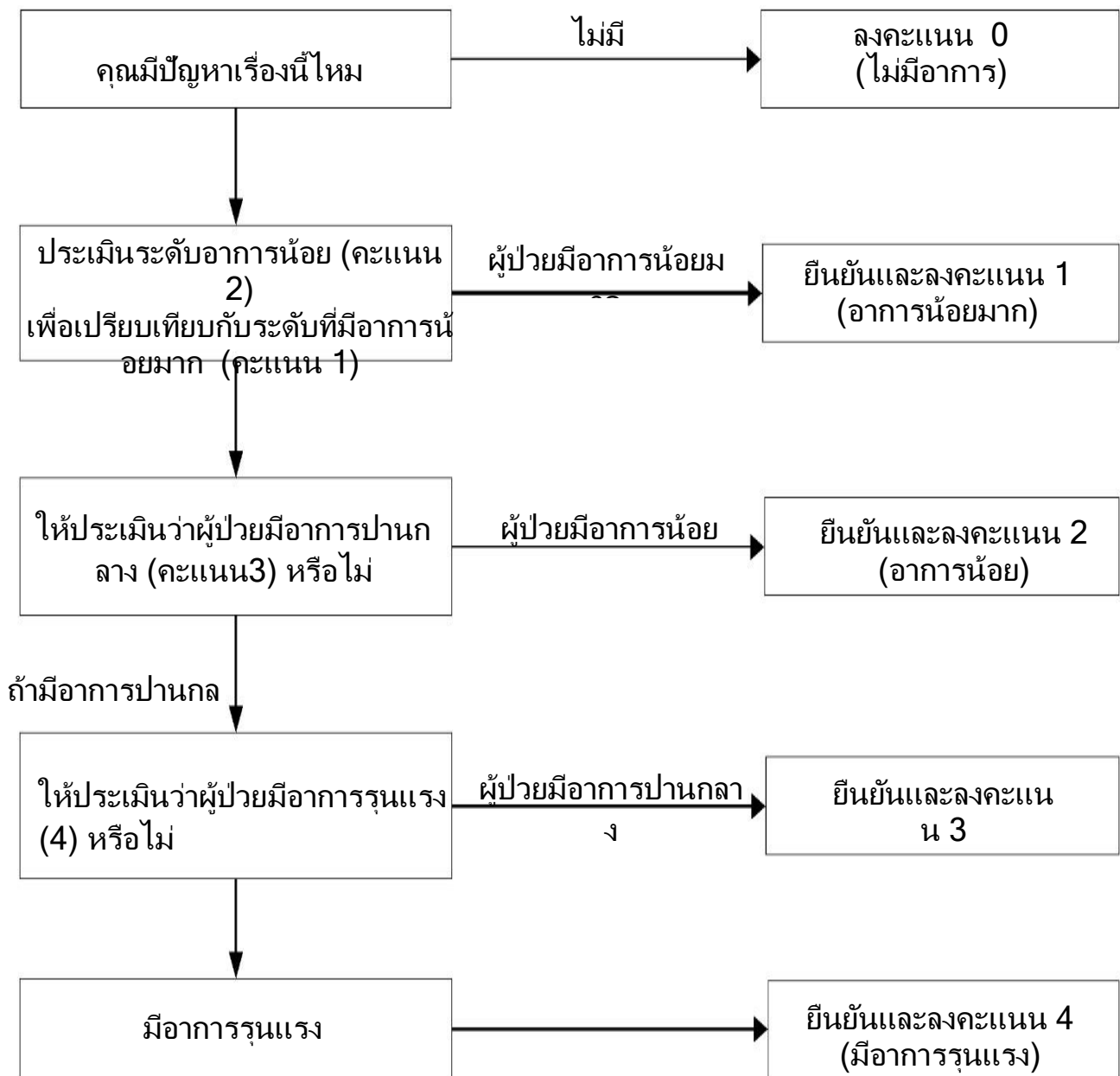
1. ให้ระบบเครื่องหมายด้านบนแบบฟอร์มว่าผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นใคร อาทิเช่นผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยและผู้ดูแลในสัดส่วนที่เท่ากัน
2. คำตอบที่ได้ในแต่ละคำถามควรเป็นอาการในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงอาการในวันที่ทำการตรวจด้วย
3. คำถามทุกคำถามต้องมีคะแนนเป็นจำนวนเต็ม (ไม่มีครึ่งคะแนน ไม่มีการไม่ลงคะแนน) ในกรณีที่คำถามนั้นไม่สามารถประเมินได้ (เช่นกรณีผู้ทุพพลภาพที่ไม่สามารถเดินได้) ให้ระบบ UR สำหรับไม่สามารถทำการประเมิน (Unable to Rate)
4. คำตอบที่ได้ควรแสดงถึงระดับการทำงานโดยทั่วไป สามารถเลือกใช้คำเพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้เช่นโดยปกติ (usually) โดยรวม/โดยทั่วไป (generally) โดยเฉลี่ย (average) และ เกือบตลอดเวลา (most of the time)
5. ในแต่ละคำถามจะมีข้อความให้ผู้ตรวจอ่านให้ผู้ป่วย(และผู้ดูแล)ฟัง ภายหลังจากอ่านคำถามให้คนไข้หรือผู้ดูแลฟังแล้ว ผู้ตรวจสามารถอธิบายเพิ่มเติมหรือซักถามเกี่ยวกับอาการที่สนใจซึ่งได้อธิบายไว้ใน “คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ” ผู้ตรวจไม่ควรอ่านคำตอบให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลฟังเพราะว่าคำตอบจะเขียนในคำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ ภายหลังจากสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลแล้ว ผู้ตรวจจะต้องใช้การตัดสินใจเองเพื่อให้ได้คำตอบที่ดีที่สุด
6. ผู้ป่วยอาจมีโรคหรือปัญหาสุขภาพอื่นร่วมด้วยซึ่งอาจส่งผลต่อระดับการทำงานของผู้ป่วย ผู้ตรวจและคนไข้ต้องให้คะแนนตามจริงโดยไม่แยกว่าอาการนั้นเกิดจากโรคพาร์กินสันหรือจากโรคอื่น

ตัวอย่างในการหาคำตอบที่ดีที่สุดสำหรับส่วนที่ 1 ก

กลยุทธ์ที่แนะนำเพื่อการได้คำตอบที่ถูกต้องที่สุด:

ภายหลังจากอ่านคำถามให้กับผู้ป่วยแล้วผู้ตรวจจะต้องถามเพิ่มเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหาในข้อนั้นหรือไม่ ถ้าไม่มีปัญหาให้ลงบันทึกคะแนนเป็น 0 และให้ข้ามไปทำคำถามข้อต่อไป

ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาผู้ตรวจควรวางจุดอ้างอิงในระดับกลาง (คะแนน 2 หรือระดับมีอาการน้อย(Mild)) เป็นตัวเปรียบเทียบเพื่อดูว่าอาการที่มีอยู่นั้นอยู่ในระดับคะแนน 2 ดีกว่าหรือแย่กว่าระดับคะแนน 2 ผู้ตรวจห้ามอ่านตัวเลือกให้ผู้ป่วย ฟังเพราะว่าตัวเลือกเหล่านั้นใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ โดยผู้ตรวจควรจะซักถามให้มากพอเพื่อให้ได้คำตอบที่ดีที่สุด เลือกระดับอาการของผู้ป่วยโดยประเมินจากตัวเลือกที่ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด ด้วยวิธีข้างต้น ก่อนที่จะลงความเห็นสุดท้าย



MDS UPDRS

ตอนที่ 1 : ชีวิตประจำวันที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (nM-EDL)

ตอนที่ 1 ก: พฤติกรรมซับซ้อน (กรอกโดยผู้ตรวจ)

แหล่งข้อมูลหลัก

ผู้ป่วย

ผู้ดูแล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลในสัดส่วนที่เท่ากัน

อ่านให้ผู้ป่วยฟัง: ผม/ดิฉันจะถามคำถามคุณจำนวน 6

ข้อเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆที่คุณอาจมีหรือไม่มีก็ได้ บางคำถามจะเกี่ยวข้องกับปัญหาต่างๆไป

ส่วนบางคำถามจะเกี่ยวกับปัญหาที่พบไม่บ่อย

คุณกรุณาตอบให้ตรงตามอาการที่คุณมีเป็นส่วนใหญ่ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด

ในกรณีที่คุณไม่มีปัญหาให้ตอบว่าไม่มีอาการ

1.1 ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive Impairment)

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

ให้ประเมินระดับของพุทธิปัญญา (cognitive function) ในทุกรูปแบบ อาทิเช่น การรับรู้ช้า (cognitive slowing) การให้เหตุผลบกพร่อง การสูญเสียความทรงจำ ความบกพร่องในการให้ความสนใจ (attention) และทิศทาง (orientation) จงประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลรู้สึกได้

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย (ผู้ตรวจอ่านให้ผู้ป่วย[และผู้ดูแล]ฟัง):

ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีปัญหากับการจดจำสิ่งต่าง ๆ ปัญหาในการติดตามบทสนทนา หรือ-สมาธิในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือมีปัญหาในการคิดเรื่องต่าง ๆ หรือหลงทางใน บ้าน หรือภายในเมืองที่คุณอยู่ หรือไม่ [ถ้ามี ผู้ตรวจต้องขอให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอธิบายเพิ่มเติม และถามข้อมูลเพิ่มเติม]

0: ปกติ

ไม่มีการสูญเสียพุทธิปัญญา

1: อาการน้อยมาก

มีอาการที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลประเมินได้แต่ไม่รบกวนการ
ทำกิจกรรมทั่วไป และการใช้ชีวิตในสังคม

2: อาการน้อย

มีการสูญเสียพุทธิปัญญาอย่างชัดเจน
แต่มีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรมทั่วไป
และการใช้ชีวิตในสังคมเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

3: อาการปานกลาง

มีการสูญเสียพุทธิปัญญาอย่างชัดเจน
แต่ยังไม่ถึงกับขัดขวางการทำกิจกรรมทั่วไป
และการใช้ชีวิตในสังคมสังคม

4: อาการรุนแรง

การสูญเสียพุทธิปัญญาอย่างมาก
จนผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมทั่วไป
และไม่สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้

คะแนน



1.2 ประสาทหลอน (Hallucination) และ อาการทางจิต (Psychosis)

คะแนน

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

ให้พิจารณาทั้งเรื่องของการเปลี่ยนเรื่อง (illusion)

และอาการประสาทหลอน (hallucination) โดยพิจารณาทุกประสาทสัมผัส (การมองเห็น, การฟัง, การสัมผัส, การดมกลิ่น, การลิ้มรส) เพื่อประเมินความผิดปกติ

ทั้งแบบไม่มีรูปลักษณ์ (unformed) (เช่น ความรู้สึกการมีอยู่ของสิ่งต่าง ๆ หรือเห็นอะไรแวบเดียว) และแบบมีรูปลักษณ์ (formed) (เป็นเรื่องราว

และมีรายละเอียดอย่างชัดเจน)

ให้คะแนนโดยดูว่าผู้ป่วยหรือไม่ว่าตัวเองมีประสาทหลอน และระบุนอาการหลงผิด (delusion) และการคิดที่ผิดปกติของผู้ป่วย (psychotic thinking)

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย (ผู้ตรวจอ่านให้ผู้ป่วย[และผู้ดูแล]ฟัง):

ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการประสาทหลอน โดยการเห็น, ได้ยิน, ได้กลิ่น, หรือสัมผัสบางสิ่งที่ไม่ได้อยู่ตรงนั้นจริง ๆ ไหม

[ถ้ามี ผู้ตรวจต้องขอให้ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลอธิบายเพิ่มเติม และถามข้อมูลเพิ่มเติม]

- | | |
|-----------------|---|
| 0: ปกติ | ไม่มีอาการประสาทหลอน หรือ พฤติกรรมทางจิตเวช (hallucination or psychotic behavior) |
| 1: อาการน้อยมาก | มีอาการเปลี่ยนเรื่อง (illusion) หรือมีอาการประสาทหลอนแบบไม่มีรูปลักษณ์ (unformed hallucination) แต่ผู้ป่วยรู้ว่าสิ่งเหล่านั้นไม่จริง (มี insight) |
| 2: อาการน้อย | มีอาการประสาทหลอนแบบมีรูปลักษณ์ (formed hallucination) ผู้ป่วยรู้ว่าสิ่งเหล่านั้นไม่จริง (มี insight) |
| 3: อาการปานกลาง | มีอาการประสาทหลอนแบบมีรูปลักษณ์ (formed hallucination) และผู้ป่วย <i>ไม่</i> รู้ว่าสิ่งเหล่านั้นไม่จริง (ไม่มี insight) |
| 4: อาการรุนแรง | ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด (delusion) หรือมีอาการจิตประสาทประเภทหวาดระแวง (paranoid) |



1.3 อารมณ์ซึมเศร้า (Depressed Mood)

คะแนน

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

ให้ประเมินว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า, ความเสียใจ, ความหมดหวัง, ความรู้สึกว่างเปล่า, หรือ การสูญเสียความสนุกสนานหรือไม่
ถ้ามีให้ประเมินระยะเวลาว่ามีนานเท่าใด และอาการนั้นรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคมหรือไม่

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย (ผู้ตรวจอ่านให้ผู้ป่วย[และผู้ดูแล]ฟัง):

ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกซึมเศร้า, รู้สึกเสียใจ, รู้สึกหมดหวัง, มีความรู้สึกว่างเปล่า, หรือ ไม่สามารถที่จะมีความรู้สึกสนุกใหม่ ถ้ามีอาการ อาการเหล่านี้เกิดขึ้นนานกว่าหนึ่งวันต่อครั้งหรือไม่ และมีผลกระทบต่อการทำงานทั่วไป หรือการอยู่ร่วมกับผู้อื่นหรือไม่
[ถ้ามี ผู้ตรวจต้องขอให้ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลอธิบายเพิ่มเติม และถามข้อมูลเพิ่มเติม]

0: ปกติ

ไม่มีอารมณ์ซึมเศร้า

1: อาการน้อยมาก

มีอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งในแต่ละครั้งมีอาการ *ไม่*เกินหนึ่งวัน และไม่รบกวนการทำงานทั่วไป และการเข้าสังคม

2: อาการน้อย

มีอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งในแต่ละครั้งมีอาการเกินหนึ่งวัน แต่ไม่รบกวนการทำงานทั่วไป และการเข้าสังคม

3: อาการปานกลาง

มีอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งรบกวนการทำงานทั่วไป และการเข้าสังคม แต่ไม่ถึงระดับขัดขวางจนทำกิจใด ๆ ไม่ได้

4: อาการรุนแรง

มีอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งขัดขวางการทำงานทั่วไป และการเข้าสังคม



1.6 กลุ่มอาการไม่สามารถควบคุมตัวเอง (Dopamine Dysregulation Syndrome)

คะแนน

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

ให้ประเมินการทำกิจกรรมต่าง ๆ ว่าทำมากผิดปกติหรือไม่ อาทิเช่น การติดการพนันอย่างมาก (เช่น การเข้าคาสิโน หรือ ซื้อสลากกินแบ่งมากผิดปกติ) การมีแรงผลักดันทางเพศสูง หรือ หมกมุ่นในเรื่องเพศ (เช่น สนใจในภาพโป๊ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ความต้องการทางเพศกับคู่นอนมากผิดปกติ) การทำบางอย่างซ้ำๆ (เช่น การทำงานอดิเรก การแยกส่วนสิ่งของ การจัดของ การจัดสิ่งของเป็นหมวดหมู่ซ้ำไปซ้ำมา) หรือการรับประทานยาเพิ่มขึ้นเองโดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์ (หมายถึง พฤติกรรมติดยา) จงประเมินผลกระทบของกิจกรรม ที่มีต่อชีวิตส่วนตัว ต่อครอบครัวของผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในสังคม (รวมถึงการยืมเงิน หรือ ปัญหาในเรื่องการเงิน อาทิเช่น ใช้เงินผ่านบัตรเครดิตมากผิดปกติ ปัญหาการทะเลาะกันในครอบครัว การขาดงาน หรือ การไม่รับประทานอาหารเช้า หรือ การไม่นอน ที่เกิดจากการทำกิจกรรมผิดปกติ)

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย (ผู้ตรวจอ่านให้ผู้ป่วย[และผู้ดูแล]ฟัง):

ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา

คุณมีความต้องการบางอย่างที่มากผิดปกติที่ยากต่อการควบคุมตนเองหรือไม่ คุณรู้สึกต้องทำหรือคิดบางสิ่งโดยที่ไม่สามารถจะหยุดได้

[ยกตัวอย่างให้ผู้ป่วย อาทิเช่น การพนัน การทำความสะอาด การติดคอมพิวเตอร์ การกินยาเสริม การติดการกินอาหาร หรือการติดการมีเพศสัมพันธ์]

0: ปกติ	ไม่มีปัญหา
1: อาการน้อยมาก	มีอาการ แต่โดยทั่วไปไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว หรือผู้ดูแล
2: อาการน้อย	มีอาการและโดยทั่วไปมีผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัวของผู้ป่วย และชีวิตครอบครัว เป็นบางอย่าง
3: อาการปานกลาง	มีอาการและโดยทั่วไปมีผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัวของผู้ป่วย และชีวิตครอบครัว มาก
4: อาการรุนแรง	มีอาการและโดยทั่วไปมีผลกระทบจนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเดิม



คำถามที่เหลือในส่วนที่ 1 (ชีวิตประจำวันที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (nM-EDL)) [การนอน, การง่วงนอนในช่วงกลางวัน, ความเจ็บปวด และความรู้สึกอื่น ๆ, ปัญหาการปัสสาวะ, ปัญหาท้องผูก, อาการวิงเวียนขณะยืน, และความอ่อนเพลีย] และคำถามในส่วนที่ 2 (ชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (M-EDL)) จะไปรวมอยู่ใน “แบบสอบถามคนไข้” ซึ่งผู้ป่วย และ/หรือ ผู้ดูแล จะเป็นผู้ทำแบบสอบถามนี้

แบบสอบถามคนไข้

คำชี้แจง:

แบบสอบถามนี้จะถามคุณเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันของคุณ โดยจะมีทั้งหมด 20 คำถาม

กรุณาอ่านตัวเลือกคำตอบทั้งหมดให้เสร็จก่อนที่จะตอบคำถาม

คุณสามารถทำแบบสอบถามนี้คนเดียว หรือทำกับผู้ดูแลก็ได้

แบบสอบถามจะครอบคลุมหลายอาการ ดังนั้นบางอาการอาจไม่เกิดขึ้นกับคุณทั้งในตอนนี้และในอนาคต

คนไข้บางคนอาจทำกิจกรรมต่าง ๆ ในบางเวลาได้ดีกว่าเวลาอื่น กรุณาตอบตามสิ่งที่คุณทำได้เป็นส่วนใหญ่ในสัปดาห์ที่ผ่านมา

คุณอาจมีปัญหาด้านการแพทย์อื่นๆ ขอให้คำตอบคำถามให้ตรงตามอาการจริง โดยไม่ต้องแยกว่าอาการเกิดจากโรคพาร์กินสัน หรือจากโรคอื่น

กรุณาตอบให้ครบทุกคำถาม

แพทย์ หรือพยาบาลสามารถอธิบายคำถามให้คุณได้

ผู้ตอบแบบสอบถามหลัก:

ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้ป่วย
และผู้ดูแลในสัดส่วนที่เท่ากัน

ตอนที่ 1 : ชีวิตประจำวันที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (nM-EDL)

<p>1.11 ปัญหาท้องผูก ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีปัญหาท้องผูกหรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา</p> <p>1: มีน้อยมาก มีอาการท้องผูก และต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นในการขับถ่าย แต่ปัญหาเหล่านี้ไม่รบกวนการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือมีผลต่อความรู้สึกสบายตัว</p> <p>2: มีน้อย อาการท้องผูกทำให้มีปัญหาในการทำสิ่งต่าง ๆ บ้าง หรือมีผลต่อความรู้สึกสบายตัวบ้าง</p> <p>3: มีปานกลาง อาการท้องผูกทำให้มีปัญหาในการทำสิ่งต่าง ๆ อย่างมาก หรือมีผลต่อความรู้สึกสบายตัวอย่างมาก</p> <p>4: มีรุนแรง ไม่สามารถขับถ่ายได้เอง ต้องให้ผู้อื่นช่วย</p>	<p>คะแนน</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>1.12 อาการเวียนศีรษะในขณะยืน ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อคุณเปลี่ยนจากท่านั่งหรือท่านอนไปเป็นท่านยืน คุณมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา</p> <p>1: มีน้อยมาก มีอาการเวียนศีรษะ หรือหน้ามืด แต่ปัญหาเหล่านี้ไม่รบกวนการทำกิจกรรมต่าง ๆ</p> <p>2: มีน้อย มีอาการเวียนศีรษะ หรือหน้ามืด จนต้องเกาะบางสิ่ง แต่ยังไม่ถึงกับต้องนั่งพักหรือ นอนลง</p> <p>3: มีปานกลาง มีอาการเวียนศีรษะ หรือหน้ามืด จนต้องนั่งหรือ นอนลง เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นลมหรือหกล้ม</p> <p>4: มีรุนแรง มีอาการเวียนศีรษะ หรือหน้ามืด จนทำให้หกล้ม หรือเป็นลม</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>

1.13 อาการอ่อนล้า

ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา

คุณมักจะรู้สึกอ่อนเพลียหรืออ่อนล้าหรือไม่

อาการนี้ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของอาการง่วงนอน หรือ ความเสียใจ

0: ปกติ

ไม่มีปัญหา

1: รู้สึกน้อยมาก

มีอาการอ่อนเพลียหรืออ่อนล้าแต่สามารถทำกิจกรรม และ สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ ได้โดยไม่มีอุปสรรค

2: รู้สึกน้อย

มีอาการอ่อนเพลียหรืออ่อนล้า ซึ่งทำให้เกิดปัญหาบ้าง เมื่อทำกิจกรรม หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

3: รู้สึกปานกลาง

มีอาการอ่อนเพลียหรืออ่อนล้า ซึ่งทำให้เกิดปัญหาอย่างมาก เมื่อทำกิจกรรม หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น แต่ไม่ถึงกับขัดขวางการทำสิ่งเหล่านั้น

4: รู้สึกรุนแรง

อาการอ่อนล้าขัดขวางการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

คะแนน



ตอนที่ 2 : ชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (M-EDL)

<p>2.1 การพูด ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีปัญหาเรื่องการพูดหรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา</p> <p>1: มีน้อยมาก ฉันพูดเบา พูดไม่ค่อยชัด หรือพูดตะกุกตะกัก แต่ก็ไม่ได้มีใครขอให้ฉันพูดซ้ำอีก</p> <p>2: มีน้อย</p> <p> การพูดของฉันทำให้คนฟังขอให้ฉันพูดซ้ำเป็น นบางครั้งบางคราว แต่ไม่ได้เกิดขึ้นทุกวัน</p> <p>3: มีปานกลาง การพูดของฉันไม่ชัดเจน ผู้ฟังขอให้ฉันพูดซ้ำอีกครั้งในทุก ๆ วัน แต่คำพูดส่วนใหญ่ของฉันยังเป็นที่น่าสนใจได้</p> <p>4: มีรุนแรง</p> <p>คำพูดส่วนใหญ่หรือทั้งหมดของฉันฟังไม่รู้เรื่อง</p>	<p>คะแนน</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2.2 น้ำลายและอาการน้ำลายไหล</p> <p>ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเรื่องการมีน้ำลายมากเกินไปใน ขณะตื่น หรือขณะหลับหรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา</p> <p>1: ฉันมีน้ำลายมากเกินไปแต่ยังไม่มีอาการน้ำลายไหล มีน้อยมาก ออกมา</p> <p>2: มีน้อย ฉันมีน้ำลายไหลออกมาขณะหลับแต่ไม่มีอาการขณะ ตื่น</p> <p>3: ฉันมีน้ำลายไหลในขณะที่ตื่นบ้างแต่ยังไม่จำเป็นต้อง มีปานกลาง ใช้กระดาษทิชชูหรือผ้าเช็ดหน้าเช็ด</p> <p>4: มีรุนแรง ฉันมีน้ำลายไหลปริมาณมากซึ่งฉันต้องคอยใช้กระดาษ ทิชชูหรือผ้าเช็ดหน้าเช็ด</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>

<p>2.3 การเคี้ยวและการกลืนอาหาร ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาเรื่องการกลืนยาหรือทานอาหารหรือไม่ คุณจำเป็นต้องตัดเม็ดยาก่อนทานหรือจำเป็นต้องจัดเตรียมอาหารให้นิ่มลงหรือสับให้ละเอียดเพื่อป้องกันการสำลักอาหารหรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา</p> <p>1: ฉันเคี้ยวอาหารช้าลงหรือใช้ความพยายามมากขึ้น มีน้อยมาก ในขณะที่กลืนอาหาร แต่ฉันไม่มีอาการสำลักอาหารหรือจำเป็นต้องจัดเตรียมอาหารเป็นพิเศษ</p> <p>2: มีน้อย ฉันจำเป็นต้องตัดเม็ดยาหรือจัดเตรียมอาหารเป็นพิเศษเนื่องจากปัญหาการเคี้ยวหรือกลืนอาหาร แต่ฉันไม่มีอาการสำลักอาหารตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา</p> <p>3: ฉันสำลักอาหารอย่างน้อยหนึ่งครั้งในสัปดาห์ที่ผ่านมา มีปานกลาง ะ</p> <p>4: ฉันต้องใช้สายยางอาหาร มีรุนแรง</p>	<p>คะแนน</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2.4 การรับประทานอาหาร ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมักมีปัญหาเรื่องการตัดอาหารและการใช้อุปกรณ์ในการทานอาหารหรือไม่ ยกตัวอย่างเช่นคุณมีปัญหาในการใช้นิ้วมือหยิบจับอาหารหรือมีปัญหาการใช้ช้อนซ้อม มีด ตะเกียบ หรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา</p> <p>1: ฉันเคลื่อนไหวได้ช้าแต่ฉันยังไม่ต้องการความช่วยเหลือ มีน้อยมาก เหลือใดๆในการตัดอาหารและไม่ทำอาหารหก</p> <p>2: มีน้อย ฉันเคลื่อนไหวได้ช้าในการทานอาหารและมีบางครั้งที่ทำอาหารหก ฉันอาจจะต้องการความช่วยเหลือในบางกิจกรรมเช่นการตัดเนื้อ</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>

<p>3: มีปานกลาง ฉันต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร แต่ทำได้เองบ้างในบางกิจกรรม</p> <p>4: มีรุนแรง ฉันรับประทานอาหารเองไม่ค่อยได้</p>	
<p>2.5 การแต่งตัว</p> <p>ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมักมีปัญหาในการแต่งตัว ยกตัวอย่างเช่น คุณแต่งตัวช้าลงหรือต้องมีผู้อื่นช่วยในการกลัดกระดุม รูดซิป ถอดใส่เสื้อผ้าหรือเครื่องประดับหรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา</p> <p>1: น้อยมาก ฉันแต่งตัวช้าแต่ไม่ต้องการความช่วยเหลือใดๆ</p> <p>2: น้อย ฉันแต่งตัวช้าและต้องการผู้ช่วยบางกิจกรรมเช่น การกลัดกระดุมใส่</p> <p>สร้อย</p> <p>3: ปานกลาง ฉันต้องการความช่วยเหลือในการแต่งตัวในหลายๆกิจกรรม</p> <p>4: รุนแรง ฉันต้องมีผู้อื่นช่วยแต่งตัวให้ทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด</p>	<p>คะแนน</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>

<p>2.6 สุขลักษณะอนามัย ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมักดูแลความสะอาดของตนเองได้ข้างลง หรือต้องการความช่วยเหลือในการล้าง, อาบน้ำ, โกนหนวด, แปรงฟัน, หวีผมหรือการทำความสะอาดส่วนตัวอื่นๆหรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา 1: ฉันดูแลความสะอาดของตนเองได้เข้าแต่ยังไม่ต้องการ น้อยมาก ความช่วยเหลือใดๆ 2: น้อย ฉันต้องการผู้ช่วยในการทำกิจกรรมทำความสะอาด างกิจกรรม 3: ฉันต้องการผู้ช่วยในการทำกิจกรรมการทำความสะอาด สะอ ปานกลาง าด หลายๆกิจกรรม 4: รุนแรง ฉันต้องมีผู้ช่วยในการทำความสะอาดตนเองทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมด</p>	<input type="checkbox"/>
<p>2.7 การเขียน ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา คนอื่นมักมีปัญหาในการอ่านลายมือของคุณหรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา 1: มีน้อยมาก ฉันเขียนได้เข้า ไม่คล่อง หรือเขียนอย่างตะกุกตะกัก แต่ตัวอักษรยังสามารถอ่านได้ทุกตัว 2: มีน้อย บางตัวอักษรเขียนได้ไม่ชัดเจนและอ่านได้ยาก 3: มีปานกลาง ตัวอักษรหลายตัวเขียนได้ไม่ชัดเจนและอ่านไ ด์ยาก 4: มีรุนแรง ตัวอักษรทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดไม่สามารถ อ่านได้</p>	คะแนน <input type="checkbox"/>

<p>2.8 การทำงานอดิเรก และกิจกรรมอื่นๆ ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหในการทำงานอดิเรก หรือกิจกรรมอื่นๆที่คุณชอบหรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา 1: มีน้อยมาก ฉันทำกิจกรรมได้ช้าเล็กน้อย แต่ยังคงทำได้ทั้งหมดอย่างง่ายดาย</p> <p>2: มีน้อย ฉันมีความลำบากในการทำกิจกรรมเหล่านี้บ้าง</p> <p>3: มีปานกลาง ฉันมีปัญหามากในการทำกิจกรรมเหล่านี้ แต่ยังสามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้อยู่</p> <p>4: มีรุนแรง ฉันทำกิจกรรมเหล่านี้ไม่ได้ทั้งหมดหรือเกือบ ทั้งหมด</p>	<input type="checkbox"/>
<p>2.9 การพลิกตัวบนที่นอน ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหารื่องการพลิกตัวบนที่นอน หรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา 1: มีน้อยมาก ฉันมีปัญหาล็กน้อยแต่ยังคงไม่ต้องการความ ช่วยเหลือใดๆ</p> <p>2: มีน้อย ฉันมีปัญหาย่างมากและต้องการผู้ช่วยบางครั้ง</p> <p>3: มีปานกลาง ฉันต้องการผู้ช่วยพลิกตัวบ่อยครั้ง</p> <p>4: มีรุนแรง ฉันไม่สามารถพลิกตัวได้หากไม่มีผู้ช่วย</p>	<input type="checkbox"/>
<p>2.10 อาการสั่น ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมักมีอาการสั่นหรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา 1: มีอาการสั่นแต่อาการดังกล่าวไม่ทำให้เกิดปัญหาในก มีน้อยมาก ารทำกิจกรรมต่าง ๆ</p> <p>2: มีน้อย อาการสั่นทำให้เกิดปัญหาในบางกิจกรรม</p> <p>3: มีปานกลาง อาการสั่นทำให้เกิดปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน หลายอย่าง</p> <p>4: มีรุนแรง อาการสั่นทำให้เกิดปัญหาในการทำกิจกรรมส่วนใหญ่ ึ่งหรือทุกกิจกรรม</p>	<p>คะแนน</p> <input type="checkbox"/>

<p>2.11 การลุกออกจากเตียง การออกจากรถยนต์ หรือการลุกออกจากเก้าอี้ ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมักมีปัญหาในการลุกออกจากเตียง ลุกออกจากรถยนต์ หรือลุกออกจากเก้าอี้หรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา 1: ฉันเคลื่อนไหวได้ช้า มีน้อยมาก ตโดยปกติฉันสามารถลุกขึ้นได้เองในการพยายามครั้งแรก 2: มีน้อย ฉันต้องพยายามลองลุกมากกว่าหนึ่งครั้ง หรือต้องการผู้ช่วยเหลือนานๆครั้ง 3: มีปานกลาง ฉันต้องการผู้ช่วยเหลือในการลุกขึ้นบางครั้ง แต่โดยมากฉันยังคงลุกขึ้นได้เอง 4: มีรุนแรง ฉันต้องการผู้ช่วยเหลือในการลุกขึ้นทุกครั้ง หรือเกือบทุกครั้ง</p>	<input type="checkbox"/>
<p>2.12 การเดินและการทรงตัว ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีปัญหาในการทรงตัวหรือการเดินหรือต้องใช้เครื่องช่วยเดิน (ไม้เท้าหรือวอล์คเกอร์)หรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหาเลย 1: มีน้อยมาก ฉันเดินได้ค่อนข้างช้าหรือเดินลากขา แต่ยังไม่จำเป็นต้องอาศัยเครื่องช่วยเดิน 2: มีน้อย ฉันต้องใช้เครื่องช่วยเดินในบางครั้ง แต่ยังไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น 3: มีปานกลาง ฉันมักใช้เครื่องช่วยเดิน (ไม้เท้าหรือวอล์คเกอร์) แต่ยังไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น 4: มีรุนแรง ฉันมักอาศัยผู้อื่นช่วยพยุงเดินเพื่อเดินอย่างปลอดภัยโดยไม่ล้ม</p>	<input type="checkbox"/>
<p>2.13 การเดินติดขัด (Freezing) ตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา ในวันทั่วไป เมื่อคุณเดินคุณมีการเดินติดขัด หรือหยุดเดินกะทันหัน หรืออาการก้าวขาไม่ออกหรือไม่</p> <p>0: ปกติ ไม่มีปัญหา</p>	คะแนน

<p>1: มีน้อยมาก</p> <p>2: มีน้อย</p> <p>3: มีปานกลาง</p> <p>4: มีรุนแรง</p>	<p>ฉันมีอาการเดินติดขัดช่วงสั้นๆ แต่ฉันสามารถกลับมาเดินต่อได้อย่างง่ายดายโดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือต้องใช้เครื่องช่วยเดิน (ไม้เท้าหรือวอล์คเกอร์)</p> <p>ฉันเดินติดขัดและมีปัญหาในการกลับมาเดินต่ออีกครั้ง แต่ฉันยังไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือต้องใช้เครื่องช่วยเดิน (ไม้เท้าหรือวอล์คเกอร์)</p> <p>เมื่อมีอาการเดินติดขัดจะกลับมาเดินต่อได้ยากมาก ซึ่งในบางครั้งฉันต้องใช้เครื่องมือช่วยเดินหรือการช่วยเหลือจากผู้อื่น</p> <p>อาการเดินติดขัดทำให้ฉันจำเป็นต้องอาศัยเครื่องช่วยเดินหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดเวลาหรือเกือบตลอดเวลา</p>	<input type="checkbox"/>
<p>การทำแบบสอบถามจบเพียงเท่านี้อาจมีบางคำถามที่ผม/ดิฉันถามเกี่ยวกับอาการซึ่งคุณไม่มีและอาจได้พูดถึงอาการซึ่งอาจไม่เกิดขึ้นกับคุณเลย อาการเหล่านั้นไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย แต่เพียงสามารถพบได้ในผู้ป่วยบางราย ผม/ดิฉันจึงมีความจำเป็นต้องถามผู้ป่วยทุกคน ขอขอบคุณที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามนี้ครับ/ค่ะ</p>		

ส่วนที่ 3: การตรวจทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Motor Examination)

คำชี้แจงและภาพรวม: ส่วนนี้จะประเมินอาการเคลื่อนไหวของโรคพาร์กินสัน ผู้ตรวจควรทำตามเกณฑ์มาตรฐานดังต่อไปนี้:

ที่ส่วนบนสุดของแบบทดสอบให้ทำเครื่องหมายแสดงว่าผู้ป่วยได้รับยารักษาโรคพาร์กินสันหรือไม่และถ้าได้รับยาลีโวโดปา ให้ระบุว่ารับประทานยาครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ ถ้าผู้ป่วยได้รับยารักษาโรคพาร์กินสัน

จงแสดงเครื่องหมายว่าขณะตรวจผู้ป่วยอยู่ในช่วงใดดังต่อไปนี้:

ยาออกฤทธิ์ (On) คือช่วงเวลาที่ได้รับยาและตอบสนองต่อยาดี

ยาหมดฤทธิ์ (Off) คือช่วงเวลาที่ได้รับยาแต่ตอบสนองไม่ดี

ผู้ตรวจควรจะให้ “คะแนนตามที่เห็น” ผู้ป่วยอาจมีโรคต่างๆ เช่น โรคเส้นโลหิตในสมอง อากาอ่อนแรง ข้ออักเสบ ภาวะข้อติด และภาวะทางกระดูกเช่น การเปลี่ยนข้อสะโพกหรือข้อเข่า และกระดูกไขสันหลังคด ซึ่งอาจมีผลต่อการให้คะแนนในแต่ละหัวข้อ ในกรณีที่ไม่สามารถทำการตรวจได้ (เช่น อวัยวะส่วนนั้นๆถูกตัดอ่อนแรง หรือ ถูกเข้าเฝือก) ให้ระบุว่า “UR” ซึ่งย่อมาจาก Unable to Rate

การให้คะแนนในแต่ละส่วนจะให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยทำได้จริงโดย **ไม่**แยกว่าอาการนั้นเกิดจากโรคพาร์กินสันหรือจากโรคอื่น และควรให้คะแนนเป็นจำนวนเต็มในทุกหัวข้อ (ไม่มีการให้ครึ่งคะแนนหรือกระโดดข้ามข้อ)

ในแต่ละหัวข้อจะมีคำแนะนำเฉพาะสำหรับหัวข้อนั้นๆ

ซึ่งผู้ตรวจควรจะทำตามอย่างเคร่งครัด

ผู้ตรวจต้องทำการสาธิตให้ผู้ป่วยดูก่อนแล้วจึงให้ผู้ป่วยทำตามโดยผู้ตรวจควรหยุดการสาธิตก่อนที่จะให้ผู้ป่วยเริ่มทำในข้อนั้น

และให้คะแนนในทันทีหลังจากตรวจผู้ป่วยในข้อนั้นๆเสร็จ

สำหรับการประเมินการเคลื่อนไหวทั้งหมดโดยรวมและอาการสั้นขณะพัก (ข้อ 3.14 และ 3.17)

หัวข้อเหล่านี้ถูกกำหนดให้อยู่ในส่วนสุดท้ายของการให้คะแนนเพราะว่าข้อมูลในการให้คะแนนจะได้มาจากการตรวจร่างกายทั้งหมด

ในส่วนท้ายของการให้คะแนนถ้ามีอาการยุกยิก (chorea or dystonia)

เกิดขึ้นในขณะที่ตรวจ ให้ระบุว่า

การเคลื่อนไหวเหล่านี้มีผลรบกวนต่อการตรวจหรือไม่

3ก ผู้ป่วยได้รับยารักษาโรคพาร์กินสันหรือไม่ ไม่ได้ ได้

3ข ถ้าผู้ป่วยได้รับยารักษาโรคพาร์กินสัน

ให้ทำเครื่องหมายระบุว่าอาการของผู้ป่วยขณะตรวจเป็นอย่างไรต่อไปนี้

ยาออกฤทธิ์ (On) คือช่วงเวลาที่ได้รับยาและตอบสนองต่อยาดี

ยาหมดฤทธิ์ (Off) คือช่วงเวลาที่ได้รับยาแต่ตอบสนองต่อยาไม่ดี

3ค ผู้ป่วยได้รับยาลีโวโดปาหรือไม่ ไม่ได้ ได้

3ค1 ถ้าได้ให้ระบุจำนวนนาที ตั้งแต่ได้รับยาลีโวโดปาคครั้งสุดท้าย_____

<p>3.1 การพูด</p> <p><i>คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:</i></p> <p>ให้ผู้ตรวจฟังในขณะที่ผู้ป่วยพูดอย่างต่อเนื่องและผู้ตรวจสามารถสนทนากับผู้ป่วยได้ถ้าจำเป็น หัวข้อที่แนะนำ: ให้ถามเกี่ยวกับการทำงานของผู้ป่วย งานอดิเรก การออกกำลังกาย หรือการเดินทางมาพบแพทย์ว่ามาอย่างไร ควรประเมินความถี่ การปรับเสียงสูงต่ำ และความชัด รวมทั้งการพูดเร็ว พูดซ้ำคำ และพูดเร็ว</p> <p>0 : ปกติ ไม่มีปัญหาด้านการพูด</p> <p>1 : ผิดปกติน้อยมาก สูญเสียในการปรับเสียงสูงต่ำและความดัง แต่ยังสามารถฟังเข้าใจได้ทุกคำ</p> <p>2 : ผิดปกติน้อย สูญเสียในการปรับเสียงสูงต่ำ และความดัง คำบางคำอาจฟังไม่เข้าใจ แต่ยังสามารถฟังเข้าใจทั้งประโยคได้</p> <p>3 : ผิดปกติปานกลาง สูญเสียการพูด ฟังประโยคแล้วเข้าใจได้ยากบางส่วน แต่ส่วนใหญ่ยังสามารถฟังเข้าใจได้</p> <p>4 : ผิดปกติรุนแรง ประโยคส่วนใหญ่ฟังเข้าใจได้ยาก</p>	<p>คะแนน</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto;"></div>
<p>3.2 การแสดงสีหน้า</p> <p><i>คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:</i></p> <p>สังเกตช่วงที่ผู้ป่วยนั่งพักประมาณ 10 วินาทีทั้งขณะพูดและไม่พูด โดยให้สังเกตความถี่ของการกระพริบตาการแสดงสีหน้า การยิ้ม และการแยกของริมฝีปาก</p> <p>0 : ปกติ แสดงสีหน้าปกติ</p> <p>1 : ผิดปกติน้อยมาก การกระพริบตาน้อยลงเพียงอย่างเดียว</p> <p>2 : ผิดปกติน้อย นอกจากมีการกระพริบตาที่น้อยลงแล้ว ยังมีการแสดงสีหน้าของหน้าส่วนล่างน้อยลงด้วย โดยมีการเคลื่อนไหวของริมฝีปากน้อยลง เช่นการยิ้มลดลง แต่ริมฝีปากไม่แยกจากกัน</p> <p>3 : ผิดปกติปานกลาง สีหน้าเฉยเมย ริมฝีปากแยกจากกันบางช่วงขณะที่ผู้ป่วยไม่ขยับปาก</p> <p>4 : ผิดปกติรุนแรง สีหน้าเฉยเมย ริมฝีปากแยกจากกันเป็นส่วนใหญ่ขณะที่ผู้ป่วยไม่ขยับปาก</p>	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto;"></div>

<p>3.3 การเกร็ง (Rigidity) (ให้คะแนนสำหรับ แขนขวา แขนซ้าย ขาขวา ขาซ้าย และคอ แยกกัน)</p> <p><i>คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:</i> การเกร็งจะตรวจได้โดยผู้ตรวจขยับข้อต่อของผู้ป่วยอย่างช้าๆในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ผ่อนคลาย โดยตรวจสอบส่วนแขน, ขา และคอ ทีละส่วน บริเวณแขนให้ตรวจบริเวณข้อมือและข้อศอก ส่วนขาให้ตรวจข้อสะโพกและเข่า ถ้าไม่พบอาการเกร็ง ให้ผู้ป่วยขยับส่วนอื่นของร่างกาย เช่น เคาะนิ้วมือ กำแบ่มือ กระตืบเท้า อธิบายให้ผู้ป่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อขณะตรวจ</p> <p>0 : ปกติ ไม่เกร็ง</p> <p>1 : ผิดปกติน้อยมาก เกร็งเมื่อมีการขยับส่วนของร่างกายด้านตรงข้าม</p> <p>2 : ผิดปกติน้อย เกร็งเอง แต่สามารถเหยียดข้อได้สุดโดยง่าย</p> <p>3 : ผิดปกติปานกลาง เกร็งเอง</p> <p>ต้องใช้ความพยายามจึงจะสามารถเหยียดข้อได้สุด</p> <p>4 : ผิดปกติรุนแรง เกร็งเอง ไม่สามารถเหยียดข้อได้สุด</p>	<p>คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> คอ</p> <p><input type="checkbox"/> แขนขวา</p> <p><input type="checkbox"/> แขนซ้าย</p> <p><input type="checkbox"/> ขาขวา</p> <p><input type="checkbox"/> ขาซ้าย</p>
<p>3.4 การเคาะนิ้วมือ (Finger tapping) (ให้คะแนนสำหรับ มือขวา และมือซ้าย แยกกัน)</p> <p><i>คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:</i> ตรวจแยกทีละข้างโดยทำให้ผู้ป่วยดูก่อนและหยุดขณะที่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเคาะนิ้วชี้ลงบนนิ้วโป้งขึ้นลง 10 ครั้งให้กว้างและเร็วที่สุดที่สามารถทำได้ ให้คะแนนทีละข้างโดยสังเกต ความกว้าง ความเร็ว การชะงักหรือหยุด</p> <p>0 : ปกติ ไม่มีปัญหา</p> <p>1 : ผิดปกติน้อยมาก มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้</p> <p style="margin-left: 20px;">i. มีการชะงัก 1-2 ครั้ง</p> <p style="margin-left: 20px;">ii. ช้าเล็กน้อย</p> <p style="margin-left: 20px;">iii. ความกว้างลดลงเรื่อยๆในช่วงท้าย</p> <p>2 : ผิดปกติน้อย มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้</p> <p style="margin-left: 20px;">i. มีการชะงัก 3-5 ครั้ง</p> <p style="margin-left: 20px;">ii. ช้าเล็กน้อย</p> <p style="margin-left: 20px;">iii. ความกว้างลดลงเรื่อยๆในช่วงกลาง</p> <p>3 : ผิดปกติปานกลาง มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้</p> <p style="margin-left: 20px;">i. มีการชะงัก มากกว่า 5 ครั้ง หรือชะงักนาน (freezing) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง</p> <p style="margin-left: 20px;">ii. ช้าปานกลาง</p> <p style="margin-left: 20px;">iii. ความกว้างเริ่มลดลงหลังจากทำครั้งแรก</p> <p>4 : ผิดปกติรุนแรง ทำไม่ได้ หรือทำแทบไม่ได้ เพราะช้ามาก ชะงักมาก หรือ ความกว้างน้อยมาก</p>	<p><input type="checkbox"/> มือขวา</p> <p><input type="checkbox"/> มือซ้าย</p>

<p>3.5 การขยับของมือ (กำมือสลับแบมือ) (ให้คะแนนสำหรับ มือขวา และมือซ้าย แยกกัน)</p> <p><i>คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:</i> ตรวจแยกทีละข้างโดยทำให้ผู้ป่วยดูก่อนและหยุดขณะที่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยกำมือ งอข้อศอกโดยหันฝ่ามือเข้าหาผู้ตรวจ และกำมือสลับกับแบมือ 10 ครั้งให้กว้างและเร็วที่สุดที่สามารถทำได้ ให้เตือนผู้ป่วยให้กำมือหรือแบมือเต็มที่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่กำมือเต็มที่หรือไม่แบมือเต็มที่ ให้คะแนนทีละข้างโดยสังเกต ความกว้าง ความเร็ว การชะงักหรือหยุด</p> <p>0 : ปกติ ไม่มีปัญหา</p> <p>1 : มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้</p> <p>ผิดปกติน้อยมาก i. มีการชะงัก 1-2 ครั้ง</p> <p> ii. ช้าเล็กน้อย</p> <p> iii. ความกว้างลดลงเรื่อยๆในช่วงท้าย</p> <p>2 : มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้</p> <p>ผิดปกติน้อย i. มีการชะงัก 3-5 ครั้ง</p> <p> ii. ช้าเล็กน้อย</p> <p> iii. ความกว้างลดลงเรื่อยๆในช่วงกลาง</p> <p>3 : มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้</p> <p>ผิดปกติปานกลาง i. มีการชะงัก มากกว่า 5 ครั้ง หรือชะงักนาน (freezing) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง</p> <p> ii. ช้าปานกลาง</p> <p> iii. ความกว้างเริ่มลดลงหลังจากกำมือสลับแบมือครั้งแรก</p> <p>4 : ทำไม่ได้ หรือทำแทบไม่ได้ เพราะช้ามาก ชะงักมาก หรือ</p> <p>ผิดปกติรุนแรง ความกว้างน้อยมาก</p>	<p>คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>มือขวา</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>มือซ้าย</p>
--	--

3.6 การคว่ำ-หงายของมือ (ให้คะแนนสำหรับ มือขวา และมือซ้าย แยกกัน)	คะแนน
<p><i>คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:</i> ตรวจแยกทีละข้างโดยทำให้ผู้ป่วยดูก่อนและหยุดขณะที่ผู้ป่วยทำ ให้ผู้ป่วยเหยียดแขนไปด้านหน้าโดยคว่ำฝ่ามือลง แล้วเปลี่ยนเป็นหงาย ทำสลับไปมา 10 ครั้งให้เร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ ให้คะแนนทีละข้างโดยสังเกต ความกว้าง ความเร็ว การชะงักหรือหยุด</p> <p>0 : ปกติ ไม่มีปัญหา</p> <p>1 : มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ ผิดปกติน้อยมา i. มีการชะงัก 1-2 ครั้ง ก ii. ช้ำเล็กน้อยมาก iii. ความกว้างลดลงเรื่อยๆในช่วงท้าย</p> <p>2 : มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ ผิดปกติน้อย i. มีการชะงัก 3-5 ครั้ง ii. ช้ำเล็กน้อย iii. ความกว้างลดลงเรื่อยๆในช่วงกลาง</p> <p>3 : มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ ผิดปกติปานกล i. มีการชะงัก มากกว่า 5 ครั้ง หรือชะงักนาน (freezing) าง อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ii. ช้ำปานกลาง iii. ความกว้างเริ่มลดลงหลังจากคว่ำ-หงายมือครั้งแรก</p> <p>4 : ทำไม่ได้ หรือทำแทบไม่ได้ เพราะช้ำมาก ชะงักมาก หรือ ผิดปกติรุนแรง ความกว้างน้อยมาก</p>	<p style="text-align: center;"> <input data-bbox="1377 577 1449 667" type="checkbox"/> มือขวา </p> <p style="text-align: center;"> <input data-bbox="1377 880 1449 969" type="checkbox"/> มือซ้าย </p>

3.7 การเคาะนิ้วเท้า (Toe tapping) (ให้คะแนนสำหรับ นิ้วเท้าขวา และนิ้วเท้าซ้าย แยกกัน)

คะแนน

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

ให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ที่มีที่วางแขนและที่พิงพนักหลังตรง วางเท้าทั้ง 2 ข้างบนพื้น ตรวจแยกทีละข้างโดยทำให้ผู้ป่วยดูก่อนและหยุดขณะที่ผู้ป่วยทำ ให้ผู้ป่วยวางส้นเท้ากับพื้นในท่าที่สบาย และเคาะนิ้วเท้าขึ้นลง 10 ครั้งให้กว้างและเร็วที่สุดที่สามารถทำได้ ให้คะแนนทีละข้างโดยสังเกต ความกว้าง ความเร็ว การชะงักหรือหยุด

- | | |
|--------------------|---|
| 0 : ปกติ | ไม่มีปัญหา |
| 1 : ผิดปกติน้อยมาก | มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้
i. มีการชะงัก 1-2 ครั้ง
ii. ช้าเล็กน้อย
iii. ความกว้างลดลงเรื่อยๆในช่วงท้าย |
| 2 : ผิดปกติน้อย | มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้
i. มีการชะงัก 3-5 ครั้ง
ii. ช้าเล็กน้อย
iii. ความกว้างลดลงเรื่อยๆในช่วงกลาง |
| 3 : ผิดปกติปานกลาง | มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้
i. มีการชะงัก มากกว่า 5 ครั้ง หรือชะงักนาน (freezing)
ii. ช้าปานกลาง
iii. ความกว้างเริ่มลดลงหลังจากเคาะครั้งแรก |
| 4 : ผิดปกติรุนแรง | ทำไม่ได้ หรือทำแทบไม่ได้ เพราะช้ามาก ชะงักมาก หรือ ความกว้างน้อยมาก |



เท้าขวา



เท้าซ้าย

3.8 ความคล่องแคล่วของขา (Leg agility) (ให้คะแนนสำหรับ ชาขา และขาซ้าย แยกกัน)

คะแนน

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

ให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ที่มีที่วางแขนและที่พิงพนักหลังตรง วางเท้าทั้ง 2 ข้างบนพื้น ตรวจแยกทีละข้างโดยทำให้ผู้ป่วยดุก่อนและหยุดขณะที่ผู้ป่วยทำ ให้ผู้ป่วยวางเท้าราบกับพื้นในท่าที่สบาย ยกเท้าขึ้นและวางลงกับพื้น 10 ครั้ง (กระตืบเท้า) ให้สูงและเร็วที่สุดที่สามารถทำได้ ให้คะแนนทีละข้างโดยสังเกต ความกว้าง ความเร็ว การชะงักหรือหยุด

0 : ปกติ

ไม่มีปัญหา

1 : ผิดปกติน้อยมาก

มีความผิดปกติดังต่อไปนี้

- i. มีการชะงัก 1-2 ครั้ง
- ii. ช้าเล็กน้อย
- iii. ความกว้างลดลงเรื่อยๆในช่วงท้าย

2 : ผิดปกติเล็กน้อย

มีความผิดปกติดังต่อไปนี้

- i. มีการชะงัก 3-5 ครั้ง
- ii. ช้าเล็กน้อย
- iii. ความกว้างลดลงเรื่อยๆในช่วงกลาง

3 : ผิดปกติปานกลาง

มีความผิดปกติดังต่อไปนี้

- i. มีการชะงัก มากกว่า 5 ครั้ง หรือชะงักนาน (freezing)

อย่างน้อยหนึ่งครั้ง

- ii. ช้าปานกลาง
- iii. ความกว้างเริ่มลดลงหลังจากยกเท้าครั้งแรก

4: ผิดปกติรุนแรง

ทำไม่ได้ หรือทำแทบไม่ได้ เพราะช้ามาก

ชะงักมาก หรือ ความกว้างน้อยมาก



ขาขวา



ขาซ้าย

<p>3.11 การเดินติดขัด (Freezing of gait)</p> <p><i>คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:</i> ให้ประเมินในขณะที่ผู้ป่วยเดินว่ามีการเดินติดขัดบ้างหรือไม่ ให้สังเกตลักษณะการเดินตั้งแต่เริ่มต้น (start hesitation) ขณะหมุนตัว จนไปถึงเมื่อสิ้นสุดการเดิน ไม่อนุญาตให้ผู้ช่วยใช้ตัวช่วยในการเดิน (sensory trick) (ถ้ายังเดินได้อย่างปลอดภัย) มาช่วยในการทดสอบนี้</p> <p>0 : ปกติ ไม่มีปัญหาการเดินติดขัด</p> <p>1 : หยุดชะงัก 1 ครั้งช่วงการเริ่มเดิน หมุนตัว หรือเดินผ่านประตู</p> <p> ผิดปกติน้อยมาก แต่สามารถเดินต่อไปได้อย่างราบรื่นจนสิ้นสุดการเดิน</p> <p>2 : ผิดปกติน้อย หยุดชะงักมากกว่า 1 ครั้งช่วงการเริ่มเดิน หมุนตัว</p> <p> หรือเดินผ่านประตู</p> <p> แต่สามารถเดินต่อไปได้อย่างราบรื่นจนสิ้นสุดการเดิน</p> <p>3 : หยุดชะงัก 1 ครั้งระหว่างเดิน</p> <p> ผิดปกติปานกลาง</p> <p>4 : หยุดชะงักหลายครั้งระหว่างเดิน</p> <p> ผิดปกติรุนแรง</p>	<p>คะแนน</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
<p>3.12 การทรงตัว (Postural stability)</p> <p><i>คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:</i> การทดสอบนี้ทำเพื่อทดสอบการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วของร่างกายด้วยการดึงไหล่อย่างแรงและเร็ว ในขณะที่ผู้ป่วยยืนตรงลิมิตา และแยกขาทั้งสองข้างออกจากกันในแนวขนานอย่างพอเหมาะ สังเกตการทรงตัวของผู้ป่วยขณะถูกดึงมาข้างหลังโดยให้ผู้ตรวจยืนข้างหลังของผู้ป่วย และอธิบายว่าผู้ตรวจจะทำอะไร</p> <p>ให้บอกผู้ป่วยว่าสามารถก้าวถอยหลังได้หากรู้สึกว่าจะล้ม ผู้ตรวจควรวินหน้ากำแพง โดยให้ห่างจากกำแพงอย่างน้อยหนึ่งถึงสองเมตรเพื่อให้มีระยะสังเกตผลการตรวจ การดึงครั้งแรกเป็นการดึงเบาๆและยังไม่ให้คะแนนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้ถึงวิธีการตรวจ การดึงครั้งที่สองให้ดึงบริเวณไหล่อย่างแรงและเร็วเพื่อทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว ซึ่งผู้ป่วย <u>ต้อง</u> ถอยมาข้างหลังจากแรงดึงนี้ โดยผู้ตรวจต้องสามารถจับผู้ป่วยได้ทันที ซึ่งผู้ตรวจควรที่จะเว้นระยะห่างจากผู้ป่วยให้พอเหมาะเพื่อที่ผู้ป่วยจะสามารถก้าวถอยหลังได้หลายก้าวเพื่อตอบสนองต่อแรงดึงได้</p> <p>และไม่อนุญาตให้ผู้ช่วยหรือโน้มตัวไปด้านหน้าเพื่อต่อต้านการดึง สังเกตจำนวนก้าวถอยหลังหรือการล้ม การถอยหลังสองก้าวถือว่าเป็นปกติ การถอยหลังสามก้าวถือว่าเป็นผิดปกติ</p> <p>สามารถตรวจซ้ำได้ถ้าไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการตรวจหรือไม่เพื่อให้ได้ผลที่แม่นยำ ให้สังเกตทำขึ้นสำหรับข้อ 3.13</p> <p>0 : ปกติ ไม่มีปัญหา ถอยหลังเพียง 1-2 ก้าว</p> <p>1 : ผิดปกติน้อยมาก ถอยหลัง 3-5 ก้าว แต่ยังสามารถทรงตัวเองได้โดยไม่ล้ม</p> <p>2 : ผิดปกติน้อย ถอยหลังมากกว่า 5 ก้าว</p> <p> แต่ยังสามารถทรงตัวเองได้โดยไม่ล้ม</p> <p>3 : ผิดปกติปานกลาง สามารถยืนได้เองอย่างปลอดภัย</p> <p> แต่เมื่อดึงหัวไหล่ผู้ป่วยอาจล้มลงถ้าไม่ช่วยจับไว้</p>	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>

<p>4 : ผิดปกติรุนแรง การทรงตัวไม่ดี อาจล้มเองได้ทุกเมื่อหรือล้มลงเมื่อตั้งหัวไหล่เบาๆ</p>	
--	--

<p>3.13 ลักษณะท่าทางการยืน (Posture)</p> <p><i>คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:</i> การตรวจลักษณะท่าทางการยืนให้สังเกตเวลาผู้ป่วยลุกยืนจากเก้าอี้ เดิน การตรวจการทรงตัว ถ้าผู้ป่วยยืนไม่ตรงแนะนำผู้ป่วยให้ปรับการยืนและสังเกตว่าท่าทางของผู้ป่วยดีขึ้นหรือไม่ ให้คะแนนจากท่าทางที่แย่มากที่สุดจาก 3 ท่าข้างต้น สังเกตการงอตัวและเอนตัวไปด้านข้าง</p> <p>0 : ปกติ ไม่มีปัญหา 1 : ผิดปกติน้อยมาก ท่ายืนมีความผิดปกติแต่อาจเป็นปกติในผู้สูงอายุ 2 ; ผิดปกติน้อย ตัวโค้งงอหรือเอียง แต่สามารถแก้ไขให้เป็นปกติได้เมื่อบอก 3 : ผิดปกติปานกลาง ตัวโค้งงอหรือเอียง และไม่สามารถแก้ไขให้เป็นปกติได้เมื่อบอก 4 : ผิดปกติรุนแรง ตัวโค้งงอหรือเอียงมาก</p>	<p>คะแนน</p> <p style="text-align: center;">□</p>
---	--

3.14 การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยรวม

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

เป็นการสังเกตการเคลื่อนไหวโดยรวมโดยสังเกตจากความเร็ว ความกว้าง และความลำบากในการเคลื่อนไหวรวมถึงการแสดงท่าทางที่ลดลง การนั่งไขว่ขา โดยผู้ตรวจต้องสังเกตการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยในขณะที่นั่ง ลุกยืน และเดิน

- 0 : ปกติ ไม่มีปัญหา
1 : ผิดปกติน้อยมาก การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยรวมช้าและลดลงน้อยมาก
2 : ผิดปกติน้อย การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยรวมช้าและลดลงน้อย
3 : ผิดปกติปานกลาง การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยรวมช้าและลดลงปานกลาง
4 : ผิดปกติรุนแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยรวมช้าและลดลงมาก



3.15 การสั่นของมือขณะยกต้านแรงโน้มถ่วง (Postural tremor) (ให้คะแนนสำหรับมือขวา และมือซ้าย แยกกัน)

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

เป็นการสังเกตอาการสั่นทุกรูปแบบในท่าต้านแรงโน้มถ่วง รวมถึงอาการสั่นที่เกิดขึ้นหลังจากยกแขนขึ้นระยะหนึ่ง (re-emergent tremor) ให้คะแนนที่ละเอียด ให้คะแนนอาการสั่นที่กว้างมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยเหยียดแขนออกไปด้านหน้าและคว่ำฝ่ามือลง ข้อมือตรง กางนิ้วมือแต่ละนิ้วออกจากกัน และสังเกตอาการสั่นเป็นเวลา 10 วินาที

- 0 : ปกติ ไม่มีอาการสั่น
1 มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น < 1 ซม.
: ผิดปกติน้อยมาก
ก
2 : ผิดปกติน้อย มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น ≥ 1 ซม. แต่ < 3 ซม.
3 มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น ≥ 3 ซม. แต่ < 10 ซม.
: ผิดปกติปานกลาง
ง

คะแนน



มือขวา



มือซ้าย

<p>4 : ผิดปกติรุนแรง</p> <p>มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น ≥ 10 ซม.</p>											
<p>3.16 การสั่นของมือขณะเคลื่อนไหว (Kinetic tremor of hands) (ให้คะแนนสำหรับมือขวา และมือซ้าย แยกกัน)</p> <p><i>คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:</i> ทำการทดสอบโดยการแตะนิ้วมือกับจมูก (finger-to-nose maneuver) เริ่มจากการให้ผู้ป่วยเหยียดแขนออก แล้วให้ใช้นิ้วชี้แตะนิ้วมือของผู้ตรวจแล้วกลับไปแตะจมูกของตัวเองสลับไปมา โดยให้ผู้ผู้ป่วยพยายามเหยียดแขนให้ไกลที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และควรทำอย่างช้าๆ เพื่อที่จะได้เห็นความผิดปกติได้ชัดเจน ให้ทดสอบมือทั้งสองข้างโดยทดสอบทีละข้าง และแต่ละข้างให้ทำอย่างน้อย 3 ครั้ง อาการสั่นอาจเห็นได้ชัดเจนช่วงที่นิ้วมือใกล้จะแตะจมูกหรือนิ้วมือของผู้ตรวจให้คะแนนอาการสั่นที่กว้างมากที่สุด</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">0 : ปกติ</td> <td style="width: 50%;">ไม่มีอาการสั่น</td> </tr> <tr> <td>1 : ผิดปกติน้อยมาก</td> <td>มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น < 1 ซม.</td> </tr> <tr> <td>2 : ผิดปกติเล็กน้อย</td> <td>มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น ≥ 1 ซม. แต่ < 3 ซม.</td> </tr> <tr> <td>3 : ผิดปกติปานกลาง</td> <td>มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น ≥ 3 ซม. แต่ < 10 ซม.</td> </tr> <tr> <td>4 : ผิดปกติรุนแรง</td> <td>มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น ≥ 10 ซม.</td> </tr> </table>	0 : ปกติ	ไม่มีอาการสั่น	1 : ผิดปกติน้อยมาก	มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น < 1 ซม.	2 : ผิดปกติเล็กน้อย	มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น ≥ 1 ซม. แต่ < 3 ซม.	3 : ผิดปกติปานกลาง	มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น ≥ 3 ซม. แต่ < 10 ซม.	4 : ผิดปกติรุนแรง	มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น ≥ 10 ซม.	<div style="margin-bottom: 20px;"> <input type="checkbox"/> มือขวา </div> <div> <input type="checkbox"/> มือซ้าย </div>
0 : ปกติ	ไม่มีอาการสั่น										
1 : ผิดปกติน้อยมาก	มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น < 1 ซม.										
2 : ผิดปกติเล็กน้อย	มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น ≥ 1 ซม. แต่ < 3 ซม.										
3 : ผิดปกติปานกลาง	มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น ≥ 3 ซม. แต่ < 10 ซม.										
4 : ผิดปกติรุนแรง	มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น ≥ 10 ซม.										

--	--

3.17 ความกว้างของอาการสั่นที่เกิดขึ้นขณะพัก (Amplitude of rest tremor)

(ให้คะแนนสำหรับ แขนขวา แขนซ้าย ขาขวา ขาซ้าย และริมฝีปาก/กรามแยกกัน)

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

หัวข้อนี้และหัวข้อถัดไปถูกกำหนดให้อยู่ในส่วนสุดท้ายของแบบทดสอบเพื่อให้ผู้ตรวจสามารถสังเกตอาการสั่นในขณะพักทั้งหมดของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในช่วงใดก็ได้ระหว่าง การตรวจ รวมถึงช่วงที่ผู้ป่วยนั่งอยู่นิ่ง ขณะกำลังเดิน

ขณะทำกิจกรรมซึ่งมีการเคลื่อนไหวของร่างกายแค่เพียงส่วนหนึ่ง แต่อีกส่วนหนึ่งไม่ได้เคลื่อนไหว

โดยให้คะแนนจากการสั่นที่กว้างมากที่สุดที่สังเกตเห็นระหว่างการตรวจทั้งหมด ให้คำนึงถึงเฉพาะความกว้างของการสั่นเท่านั้นโดยไม่ต้องคำนึงถึงความต่อเนื่องและความไม่สม่ำเสมอของการสั่น การตรวจสอบส่วนหนึ่งของข้อนี้ทำโดยให้ผู้ป่วยนั่งอยู่นิ่ง วางแขนบนที่พักแขน(ไม่ใช่บนตัก) และวางเท้าราบบนพื้น เป็นระยะเวลา 10 วินาที ประเมินแยกกันในแต่ละส่วนของร่างกาย ได้แก่ แขนขวา แขนซ้าย ขาขวา ขาซ้าย และริมฝีปาก/กราม ให้คะแนนอาการสั่นที่มีความกว้างที่สุดในช่วงใดก็ได้

การให้คะแนนในส่วนแขนและขา

- | | |
|---------------------|--|
| 0 : ปกติ | ไม่มีอาการสั่น |
| 1 : ผิดปกติเล็กน้อย | มีอาการสั่นโดยมีความกว้าง < 1 ซม. |
| 2 : ผิดปกติน้อย | มีอาการสั่นโดยมีความกว้าง ≥ 1 ซม. แต่ < 3 ซม. |
| 3 : ผิดปกติปานกลาง | มีอาการสั่นโดยมีความกว้างในการสั่น ≥ 3 ซม. แต่ < 10 ซม. |
| 4 : ผิดปกติรุนแรง | มีอาการสั่นโดยมีความกว้าง ≥ 10 ซม. |

การให้คะแนนในส่วน ริมฝีปาก/กราม

- | | |
|---------------------|--|
| 0 : ปกติ | ไม่มีอาการสั่น |
| 1 : ผิดปกติเล็กน้อย | มีอาการสั่นโดยมีความกว้าง < 1 ซม. |
| 2 : ผิดปกติน้อย | มีอาการสั่นโดยมีความกว้าง ≥ 1 ซม. แต่ < 2 ซม. |
| 3 : ผิดปกติปานกลาง | มีอาการสั่นโดยมีความกว้าง ≥ 2 ซม. แต่ < 3 ซม. |
| 4 : ผิดปกติรุนแรง | มีอาการสั่นโดยมีความกว้าง ≥ 3 ซม. |

คะแนน

แขนขวา

แขนซ้าย

ขาขวา

ขาซ้าย

ริมฝีปาก/
กราม

<p>3.18 ความคงที่ของอาการสั่นที่เกิดขึ้นขณะพัก</p> <p><i>คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:</i></p> <p>ข้อนี้เป็นการให้คะแนนการสั่นในขณะพักทั้งหมดซึ่งจะคำนึงถึงความคงที่ของการสั่นในขณะพักตลอดการตรวจในขณะที่ส่วนต่างๆของร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหว การให้คะแนนดังกล่าวได้ถูกกำหนดไว้ในส่วนท้ายของการตรวจเพื่อให้ผู้ตรวจสามารถมีเวลาในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการให้คะแนนในข้อนี้</p> <p>0 : ปกติ ไม่มีอาการสั่น</p> <p>1 : ผิดปกติน้อยมาก มีระยะเวลาที่สั่น $\leq 25\%$ ของระยะเวลาการตรวจทั้งหมด</p> <p>2 : ผิดปกติน้อย มีระยะเวลาที่สั่น 26-50% ของระยะเวลาการตรวจทั้งหมด</p> <p>3 : ผิดปกติปานกลาง มีระยะเวลาที่สั่น 51-75% ของระยะเวลาการตรวจทั้งหมด</p> <p>4 : ผิดปกติรุนแรง มีระยะเวลาที่สั่น $> 75\%$ ของระยะเวลาการตรวจทั้งหมด</p>	<p>คะแนน</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
<p>อาการยุกยิกที่มีผลต่อการตรวจส่วนที่ 3</p> <p>A. มีอาการยุกยิกเกิดขึ้นระหว่างการตรวจหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>B. ถ้ามี การเคลื่อนไหวเหล่านี้มีผลต่อการให้คะแนนหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p>	
<p>ระยะโรคของ HOEHN AND YAHR</p> <p>0 ไม่มีอาการ</p> <p>:</p> <p>1 อาการเป็นแค่ซีกเดียว</p> <p>:</p> <p>2 อาการเป็นทั้งสองซีก แต่ไม่มีการเสียการทรงตัว</p> <p>:</p> <p>3 อาการเป็นน้อยถึงปานกลาง มีการเสียการทรงตัวบ้าง แต่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>เมื่อทำการตรวจการทรงตัวโดยการดึงจะต้องมีคนช่วยจับ</p> <p>4 อาการเป็นรุนแรงแต่ยังสามารถเดินหรือยืนได้โดยไม่ต้องชวย</p> <p>:</p> <p>5 นั่งบนรถเข็น หรือนอนติดเตียง เว้นแต่มีคนช่วย</p> <p>:</p>	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>

ส่วนที่ 4: ภาวะแทรกซ้อนทางการเคลื่อนไหว (Motor Complications)

ภาพรวมและคำชี้แจง:

ในการประเมินส่วนนี้ผู้ประเมินจะใช้ข้อมูลจากประวัติและจากที่ตรวจเพื่อทำการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางการเคลื่อนไหวซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ภาวะยุกยิกและภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งรวมถึงภาวะกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงที่ยาไม่ออกฤทธิ์

ผู้ประเมินต้องใช้ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้ป่วย ผู้ดูแล และการตรวจร่างกาย เพื่อตอบคำถามทั้ง 6 ข้อ ซึ่งจะบ่งบอกถึงผลรวมของหน้าที่การทำงานของผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่มารับการประเมิน

คล้ายคลึงกับการประเมินในส่วนอื่นการให้คะแนนในแต่ละข้อจะให้เป็นเลขจำนวนเต็มเท่านั้น ไม่อนุญาตให้ผู้ประเมินคะแนนเป็นตัวเลขที่ไม่เป็นจำนวนเต็มเช่นให้ 0.5 คะแนน เป็นต้น และในทุกข้อต้องได้รับการให้คะแนนโดยไม่อนุญาตให้เว้นว่าง ในกรณีที่บางข้อไม่สามารถประเมินให้คะแนนได้ให้ใส่คำว่า UR เพื่อแสดงถึงการไม่สามารถประเมิน (unable to rate) ในข้อนั้นๆ ได้

ผู้ประเมินอาจจะต้องเลือกคำตอบบางคำตอบบนพื้นฐานของการประเมินเป็นเปอร์เซ็นต์ ซึ่งคำนวณโดยใช้จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยตื่น เป็นตัวหารกับช่วงที่ยาไม่ออกฤทธิ์ และช่วงที่มีอาการยุกยิก

สำหรับอาการกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงที่ยาไม่ออกฤทธิ์ (off dystonia) การคำนวณจะใช้ช่วงเวลาทั้งหมดที่ยาไม่ออกฤทธิ์ (total off time) เป็นตัวหาร

ความหมายของคำศัพท์ที่ผู้ประเมินควรทราบ

การยุกยิก (Dyskinesia): การเคลื่อนไหวของร่างกายที่ไม่สามารถควบคุมได้และเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ คำศัพท์ที่ผู้ป่วยมักเข้าใจเมื่ออธิบายอาการยุกยิกคือโยกเยก หรือแกว่งไปมา ผู้ประเมินจำเป็นต้องเน้นย้ำถึงความแตกต่างระหว่างภาวะยุกยิกกับภาวะสั่น ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมักเข้าใจผิดได้บ่อยเมื่อถูกถามถึงอาการยุกยิก

การบิดเกร็ง (Dystonia):

มีการบิดของกล้ามเนื้อทำให้เกิดความผิดปกติของรูปร่างของตำแหน่งที่เกิดอาการบิด คำศัพท์ที่ผู้ป่วยมักเข้าใจเมื่ออธิบายอาการของภาวะบิดเกร็ง คือ บิดเกร็ง กล้ามเนื้อเกร็ง ตะคริว หรือ มีความผิดปกติของรูปร่างในตำแหน่งที่เกิดอาการ

การเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอ (Motor fluctuation): การตอบสนองที่หลากหลายต่อการใช้ยา คำศัพท์ที่ผู้ป่วยมักเข้าใจเมื่ออธิบายอาการของภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอ คือ ความรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวค่อยๆ แยก บางครั้งเคลื่อนไหวได้ดีบางครั้งเคลื่อนไหวได้ไม่ดี

ภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ (OFF):

เป็นภาวะการตอบสนองต่อยาที่ลดลงหรือไม่ตอบสนองต่อยาที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผู้ป่วยรับประทานยา หรือ หมายถึงอาการของผู้ป่วยที่พบในช่วงเวลาที่ไม่ได้รับประทานยา คำศัพท์ที่ผู้ป่วยมักเข้าใจเมื่ออธิบายอาการของภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ คือ ช่วงเวลาที่ไม่ดี ช่วงเวลาที่มีอาการสั่น ช่วงเวลาที่มีการเคลื่อนไหวช้า หรือ ช่วงเวลาที่ยาไม่ออกฤทธิ์

ภาวะยาออกฤทธิ์ (ON): เป็นช่วงที่ผู้ป่วยรับประทานยาแล้วมีการตอบสนองที่ดีต่อยาที่รับประทาน

คำศัพท์ที่ผู้ป่วยมักเข้าใจเมื่ออธิบายอาการของภาวะที่ตอบสนองดีต่อยา คือ ช่วงเวลาที่ดี
ช่วงเวลาที่เดินได้ หรือ ช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์

ก . การยกยิก (Dyskinesia)

4.1 ช่วงเวลาที่เกิดอาการยุกยิก

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

ให้ผู้ประเมินทำการประมาณเวลาที่ผู้ป่วยตื่นและเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการยุกยิก จากนั้นให้คำนวณออกมาเป็นเปอร์เซ็นต์

ถ้าผู้ป่วยมีอาการยุกยิกขณะที่ตรวจ

ผู้ประเมินสามารถชี้ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจตรงกันถึงอาการยุกยิกเพื่อให้ประเมินได้ถูกต้อง

ผู้ประเมินสามารถแสดงท่าทางของอาการยุกยิกเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและประเมินได้อย่างถูกต้อง

อาการที่จะไม่นับรวมเข้ากับคำถามข้อนี้คือ

อาการกล้ามเนื้อบิดเกร็งและปวดที่เกิดขึ้นหลังตื่นนอนตอนเช้า

หรือเกิดขึ้นช่วงที่ผู้ป่วยนอนหลับตอนกลางคืน

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย (ผู้ตรวจอ่านให้ผู้ป่วย[และผู้ดูแล]ฟัง):

ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

คุณใช้เวลาอนทั้งหมดวันละกี่ชั่วโมงโดยรวมถึงการนอนตอนกลางคืนและการนอนหลับพักผ่อนตอนกลางวัน

เพราะฉะนั้น ถ้าคุณนอน __ ชั่วโมง นั้นหมายถึงคุณตื่น __ ชั่วโมง

จากช่วงเวลาทั้งหมดที่คุณตื่น มีเวลาที่ชั่วโมงที่คุณมีอาการยุกยิกหรือโยกเยก

โดยอาการดังกล่าวจะไม่รวมถึงอาการสั่น

หรืออาการกล้ามเนื้อบิดเกร็งและปวดที่เกิดขึ้นหลังตื่นนอนตอนเช้าหรืออาการที่เกิดขึ้นช่วงที่ผู้ป่วยนอนหลับตอนกลางคืน ซึ่งผม/ดิฉันจะสอบถามคุณในภายหลัง

โปรดให้ความสนใจเพียงเฉพาะอาการยุกยิก ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่คุณตื่น โดยรวมเป็นเวลา __ ชั่วโมง/วัน (ใช้ตัวเลขที่ได้มาคำนวณเปอร์เซ็นต์)

- | | |
|---|--|
| 0: ปกติ | ไม่มีอาการยุกยิก |
| 1: มีน้อยมาก
ของช่วงเวลาที่ตื่น (≤ 25%) | มีอาการยุกยิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 เปอร์เซ็นต์ |
| 2: มีน้อย
ของช่วงเวลาที่ตื่น (26-50%) | มีอาการยุกยิกเท่ากับ 26 ถึง 50 เปอร์เซ็นต์ |
| 3: มีปานกลาง
ของช่วงเวลาที่ตื่น (51-75%) | มีอาการยุกยิกเท่ากับ 51 ถึง 75 เปอร์เซ็นต์ |
| 4: มีมาก
75%) | มีอาการยุกยิกมากกว่า 75 เปอร์เซ็นต์ ของช่วงเวลาที่ตื่น (|



- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. ช่วงเวลาทั้งหมดที่ตื่น __ ชั่วโมง2. ช่วงเวลาทั้งหมดที่มีอาการยุกยิก __ ชั่วโมง3. อาการยุกยิกเป็นเปอร์เซ็นต์ = $[(2/1)*100]$: __ % | |
|---|--|

4.2 ผลกระทบของอาการยุกยิกต่อหน้าที่การงานและการใช้ชีวิต

คะแนน

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

ผู้ประเมินต้องประมาณถึงความรุนแรงของอาการยุกยิกที่มีผลกระทบต่อการทำงานและการใช้ชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละวัน

ซึ่งจะพิจารณาถึงผลกระทบในด้านกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยโดยใช้คำตอบของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

ร่วมกับการสังเกตการของผู้ประเมินเองในขณะตรวจ เพื่อให้ได้คำตอบที่ดีที่สุด

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย (ผู้ตรวจอ่านให้ผู้ป่วย[และผู้ดูแล]ฟัง):

ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

โดยทั่วไปคุณมีปัญหาในการทำกิจกรรมต่างๆหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ซึ่งเป็นผลมาจากอาการยุกยิกหรือไม่

และอาการดังกล่าวทำให้คุณต้องหยุดทำกิจกรรมหรือหยุดมีปฏิสัมพันธ์หรือไม่กับผู้อื่นหรือไม่

0: ปกติ

ไม่มีอาการยุกยิกหรืออาการยุกยิกที่เกิดขึ้นไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1: มีน้อยมาก

อาการยุกยิกที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อ บางกิจกรรมของผู้ป่วยแต่โดยทั่วไปผู้ป่วยยังทำกิจกรรมได้ทุกอย่างหรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ในทุกโอกาสในระหว่างที่มีอาการยุกยิก

2: มีน้อย

อาการยุกยิกที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อ หลายๆกิจกรรมของผู้ป่วยแต่โดยทั่วไปผู้ป่วยยัง

ทำกิจกรรมได้ทุกอย่างหรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ในทุกโอกาส ในระหว่างที่มีอาการยุกยิก

3: มีปานกลาง

อาการยุกยิกที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อกิจกรรมของผู้ป่วยแสดงออกโดยการไม่สามารถ

ทำกิจกรรม บางอย่างได้หรือไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบางโอกาสได้ในระหว่างที่มีอาการยุกยิก



4: มีมาก

อาการยุกยิกที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมส่วน
ใหญ่ได้ หรือไม่ สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมส่วนใหญ่ได้

ข . ภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอ (Motor fluctuations)

4.3 ช่วงเวลาทั้งหมดที่ยาไม่ออกฤทธิ์ (Total “off” time)

คะแนน

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

ผู้ประเมินต้องนำจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยตื่นจากข้อ 4.1 และประมาณช่วงเวลาที่ยาไม่ออกฤทธิ์ทั้งหมดจากนั้นนำค่าทั้ง 2 มาคำนวณเป็นเปอร์เซ็นต์ ถ้าผู้ป่วยมีอาการของภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ขณะที่ตรวจ ผู้ประเมินสามารถชี้ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจตรงกันถึงภาวะที่เรียกว่าอาการยาไม่ออกฤทธิ์ เพื่อให้ประเมิน ได้ถูกต้อง

ผู้ประเมินสามารถแสดงท่าทางของอาการยาไม่ออกฤทธิ์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและประเมิน ได้อย่างถูกต้อง

บันทึกจำนวนชั่วโมงที่ยาไม่ออกฤทธิ์ เนื่องจากผู้ประเมินต้องนำจำนวนดังกล่าว ไปใช้ในข้อ 4.6

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย (ผู้ตรวจอ่านให้ผู้ป่วย[และผู้ดูแล]ฟัง):

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันบางรายตอบสนองดีต่อยาที่รับประทานตลอดในช่วงที่เขาดันเราเรียกภาวะดังกล่าวว่า “ภาวะยาออกฤทธิ์” (“On”) แต่ผู้ป่วยบางรายรับประทานยาแล้วยังรู้สึกไม่ดี เคลื่อนไหวช้า หรือ ยังมีช่วงเวลามีอาการ สั่น แพทย์จะเรียกช่วงเวลานี้ว่า “ภาวะยาไม่ออกฤทธิ์” (“Off”)

ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งคุณได้ให้ข้อมูลก่อนหน้านี้ว่าคุณมีช่วงที่ตื่นเป็นเวลาทั้งหมด ____ ชั่วโมง ซึ่งในช่วงเวลาที่ตื่นนี้คุณมีภาวะยาไม่ออกฤทธิ์อยู่กี่ชั่วโมง ____ (ใช้ตัวเลขนี้ในการคำนวณหาเปอร์เซ็นต์ของภาวะยาไม่ออกฤทธิ์)

- | | |
|--|--|
| 0: ไม่มี | ไม่มีภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ |
| 1: มีน้อยมาก
ของช่วงเวลาที่ตื่น ($\leq 25\%$) | มีภาวะยาไม่ออกฤทธิ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 เปอร์เซ็นต์ |
| 2: มีน้อย
ของช่วงเวลาที่ตื่น (26-50%) | มีภาวะยาไม่ออกฤทธิ์เท่ากับ 26 ถึง 50 เปอร์เซ็นต์ |
| 3: มีปานกลาง
ของช่วงเวลาที่ตื่น (51-75%) | มีภาวะยาไม่ออกฤทธิ์เท่ากับ 51 ถึง 75 เปอร์เซ็นต์ |
| 4: มีมาก
($> 75\%$) | มีภาวะยาไม่ออกฤทธิ์มากกว่า 75 เปอร์เซ็นต์ ของช่วงเวลาที่ตื่น |



1. ช่วงเวลาทั้งหมดที่ตื่น ____ ชั่วโมง

2. ช่วงเวลาทั้งหมดที่ยาไม่ออกฤทธิ์__ ชั่วโมง

3. เปอร์เซ็นต์ของภาวะยาไม่ออกฤทธิ์= $[(2/1)*100]$:
%

4.4 ผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานและการใช้ชีวิตของภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอ

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

ผู้ประเมินต้องประมาณถึงความรุนแรงของภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอที่มีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานและการใช้ชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละวัน

โดยจะพิจารณาถึงผลกระทบในด้านกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์

ทางสังคมของผู้ป่วย

คำถามในข้อนี้จะให้ความสนใจในความแตกต่างระหว่างภาวะยาออกฤทธิ์

และภาวะยาไม่ออกฤทธิ์

ถ้าผู้ป่วยไม่มีช่วงที่ยาไม่ออกฤทธิ์การให้คะแนนในข้อนี้จะให้ 0 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยมีอาการของภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอเพียงเล็กน้อย

และไม่ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมของผู้ป่วย

ผู้ประเมินสามารถที่จะให้คะแนนในข้อนี้เป็น 0 คะแนนได้เช่นกัน

ให้ประเมินโดยใช้คำตอบของผู้ป่วยและผู้ดูแล

รวมกับการสังเกตการของผู้ประเมินเองในขณะที่ตรวจ เพื่อให้

ได้คำตอบที่ดีที่สุด

คะแนน



คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย (ผู้ตรวจอ่านให้ผู้ป่วย[และผู้ดูแล]ฟัง):

ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีปัญหาในการทำกิจกรรมต่างๆหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในช่วงเวลาที่ยาไม่ออกฤทธิ์มากกว่าช่วงที่คุณรู้สึกว่ายากออกฤทธิ์หรือไม่หรือมีกิจกรรมใดที่คุณทำได้ในเฉพาะช่วงที่ยาออกฤทธิ์หรือไม่

- 0: ไม่มี ไม่มีภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอหรืออาการดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย
- 1: มีน้อยมาก ภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอมีผลกระทบต่อบางกิจกรรมของผู้ป่วย แต่ในขณะที่ยาไม่ออกฤทธิ์ผู้ป่วยยังคงสามารถทำกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้คล้ายคลึงกับช่วงที่ยาออกฤทธิ์
- 2: มีน้อย ภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอมีผลกระทบต่อหลายๆกิจกรรมของผู้ป่วย แต่ในขณะที่ยาไม่ออกฤทธิ์ผู้ป่วยยังคงสามารถทำกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้คล้ายคลึงกับช่วงที่ยาออกฤทธิ์
- 3: มีปานกลาง ภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอมีผลกระทบต่อกิจกรรมของผู้ป่วยถึงขั้นใน ช่วงที่ยาไม่ออกฤทธิ์ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่าง หรือไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบางครั้ง

4: มีมาก ภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอมีผลกระทบต่อกิจกรรมส่วนใหญ่ของผู้ป่วย โดยในช่วงที่ยา ไม่ออกฤทธิ์ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรม หรือไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้

4.5 ความซับซ้อนของภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอ

คะแนน

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

ผู้ประเมินต้องประมาณว่าผู้ป่วยสามารถคาดเดาช่วงเวลาที่จะเกิดภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ได้หรือไม่ ไม่ว่าจะจาก

ขนาดยา เวลาที่มักเกิดในแต่ละช่วงของวัน อาหารที่รับประทาน หรือปัจจัยอื่นๆ

ให้ประเมินโดยใช้คำตอบของผู้ป่วย

และผู้ดูแล ร่วมกับการสังเกตการของผู้ประเมินเอง

ผู้ประเมินควรถามผู้ป่วย

ถ้าผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าภาวะยาไม่ออกฤทธิ์มักจะเกิดขึ้น ทุกครั้ง ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เกิดขึ้นโดย ส่วนใหญ่ ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

(ซึ่งในกรณีนี้ผู้ประเมินจะต้องซักถามเพิ่มเติมเพื่อแยกภาวะที่เกิดขึ้น

ว่าเกิดบ่อยมากหรือเกิดขึ้นน้อย) เกิดขึ้นแค่ บางครั้ง ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง หรือ

ภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดไม่

สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้เลย

จำกัดขอบเขตของคำตอบให้แคบลงด้วยการใช้การประเมินเป็นเปอร์เซ็นต์เพื่อช่วยให้คำตอบถูกต้องยิ่งขึ้น

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย (ผู้ตรวจอ่านให้ผู้ป่วย[และผู้ดูแล]ฟัง):

สำหรับผู้ป่วยบางราย

ภาวะยาไม่ออกฤทธิ์มักจะเกิดขึ้นเป็นเวลาที่แน่นอนหรือเกิดขึ้นสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น การรับประทานอาหาร หรือ การออกกำลังกาย

ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณทราบหรือไม่ว่าภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ของคุณมักจะเกิดขึ้นช่วงใด

หรือในอีกความหมายคือ ภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ของคุณมีช่วงเวลาที่เกิดขึ้นแน่นอน ตลอด

หรือ ภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ ส่วนใหญ่ มักจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่แน่นอน หรือ

เป็นแค่ บางครั้ง เท่านั้นที่ภาวะไม่ออกฤทธิ์มาเป็นเวลาที่แน่นอน หรือ

ภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ของคุณทั้งหมดไม่สามารถที่จะคาดเดาได้เลยว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด

0: ไม่มี: ไม่มีภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอ

1: น้อยมาก: สามารถคาดการณ์ภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ล่วงหน้าได้ทั้งหมดหรือได้มากกว่า 75 เปอร์เซ็นต์ (> 75%)

2: น้อย: สามารถคาดการณ์ภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ล่วงหน้าได้เป็นส่วนใหญ่ (51-75%)

3: ปานกลาง: สามารถคาดการณ์ภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ล่วงหน้าได้บ้าง (26-50%)

4: มาก: ไม่สามารถคาดการณ์ภาวะยาไม่ออกฤทธิ์ล่วงหน้าได้ หรือได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 เปอร์เซ็นต์ (≤ 25%)



ก . ภาวะกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงยาไม่ออกฤทธิ์ (“Off” dystonia)

4.6 อาการปวดที่เกิดขึ้นจากภาวะกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงยาไม่ออกฤทธิ์

คะแนน

คำชี้แจงสำหรับผู้ตรวจ:

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอ

ผู้ประเมินต้องประมาณช่วงเวลาที่มมีอาการปวดจากภาวะกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงที่ยาไม่ออกฤทธิ์ โดยผู้ประเมินจะทราบถึงช่วงเวลาทั้งหมดที่ยาไม่ออกฤทธิ์จากข้อ 4.3 แล้ว จากข้อมูลนี้ให้ผู้ประเมินทำการประมาณเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการปวดจากภาวะกล้ามเนื้อบิดเกร็ง จากนั้นให้คำนวณออกมาเป็นเปอร์เซ็นต์ ถ้าผู้ป่วยไม่มีช่วงที่ยาไม่ออกฤทธิ์ สามารถให้คะแนนในข้อนี้เป็น 0 ได้

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย (ผู้ตรวจอ่านให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฟัง):

มีคำถามข้อหนึ่งที่ผม/ดิฉัน ได้ถามคุณ ไปก่อนหน้านี้

ซึ่งคุณได้ตอบว่าคุณมีช่วงเวลาที่ยาไม่ออกฤทธิ์อยู่ ___ ชั่วโมง

คุณมีอาการปวดกล้ามเนื้อหรือกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงที่ยาไม่ออกฤทธิ์ หรือไม่

ถ้าให้รวมเวลาทั้งหมดในหนึ่งวันที่คุณมีอาการปวดจากกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงเวลาที่ยาไม่ออกฤทธิ์

คุณพอจะบอกได้หรือไม่ว่าเป็นอยู่ประมาณกี่ชั่วโมง / วัน

- 0: ไม่มี ไม่มีอาการกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงยาไม่ออกฤทธิ์ หรือ ไม่มีช่วงเวลาที่ยาไม่ออกฤทธิ์
- 1: มีน้อยมาก มีอาการปวดที่เกิดจากกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงยาไม่ออกฤทธิ์ น้อยกว่า 25 เปอร์เซ็นต์ของเวลาที่ยาไม่ออกฤทธิ์ ($\leq 25\%$)
- 2: มีน้อย มีอาการปวดที่เกิดจากกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงยาไม่ออกฤทธิ์ ตั้งแต่ 26 ถึง 50 เปอร์เซ็นต์ของเวลาที่ยาไม่ออกฤทธิ์ (26-50%)
- 3: มีปานกลาง มีอาการปวดที่เกิดจากกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงยาไม่ออกฤทธิ์ ตั้งแต่ 51 ถึง 75 เปอร์เซ็นต์ของเวลาที่ยาไม่ออกฤทธิ์ (51-75%)
- 4: มีรุนแรง มีอาการปวดที่เกิดจากกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงยาไม่ออกฤทธิ์ มากกว่า 75 เปอร์เซ็นต์ของเวลาที่ยาไม่ออกฤทธิ์ ($> 75\%$)



1. เวลา ยาไม่ออกฤทธิ์ ทั้งหมด ___ ชั่วโมง
2. เวลาที่มีอาการกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงยาไม่ออกฤทธิ์ ทั้งหมด ___ ชั่วโมง
3. เปอร์เซ็นต์ของอาการกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงยาไม่ออกฤทธิ์ = $[(2/1)*100]:$ ___ %

คำกล่าวสรุปแก่ผู้ป่วย (อ่านให้ผู้ป่วยฟัง)

ในขณะที่การประเมินอาการโรคพาร์กินสันของท่านได้เสร็จสมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว กระจก/ดิฉัน
ตระหนักว่า การถามคำถามและการทดสอบนี้ใช้เวลาค่อนข้างนานแต่กระจก/ดิฉัน
ต้องการประเมินอาการของคุณให้ครอบคลุมที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้
ในการประเมินอาจมีบางคำถามที่ถามเกี่ยวกับอาการซึ่งคุณไม่เคยมี
และกระจก/ดิฉันอาจได้พูดถึงอาการซึ่งอาจไม่เกิดขึ้นกับคุณเลย
อาการเหล่านั้นไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย แต่เพียงสามารถพบได้ในผู้ป่วยบางราย
กระจก/ดิฉันจึงมีความจำเป็นต้องถามผู้ป่วยทุกคน
ขอขอบคุณที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำแบบทดสอบนี้ครับ/ค่ะ

ชื่อ - นามสกุล หรือ รหัสงานวิจัย	HN หรือ Site ID	วัน - เดือน - ปี	ผู้ตรวจ
----------------------------------	-----------------	------------------	---------

ใบคะแนน MDS-

1.ก	ผู้ตอบแบบสอบถามหลัก	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ดูแล <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยและผู้ดูแล	3.3 ก	การเกร็ง (คอ)	
			3.3 ข	การเกร็ง (แขนขวา)	
			3.3 ค	การเกร็ง (แขนซ้าย)	
ตอนที่ 1 ชีวิตประจำวันที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว			3.3 ง	การเกร็ง (ขาขวา)	
1.1	ภาวะทุพริปัญญาบกพร่อง		3.3 จ	การเกร็ง (ขาซ้าย)	
1.2	ประสาทหลอนและอาการทางจิต		3.4 ก	การเคาะนิ้วมือ (ขวา)	
1.3	อารมณ์ซึมเศร้า		3.4 ข	การเคาะนิ้วมือ (ซ้าย)	
1.4	อารมณ์กังวล		3.5 ก	การขยับของมือ (กำมือสลับแบมือ) (ขวา)	
1.5	ภาวะไร้อารมณ์		3.5 ข	การขยับของมือ (กำมือสลับแบมือ) (ซ้าย)	
1.6	กลุ่มอาการไม่สามารถควบคุมตัวเอง		3.6 ก	การคว้า-หงายของมือ (ขวา)	
1.6 ก	ผู้ตอบแบบสอบถามหลัก	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ดูแล <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยและผู้ดูแล	3.6 ข	การคว้า-หงายของมือ (ซ้าย)	
			3.7 ก	การเคาะนิ้วเท้า (ขวา)	
			3.7 ข	การเคาะนิ้วเท้า (ซ้าย)	
1.7	ปัญหาเรื่องการนอน		3.8 ก	ความคล่องแคล่วของขา (ขวา)	
1.8	ความรู้สึกง่วงนอนในเวลากลางวัน		3.8 ข	ความคล่องแคล่วของขา (ซ้าย)	
1.9	ความรู้สึกเจ็บปวดและความรู้สึกอื่นๆ		3.9	การลุกจากเก้าอี้	
1.1 0	ปัญหาในการปีนสวาะ		3.1 0	การเดิน	
1.1 1	ปัญหาท้องผูก		3.1 1	การเดินติดขัด	
1.1 2	อาการวิ่งเวียนในขณะยืน		3.1 2	การทรงตัว	
1.1 3	อาการอ่อนล้า		3.1 3	ลักษณะท่าทางการยืน	
ตอนที่ 2 ชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว			3.1 4	การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยรวม	
2.1	การพูด		3.1 5ก	การสั่นของมือขณะยกต้านแรงโน้มถ่วง (ขวา)	
2.2	น้ำลายและอาการน้ำลายไหล		3.1 5ข	การสั่นของมือขณะยกต้านแรงโน้มถ่วง (ซ้าย)	
2.3	การเคี้ยวและการกลืนอาหาร		3.1 6ก	การสั่นของมือขณะเคลื่อนไหว (ขวา)	
2.4	การรับประทานอาหาร		3.1 6ข	การสั่นของมือขณะเคลื่อนไหว (ซ้าย)	
2.5	การแต่งตัว		3.1 7ก	ความกว้างของอาการสั่นที่เกิดขึ้นขณะพัก (แขนขวา)	
2.6	สุขลักษณะอนามัย		3.1 7ข	ความกว้างของอาการสั่นที่เกิดขึ้นขณะพัก (แขนซ้าย)	
2.7	การเขียน		3.1 7ค	ความกว้างของอาการสั่นที่เกิดขึ้นขณะพัก (ขาขวา)	

2.8	การทำงานอดิเรกและกิจกรรมอื่นๆ		3.1 7ง	ความกว้างของอาการสั่นที่เกิดขึ้นขณะพัก (ขาซ้าย)	
2.9	การพลิกตัวบนที่นอน		3.1 7จ	ความกว้างของอาการสั่นที่เกิดขึ้นขณะพัก (ริมฝีปาก/กราม)	
2.1 0	อาการสั่น		3.1 8	ความคงที่ของอาการสั่นที่เกิดขึ้นขณะพัก	
2.1 1	การลุกออกจากเตียง การออกจากรถยนต์ หรือการลุกออกจากเก้าอี้			มีอาการยุกยิกเกิดขึ้นระหว่างการตรวจหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
2.1 2	การเดินและการทรงตัว			ถ้ามีการเคลื่อนไหวเหล่านี้มีผลต่อการให้คะแนนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
2.1 3	การเดินติดขัด			ระยะโรคของ HOEHN AND YAHR	
3ก	ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคพาร์กินสันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ได้	ส่วนที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนทางการเคลื่อนไหว		
3ข	อาการของผู้ป่วยขณะตรวจเป็นอย่างไร	<input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> OFF	4.1	ช่วงเวลาที่เกิดอาการยุกยิก	
3ค	ผู้ป่วยได้รับยาลิโดโปลาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> ได้	4.2	ผลกระทบของอาการยุกยิกต่อหน้าที่การทำงานและการใช้ชีวิต	
3ค 1	ถ้าได้ให้ระบุจำนวนวันที่ตั้งแต่ได้รับยาลิโดโปลาครั้งสุดท้าย	_____ วันที่	4.3	ช่วงเวลาทั้งหมดที่ยาไม่ออกฤทธิ์	
ตอนที่ 3 การตรวจทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย			4.4	ผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานและการใช้ชีวิตของภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอ	
3.1	การพูด		4.5	ความซับซ้อนของภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่สม่ำเสมอ	
3.2	การแสดงสีหน้า		4.6	อาการปวดที่เกิดขึ้นจากภาวะกล้ามเนื้อบิดเกร็งในช่วงยาไม่ออกฤทธิ์	