

คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผล  
ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ  
ยาที่ใช้ทางจิตเวชศาสตร์

Thai National Formulary 2015  
Drugs used in Psychiatry

โดย

คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ  
และ คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา  
สาขาจิตเวชศาสตร์

## เงื่อนไขการใช้คู่มือ (disclaimer)

คู่มือฉบับนี้ มุ่งหมายเพื่อให้ประกอบการสั่งยาของผู้สั่งใช้ยาที่ได้รับอนุญาตให้สั่งยาได้ตามกฎหมาย ข้อมูลที่แสดงไว้ไม่ใช่ข้อมูลที่สมบูรณ์ในทุกด้าน ผู้สั่งใช้ยาจำเป็นต้องใช้วิจารณญาณของตนเองในการพิจารณาสั่งใช้ยาในแต่ละครั้งให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการพิจารณาหาข้อเท็จจริงจากหลายแหล่ง คณะผู้จัดทำคู่มือนี้ ไม่ได้เป็นผู้สั่งใช้ยาโดยตรงดังนั้นจึงไม่มีผลผูกพันทางกฎหมายใดๆ จากการสั่งใช้ยาของผู้อื่น ผู้สั่งใช้ยาเป็นผู้รับผิดชอบอย่างสมบูรณ์ต่อผลที่เกิดขึ้นจากการสั่งใช้ยาของตน คณะผู้จัดทำได้พยายามสอบถามข้อมูลจากหลายแหล่ง โดยมีผู้ตรวจทานเพื่อความถูกต้อง อย่างไรก็ตามหากพบข้อผิดพลาด โปรดแจ้งไปยัง กลุ่มนโยบายแห่งชาติ ด้านยา สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือทาง e-mail : [nlem.fda@gmail.com](mailto:nlem.fda@gmail.com) เพื่อปรับปรุงแก้ไขต่อไป

## คำนำ

จากปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยา ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ดำเนินการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการจ่ายยาแห่งชาติ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม 2552 ถึงเดือนมิถุนายน 2554 ที่ผ่านมานั้น ผลการวิจัยได้สะท้อนให้เห็นค่าใช้จ่ายในการบริโภคยาของประเทศที่มีจำนวนค่อนข้างสูง โดยมีมูลค่ายาเพื่อการบริโภคในประเทศในราคาผู้ผลิต (ตาม price list) เกินกว่าหนึ่งแสนล้านบาท คิดเป็นประมาณร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด สำหรับสาเหตุที่ทำให้ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้นมีอยู่ด้วยกันหลายสาเหตุ ซึ่งการสั่งใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล หรือการสั่งใช้ยาเกินความจำเป็นเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีมูลค่าสูงขึ้นเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว และเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขโดยเร่งด่วน

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวในข้างต้น จึงมีการกำหนดให้ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการใช้ยาของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนเป็นไปอย่างสมเหตุผล และมีความคุ้มค่า

คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ (Thai National Formulary) ถือเป็นกลไกหรือเครื่องมืออย่างหนึ่ง ที่ทำให้เกิดการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงได้มอบหมายให้คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา ในแต่ละสาขา มีการดำเนินการจัดทำคู่มือดังกล่าวขึ้น ในรูปแบบของสื่อที่สั้น กระชับ ใช้งานง่าย เพื่อใช้คู่กับบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2559 และเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา สาขาจิตเวชศาสตร์ เป็นคณะทำงานหนึ่งที่ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ “ยาที่ใช้ทางจิตเวชศาสตร์” โดยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญทุกท่านในคณะทำงานฯ คณะทำงานฯขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา สาขา จิตเวชศาสตร์ หวังว่า คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ “ยาที่ใช้ทางจิตเวชศาสตร์” จะเป็นเครื่องมือสำคัญอันหนึ่งในการส่งเสริมการใช้ยาของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนเป็นไปอย่างสมเหตุผล และมีความคุ้มค่า ต่อไป

นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ

ประธานคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา  
สาขาจิตเวชศาสตร์ พ.ศ.2556-2558

## รายนามคณะผู้จัดทำ

คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา สาขาจิตเวชศาสตร์ พ.ศ.2556-2558

1. นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ ประธาน
2. นพ.ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล รองประธาน  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ภก.สมชัย วงศ์ทางประเสริฐ ผู้ทำงาน
4. ผศ.นพ.ธนา นิลชัยโกวิท ผู้ทำงาน  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ
5. รศ.นพ.เอียรชัย งามทิพย์วัฒนา ผู้ทำงาน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
6. นพ.อังกูร ภัทรากกร ผู้ทำงาน  
สถาบันธัญญารักษ์
7. ผศ.นพ.ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร ผู้ทำงาน  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8. พญ.รัตโนทัย พลับรู้อการ ผู้ทำงาน  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
9. นพ.วสวัฒน์ ถิ่นพังงา ผู้ทำงาน  
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
10. พญ.ปฎิมาภรณ์ ผลบุญยรักษ์ ผู้ทำงาน  
โรงพยาบาลชลบุรี
11. นพ.อุกฤษฏ์ พงศ์ศรีเพียร ผู้ทำงาน  
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
12. พญ.ทัตกมล พรหมมา ผู้ทำงาน  
โรงพยาบาลศรีธัญญา
13. ภก.วิรัช ลักคนสุวรรณ ผู้ทำงาน  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
14. ภญ.กาญจนา หัตถสิน ผู้ทำงานและเลขานุการ  
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
15. ภญ.จิตติมา เอกตระกูลชัย ผู้ทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ  
โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช สุพรรณบุรี
16. ภก.นิพัทธ์ สุขแสนสำราญ ผู้ทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

## Post-traumatic stress disorder และ Acute stress disorder (ความผิดปกติภายหลังความเครียดรุนแรงและปฏิกิริยาต่อความเครียดฉับพลัน)

โดย พญ.ปฎิมาภรณ์ ผลบุญยรักษ์

จัดอยู่ในกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด เกิดหลังจากเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงที่กระทบกระเทือนจิตใจที่ไม่ใช่ความเครียดตามปกติในชีวิต เช่น ภัยธรรมชาติ สงคราม การถูกทารุณกรรม อุบัติเหตุรุนแรง โดยจะมีการตอบสนองโดยเกิดความหวาดกลัว หลีกเลียงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้นๆ และส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการทำงาน

### แนวทางการวินิจฉัย

เผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ เช่น การเสียชีวิตหรือคุกคามต่อชีวิต การบาดเจ็บสาหัสหรือการคุมคามต่อสภาพร่างกาย เป็นต้น ทำให้ตอบสนองด้วยความหวาดกลัวอย่างรุนแรงหรือหวาดผวา มีความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจนี้อยู่ตลอดเวลา มีการหลีกเลียงต่อสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจนั้น และมีอาการของภาวะตื่นตัวมากอยู่ตลอดเวลา หากระยะเวลาของอาการที่เกิดขึ้นนานกว่า 1 เดือนจัดเป็น Post-traumatic stress disorder แต่หากระยะเวลาสั้นน้อยกว่า 1 เดือน จัดเป็น Acute stress disorder

### การรักษา

การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การรักษาทางด้านจิตใจ

### การรักษาโดยใช้ยา

1. ยากลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs)
  - Amitriptyline 25-150 mg/day
  - Imipramine 10-150 mg/day
2. ยากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)
  - Fluoxetine 20-80 mg/day
  - Sertraline 50-200 mg/day

ระยะเวลาการให้ยา ควรให้ยาต่อเนื่องประมาณ 1 ปี สำหรับ Post-traumatic stress disorder

### Adjustment disorder (การปรับตัวที่ผิดปกติ)

### แนวทางการวินิจฉัย

มีอาการทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์นั้นๆ โดยทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานอย่างมาก หรือทำให้กิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือการศึกษากพร่องลงอย่างสำคัญ และเมื่อเหตุการณ์สิ้นสุดลงอาการจะคงอยู่ต่อไปไม่นานกว่า 6 เดือน

มีอาการเด่นได้หลายทาง เช่น อารมณ์ซึมเศร้า ห่อเหี่ยว สิ้นหวัง (With depressed mood) วิตกกังวล (With anxiety) มีอารมณ์เศร้าและวิตกกังวล (With mixed anxiety and depressed mood) มีความผิดปกติในเรื่องความประพฤติ (With disturbance of conduct) มีความผิดปกติทั้งด้านอารมณ์และความประพฤติ (With mixed disturbance of emotions and conduct) เป็นต้น

## การรักษา

การรักษาโดยไม่ใช้ยา เน้นการรักษาทางด้านจิตใจ

การรักษาโดยใช้ยา จะเป็นการรักษาตามอาการเช่น

อาการเศร้า

1. ยากลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs)

- Amitriptyline 25-150 mg/day

2. ยากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)

- Fluoxetine 20- 80 mg/day

อาการวิตกกังวล

ยากลุ่ม benzodiazepines (BZDs)

- Diazepam 5-10 mg/day
- Lorazepam 1-2 mg/day

## Non-organic sleep disorders

โดย นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ

โรคในกลุ่มนี้มีอยู่ 2 กลุ่ม ได้แก่

1. Dysсомnias เป็นกลุ่มโรคที่มีสาเหตุจากจิตใจ ซึ่งมีอาการเด่นคือความผิดปกติในปริมาณ คุณภาพหรือจังหวะเวลาของการนอน ได้แก่ insomnia, hypersomnia และ disorder of sleep – wake schedule
2. Parasomnias เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวในระหว่างนอนหลับ ในวัยเด็กมักเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านพัฒนาการ แต่ในผู้ใหญ่มักเกี่ยวข้องกับจิตใจ ได้แก่ sleep walking (somnambulism), sleep terrors และ nightmares

### Nonorganic insomnia

เป็นความผิดปกติด้านปริมาณและ/หรือคุณภาพของการนอนหลับ ที่พบบ่อยที่สุดคือการนอนหลับยาก รองลงไปคือการคงการหลับเป็นเวลานานพอ และการตื่นเร็วผิดปกติ

### แนวทางการวินิจฉัย

1. ผู้ป่วยมาด้วยอาการนอนหลับยาก หรือคงการหลับไม่ได้นาน หรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดี
2. ความผิดปกติในการนอนหลับนั้นเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน
3. ผู้ป่วยหมกมุ่นกับเรื่องการนอนไม่พอและผลเสียที่เกิดขึ้น
4. คุณภาพและ/หรือปริมาณการนอนหลับที่ไม่เพียงพอนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ร้อนมากหรือบั่นทอนความสามารถด้านสังคมและการทำงานของผู้ป่วย

### การรักษา

นอนไม่หลับ เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดอย่างหนึ่งในชีวิตของคน ควรซักประวัติและตรวจหาสาเหตุของการนอนไม่หลับก่อน และแก้ไขที่สาเหตุมากกว่าการใช้ยา สาเหตุทางกายและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้นอนไม่หลับ เช่น ที่นอนที่ไม่ถูกสุขลักษณะ อากาศที่อับชื้น การเป็นไข้ เป็นโรคที่ทำให้เจ็บปวด การกินยาหรือสารที่มีฤทธิ์กระตุ้นสมอง การเสพยา ดื่มแอลกอฮอล์หรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ฯลฯ ล้วนทำให้นอนไม่หลับได้ทั้งสิ้น

อาการนอนไม่หลับ เป็นอาการที่พบได้บ่อยในโรคทางจิตเวชหลายอย่าง เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน ฯลฯ จึงควรวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุให้ได้ แล้วให้การรักษาตามสาเหตุ การรักษาด้วยยากี่ให้ตามที่เหมาะสมกับโรคนั้น เช่น ยารักษาโรคจิต ยาแก้ซึมเศร้า และยาคลายกังวล เมื่อไม่พบโรคทางจิตเวชอื่นที่เป็นสาเหตุให้นอนไม่หลับ จึงจะให้การรักษาโรคนี้นี้ การรักษาควรเริ่มด้วยการแก้ไขปัจจัยที่อาจเสริมให้นอนไม่หลับ เช่น เข้านอนเร็วเกินไป เป็นห้วงการนอนหลับหรือตั้งใจนอนหลับมากเกินไป ซึ่งมักทำให้กั่วนอนไม่หลับไปล่วงหน้า ควรทำใจให้สงบและทำจิตใจให้ว่างก่อน หากจำเป็นต้องให้ยากี่ควรใช้ยากี่กลุ่ม benzodiazepines โดยเลือกใช้ชนิดที่ออกฤทธิ์ยาวเป็นลำดับแรก เช่น Diazepam (2-40 mg/day), Chlordiazepoxide (5-100 mg/day) ซึ่งมีความปลอดภัยและเสี่ยงต่อการติดยาน้อยกว่ากลุ่มที่ออกฤทธิ์สั้น ยา นอนหลับไม่แนะนำให้ใช้ในทางจิตเวช

## Nonorganic disorder of the sleep – wake schedule

เป็นความผิดปกติในการกำหนดตารางการหลับและการตื่นตามความต้องการของแต่ละบุคคล ส่งผลให้มาด้วยอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป

### แนวทางการวินิจฉัย

1. การกำหนดตารางการหลับและการตื่นของบุคคลไม่สอดคล้องกับแบบแผนปกติในสังคมและวัฒนธรรมนั้น
2. นอนไม่หลับในช่วงเวลาของการนอนและนอนหลับมากในช่วงเวลาของการตื่น เป็นเกือบทุกวันในเวลา 1 เดือน หรือเกิดขึ้นซ้ำๆในเวลาสั้นกว่านี้
3. ความไม่พอใจในด้านปริมาณ คุณภาพและจังหวะเวลาของการนอน ส่งผลให้เกิดความทุกข์ร้อนมากหรือบั่นทอนความสามารถด้านสังคมและการงานของผู้ป่วย

### การรักษา

ต้องแยกสาเหตุทางกายที่รบกวนวงจรการหลับออกไป ตลอดจนสาเหตุทางจิตใจ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า และอารมณ์แปรปรวน หากพบสาเหตุก็ให้วินิจฉัยและรักษาโรคที่เป็นสาเหตุนั้น ถ้าพบว่าเป็นความผิดปกติในเรื่องนี้ก็ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนอน โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา เพราะเวลานอนหลับโดยรวมในรอบวันอาจเพียงพอแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องให้ยาที่ทำให้หลับเพิ่มขึ้นอีก

### Sleepwalking (Somnambulism)

โรคละเมอเดินเป็นการเปลี่ยนแปลงของสติสัมปชัญญะซึ่งมีทั้งการหลับและการตื่นผสมกัน ผู้ที่ละเมอเดินมักลุกขึ้นจากเตียงในระหว่างหนึ่งในสามแรกของการนอนหลับและเดินไปโดยไม่รู้สึกตัวและไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว บางครั้งอาจเดินไปไกลและเกิดอุบัติเหตุได้ ส่วนใหญ่มักกลับเข้านอนเองและจำเหตุการณ์ไม่ได้

### แนวทางการวินิจฉัย

1. มีอาการตั้งแต่ครั้งเดียวขึ้นไป ที่ลุกเดินจากเตียงในระหว่างหนึ่งในสามแรกของการนอนหลับ
2. ระหว่างเกิดอาการมีหน้าตาเหม่อลอยและจ้อง มีการตอบสนองน้อยต่อผู้อื่นที่พยายามเรียก และยากที่จะปลุกให้ตื่น
3. เมื่อตื่นขึ้นมาในขณะนั้นหรือในตอนเช้า ไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้
4. เมื่อตื่นขึ้นสักครู่หลังเกิดอาการ ไม่พบการสูญเสียการทำงานของจิตใจและพฤติกรรม แม้ว่าอาจมีอาการสับสนในช่วงเวลาสั้นๆ
5. ไม่ปรากฏว่ามีสาเหตุทางกายที่ทำให้เกิดอาการ เช่น สมองเสื่อมหรือโรคลมชัก

### การรักษา

ต้องป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการละเมอเดิน ร่วมกับการใช้ยาที่กด stage 3 และ stage 4 ของการนอนหลับ เช่น benzodiazepines โดยเลือกใช้นิดที่ออกฤทธิ์ยาวเป็นลำดับแรก เช่น Diazepam (2-40 mg/day), Chlordiazepoxide (5-100 mg/day)

### Sleep terrors (night terrors)

โรคหวาดกลัวระหว่างหลับ เป็นการเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวของอาการหวาดกลัวและตื่นตระหนกอย่างรุนแรงในระหว่างหลับโดยมีการเปล่งเสียง การเคลื่อนไหวและการกระตุ้นระบบประสาทอิสระ



## แนวทางการวินิจฉัย

1. อาการเด่นคือการมีอาการอย่างน้อยหนึ่งครั้งของการตื่นขึ้นจากการหลับด้วยการกรีดร้องด้วยความตื่นกลัว และมีความกังวลสูงมาก มีการเคลื่อนไหวของร่างกายและมีการทำงานเพิ่มขึ้นของระบบประสาทอิสระ เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ม่านตาขยายและเหงื่อแตก
2. อาการแต่ละครั้งเป็นราว 1-10 นาที และมักเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งในสามแรกของการหลับในช่วงกลางคืน
3. มักไม่ค่อยตอบสนองต่อการกระตุ้นของผู้อื่นในระหว่างมีอาการ และหลังจากนั้นมักมีอาการสับสนและมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆอยู่หลายนาที
4. ผู้มีอาการมักไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ หรือระลึกได้เพียงส่วนน้อยเท่านั้น
5. ไม่ปรากฏว่ามีสาเหตุทางร่างกาย เช่น เนื้องอกในสมองหรือโรคลมชัก

## การรักษา

ไม่มีการรักษาที่จำเพาะสำหรับโรคนี้ ในกรณีส่วนน้อยที่ยาอาจได้ผล ให้ใช้ diazepam ในขนาดต่ำ

## Nightmares

โรคฝันร้าย เป็นการฝันที่เต็มไปด้วยความกังวลและความกลัว ซึ่งผู้ที่เป็นสามารถจำรายละเอียดได้ดี ประสบการณ์ในฝันเด่นชัดมาก และมักเกี่ยวข้องกับภัยคุกคามต่อความปลอดภัย ความมั่นคงหรือความภูมิใจแห่งตน

## แนวทางการวินิจฉัย

1. การตื่นจากการหลับ โดยสามารถจำความฝันที่เหมือนจริงได้โดยละเอียด ลักษณะความฝันน่าหวาดกลัว และคุกคามต่อความปลอดภัย ความมั่นคงหรือความภาคภูมิใจในตนเอง การตื่นอาจเกิดขึ้นในช่วงเวลาใดของการหลับก็ได้ แต่มักเกิดขึ้นในครึ่งหลังของการหลับ
2. หลังตื่นขึ้นจากฝันร้าย มักรู้สึกตัวและไม่สับสน
3. ประสบการณ์การฝันร้ายรบกวนการนอนหลับและทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้ป่วยมาก

## การรักษา

ไม่มีการรักษาที่จำเพาะสำหรับโรคนี้ ควรใช้วิธีการทางจิตใจที่ช่วยให้ผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงการดูข่าวและสารที่ออกฤทธิ์ต่อสมอง

## Narcolepsy

เป็นโรคที่มีอาการผิดปกติของการเกิด REM sleep เร็วกว่าปกติเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน และอาการมักเกิดบ่อยครั้งในแต่ละวัน และฝันไม่ได้

## แนวทางการวินิจฉัย

1. มีอาการต้องการการนอนหลับในช่วงเวลากลางวันที่ฝันไม่ได้ เป็นประจำทุกวันเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน
2. มีอาการของ cataplexy (กล้ามเนื้อทั้งสองข้างหมดความตึงตัวอย่างเฉียบพลันเป็นเวลาดสั้นๆ) และ/หรือมีการเกิด REM sleep แทรกขึ้นมาในช่วงระหว่างการหลับและการตื่น ซึ่งแสดงออกโดยมีประสาทหลอนในช่วงใกล้หลับ (hypnagogic hallucination) หรือช่วงใกล้ตื่น (hypnopompic hallucination) หรือมีอาการผีอำ (sleep paralysis)

3. อาการไม่ได้เกิดจากการใช้ยา สารเสพติด หรือเกิดจากโรคทางกายอื่น

#### การรักษา

ไม่มีการรักษาที่ทำให้หายขาด การรักษาโดยวิธีให้ยาระหว่างวันอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้อาการดีขึ้นมากและบางรายอาจแทบไม่มีอาการไปเลย การรักษาด้วยยามียาที่แนะนำให้ใช้คือ

1. ยากลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs)
  - Imipramine 10-150 mg/day ซึ่งมีฤทธิ์กด REM sleep และช่วยลดอาการ cataplexy
2. ยากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)
  - Fluoxetine 20-80 mg/day ซึ่งมีฤทธิ์กด REM sleep และช่วยลดอาการ cataplexy
3. ยากลุ่ม Central nervous system stimulants
  - Methylphenidate 10-60 mg/day

# โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD)

โดย ผศ.นพ.ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร

โรคสมาธิสั้น คือ โรคที่มีอาการขาดสมาธิ (inattentive) หรือ ซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactive) และหุนหันพลันแล่น (impulsive)

## แนวทางการวินิจฉัย

### อาการขาดสมาธิ (Inattention) อย่างน้อย 6 ข้อใน 9 ข้อต่อไปนี้

1. มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่าง ๆ เช่น การบ้าน
2. ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้
3. ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย
4. มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ
5. จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เป็น
6. มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนทำให้สำเร็จ
7. ทำของหายบ่อย ๆ (เช่น ของเล่น, สมุดจดงาน, เครื่องเขียน ฯลฯ)
8. วอกแวกง่าย
9. ซี้ด

### อาการซนอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsivity) อย่างน้อย 6 ข้อใน 9 ข้อต่อไปนี้

1. มือทำยุกยิก นั่งบิดไปบิดมา
2. นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือจากที่ที่ควรจะนั่งเรียบร้อย
3. วิ่งหรือปีนปายมากเกินไปจนควรอย่างไม่รู้กาลเทศะ
4. เล่นหรือทำกิจกรรมเสีย ๆ ไม่เป็น
5. พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือน “ติดเครื่อง” อยู่ตลอดเวลา
6. พูดมาก
7. มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ
8. ไม่ชอบรอคิว
9. ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พูดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน)

## การรักษา

การรักษาที่ได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน คือการผสมผสานกันระหว่างการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม การดูแลสภาพจิตใจและสังคม (behavioral/psychosocial intervention) ร่วมกับการรักษาทางยา (medication) โดยยาที่ใช้ได้แก่

### ยากลุ่ม Central Nervous System Stimulants

เป็นยากลุ่มที่ควรเลือกเป็นใช้อันดับแรก คือ Methylphenidate ในรูปแบบ immediate release ขนาดยาที่ใช้คือ 0.3-0.6 mg/kg/dose โดยให้ยาวันละ 2-3 ครั้ง

## Childhood autism

โดย พญ.รัตโนทัย พลับรู้อการ

เป็นความผิดปกติของพัฒนาการรอบด้านที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 3 ปี โดยมีความบกพร่องของพัฒนาการด้านสังคมและการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น บกพร่องของพัฒนาการด้านภาษาทั้งการเข้าใจภาษาและการสื่อสารทางสังคมกับผู้อื่น มีความสนใจในวงจำกัด และทำอะไรซ้ำๆ

### แนวทางการวินิจฉัย

มีอาการดังต่อไปนี้ 6 ข้อ โดยมีอาการอย่างน้อย 2 ข้อ จากข้อ (1) และอย่างน้อย 1 ข้อจากข้อ (2) และ 1 ข้อจากข้อ (3)

#### (1) ความบกพร่องของพัฒนาการด้านสังคม

1. ไม่สามารถมองสบตา แสดงสีหน้า ท่าทางในการสื่อสารทางสังคม
2. ไม่สามารถพัฒนาความสัมพันธ์กับเพื่อนในการทำกิจกรรมร่วมกัน
3. ขาดทักษะการตอบสนองต่อผู้อื่นทางสังคมและอารมณ์อย่างเหมาะสม
4. ขาดการแสดงออกให้ผู้อื่นรับรู้ร่วมกัน เมื่อดีใจ หรือทำอะไรสำเร็จ

#### (2) มีความบกพร่องในคุณภาพการสื่อสาร

1. พูดซ้ำและไม่มีการใช้ภาษาท่าทางหรือทำไ้
2. ไม่สามารถเริ่มการสนทนา หรือ ดำเนินการสนทนาต่อเนื่อง
3. ใช้ภาษาแปลกๆ
4. ขาดการเล่นสมมติ หรือการเล่นเลียนแบบ

#### (3) มีความสนใจในวงจำกัด หรือมีพฤติกรรมซ้ำๆ

1. มีความสนใจในวงจำกัดโดยมีเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม
2. หมกมุ่นในการกระทำบางอย่างเป็นกิจวัตรที่เฉพาะเจาะจง
3. มีพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น หมุนตัว เล่นมือ โยกตัว เป็นต้น
4. สนใจเฉพาะบางส่วนของวัตถุหรือผิวสัมผัส

ความผิดปกติทั้งหมดนี้ต้องไม่เกิดจากภาวะอารมณ์ของเด็กที่เกิดจากการถูกทอดทิ้ง สติปัญญาบกพร่อง และโรคจิตเภท

### การรักษา

ต้องอาศัยทีมงานหลายกลุ่ม ได้แก่ กุมารแพทย์ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาล นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด และครูการศึกษาพิเศษ โดยมีกิจกรรมประกอบด้วย

1. การให้คำปรึกษาแนะนำ
2. การปรับพฤติกรรมโดยเฉพาะในเด็ก
3. การฝึกพูดโดยเฉพาะในเด็ก
4. การฝึกทักษะสังคม
5. การช่วยเหลือด้านการศึกษา

6. การฝึกอาชีพ
7. การรักษาด้วยยา

ในการรักษาด้วยยาไม่มียารักษาโรคนี้โดยเฉพาะแต่ใช้ยาเพื่อควบคุมพฤติกรรมและอาการที่พบร่วมด้วย เช่น อาการวิตกกังวล อาการสมาธิสั้น พฤติกรรมซ้ำๆ อารมณ์รุนแรงก้าวร้าว โดยต้องระวังผลข้างเคียงต่างๆ ตามข้อบ่งใช้ของยาแต่ละชนิด

กลุ่มยาที่ใช้มีหลายกลุ่มเช่น

1. ยากลุ่ม Typical antipsychotic เพื่อควบคุมพฤติกรรมวุ่นวาย ก้าวร้าว และปัญหาการนอน
  - Thioridazine ขนาดยาที่ใช้ 1.25-2.5 mg/kg/day
  - Haloperidol ขนาดยาที่ใช้ 0.02- 0.2 mg/kg/day หรือ 0.5- 3 mg ต่อวัน
2. ยากลุ่ม Atypical antipsychotic เพื่อควบคุมพฤติกรรมวุ่นวาย ก้าวร้าว และปัญหาการนอน
  - Risperidone เริ่มให้ยาในขนาด 0.25 มิลลิกรัมในเด็กน้ำหนักน้อยกว่า 20 กิโลกรัม ในเด็กน้ำหนักมากกว่า 20 กิโลกรัมเริ่มให้ยาในขนาด 0.5 มิลลิกรัม ขนาดยาที่ใช้ 1-3 mg/day
3. ยากลุ่ม Serotonin reuptake inhibitor เพื่อลดความวิตกกังวล และพฤติกรรมซ้ำๆ
  - Fluoxetine ขนาดยาที่ใช้ 10 mg – 80 mg/day
  - Sertraline ขนาดยาที่ใช้ 25-75 mg/day
4. ยากลุ่ม Antiepileptics เพื่อควบคุมอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย และพฤติกรรมก้าวร้าว
  - Sodium valproate ขนาดยาที่ใช้ 20 mg – 30 mg/kg/day
  - Carbamazepine ขนาดยาที่ใช้ 10 mg – 20 mg/kg/day
5. ยากลุ่ม Central nervous system stimulants เพื่อควบคุมสมาธิและอาการหุนหันพลันแล่น
  - Methylphenidate ขนาดยาที่ใช้ 0.3-0.6 mg/kg/dose โดยให้มือเช้า และมือกลางวัน

## Tic Disorder

โดย นพ.ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล

เป็นโรคที่มีอาการกระตุกของกล้ามเนื้อซ้ำๆ ส่วนใหญ่เป็นบริเวณใบหน้า คอ และไหล่ และ/หรือมีการเปล่งเสียงซ้ำๆ

### แนวทางการวินิจฉัย

มีอาการกระตุกของกล้ามเนื้อ เช่น ขยิบตา ย่นจมูก บิดคอ ยกไหล่ เป็นต้น หรือมีเสียง เช่น สูดจมูก กระแอม ไอ เปล่งคำหยาบ เป็นต้น ในรายที่เป็นรุนแรง จะมีทั้งการกระตุกของกล้ามเนื้อและเปล่งเสียง เป็นเวลานานกว่า 1 ปี เรียกว่า Tourette's disorder อาการเหล่านี้เป็นเองโดยไม่ได้ตั้งใจกระทำ สามารถยับยั้งอาการได้ เวลาคืนตื่นหรือเครียดจะมีอาการมากขึ้น แต่เวลาเพลิน ๆ หรือนอนหลับอาการจะน้อยลง

**การรักษา** ใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับยา ดังนี้

ยากลุ่ม Antipsychotics

- Haloperidol เริ่มต้นด้วย 0.25-0.5 mg/day ขนาดยาที่ใช้ 0.05-0.075 mg/kg/day โดยแบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง
- Risperidone เริ่มต้นด้วย 0.5 mg/day ขนาดยาที่ใช้ 1-4 mg/day โดยแบ่งให้วันละ 2 ครั้ง
- Pimozide เริ่มต้นด้วย 0.5-1 mg/day ขนาดยาที่ใช้ไม่เกิน 0.2 mg/kg/day โดยแบ่งให้วันละ 2 ครั้ง

### ผลข้างเคียงของยาข้างต้น

ยากลุ่มนี้มีผลข้างเคียงทำให้เกิด extrapyramidal symptoms (EPS) เช่น acute dystonia ได้ และสำหรับ Pimozide ยังมีผลข้างเคียงเรื่อง QT prolongation ได้ด้วย

### Nonorganic Enuresis

ปัสสาวะรดที่นอนหรือเลื้อผ้า เมื่ออายุมากกว่า 5 ปี

### แนวทางการวินิจฉัย

เมื่ออายุมากกว่า 5 ปี ยังมีปัสสาวะรดที่นอนหรือเลื้อผ้าในเวลากลางวัน และ/หรือ ในเวลากลางคืน โดยมีอาการมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนติดต่อกัน และไม่ได้เกิดจากยา เช่น ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น หรือ เกิดจากโรคทางกาย เช่น เบาหวาน เบาเจ็ด ชัก เป็นต้น

**การรักษา** ใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับยา ดังนี้

ยากลุ่ม Tricyclic Antidepressants (TCAs)

- Imipramine เริ่มต้นด้วย 10-25 mg ก่อนนอน โดยทั่วไปให้ยาประมาณ 25-75 mg/day ปริมาณยาที่ให้ต้องไม่เกิน 5 mg/kg/day เมื่อให้ยาเกิน 3mg/kg/day ต้องระวังผลของยาต่อหัวใจ

# โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive disorder)

โดย รศ.นพ.เกียรติชัย งามทิพย์วัฒนา

โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive disorder) คือโรคที่ผู้ป่วยมีอาการย้ำคิด (obsession) และ/หรือ อาการย้ำทำ (compulsion) สิ่งหนึ่ง สิ่งใดซ้ำๆ โดยไม่มีเหตุผล ผู้ป่วยเองก็รู้ว่าสิ่งที่คิดหรือกระทำไปนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ดีไร้สาระ แต่ไม่อาจขัดขืนได้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล เครียด และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย

## แนวทางการวินิจฉัย

อาการ (symptom) ที่เป็นลักษณะเฉพาะ หรือ ที่พบบ่อย

- อาการที่พบบ่อย คือ อาการย้ำคิดเกี่ยวกับความสกปรก หรือกลัวสิ่งสกปรก กลัวเชื้อโรค สิ่งที่ถูกกลัวมักจะเป็นสิ่งที่ยากแก่การหลบเลี่ยง เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ หรือเชื้อโรค อาการที่มักจะพบร่วมคือพฤติกรรมย้ำในการหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น หรือการทำความสะอาดซ้ำๆ
- อาการคิดสงสัย (pathological doubt) ผู้ป่วยจะคิดสงสัยซ้ำๆ ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมตรวจสอบซ้ำๆ เช่น กังวลว่าไม่ได้ล้างกลอนประตู ก็จะตรวจซ้ำซากว่าประตูกลอนเรียบร้อยหรือยัง
- อาการคิดซ้ำๆ (obsessional idea) เป็นอาการคิดย้ำเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือ คำ หรือประโยค หรือ มโนภาพซ้ำๆ (obsessional image) เป็นภาพเกี่ยวกับเรื่องราวที่น่ารังเกียจ
- คิดอยากกระทำเรื่องที่ไม่สมควร (obsessional impulse) เป็นความคิดอยากทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือคิดทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม เช่น ตะโกนด่า
- พฤติกรรมซ้ำ (compulsion) เป็นการกระทำซ้ำๆ ที่ไม่สามารถหักห้ามใจตนเอง เช่น การนับ การมอง การสัมผัส การล้างมือ

อาการทั้งหมดนี้ผู้ป่วยเองจะรู้สึกทุกข์ใจกับอาการย้ำคิด และพยายามจะหยุดความคิด ในขณะที่ถ้าไม่ได้กระทำซ้ำๆ ก็จะรู้สึกเครียด แต่เมื่อได้กระทำไปแล้วก็จะรู้สึกไม่สบายใจที่ไม่สามารถห้ามตนเอง ทั้งอาการย้ำคิดและพฤติกรรมย้ำทำจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

อาการแสดง (sign) ที่เป็นลักษณะเฉพาะ หรือที่พบบ่อย

ผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการย้ำคิด ในขณะที่พฤติกรรมย้ำทำอาจมีผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ล้างมือซ้ำๆ จนเกิดอาการผิวหนังอักเสบ มักจะพบอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ/จำเพาะสำหรับการวินิจฉัย

ไม่พบความผิดปกติที่อธิบายอาการของผู้ป่วย

## การรักษา

1. ยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรกคือ ยากลุ่ม SSRIs เช่น
  - Fluoxetine ขนาด 20-80 mg/day
  - Sertraline ขนาด 50-200 mg/day
2. ยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรองคือ ยากลุ่มTCAโดยยาที่พบว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ

- Clomipramine ขนาด 150-200 mg/day (ยามีผลข้างเคียงที่พบบ่อย คือ อាកาง่วง คอแห้ง ตาพร่า และท้องผูก การรักษาพร้อมกับพฤติกรรมบำบัดจะให้ผลการตอบสนองที่ดีขึ้น)

### 3. การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา

การรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการรักษาด้วยยา เทคนิคการรักษาหลักที่ใช้ คือ การเผชิญหน้า (exposure) และการป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมย้ำทำ (response prevention) วิธีอื่นที่อาจใช้ได้แก่ การหยุดความคิด (thought stopping) flooding, desensitization การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกับผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญต่อการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำพฤติกรรมบำบัดนั้นจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ



# โรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder)

โดย รศ.นพ.เกียรติชัย งามทิพย์วัฒนา

โรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) เป็นโรคที่ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ มากเกินกว่าปกติ และมักจะมีอาการทางกายร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยเองก็ทราบว่าตนเองกังวลมากเกินไป แต่ไม่สามารถขจัดความกังวลนั้นออกไปได้ อาการมักจะเป็นตลอดทั้งวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการวิตกกังวลดังกล่าวยากที่จะควบคุม และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

## แนวทางการวินิจฉัย

อาการ (symptom) ที่เป็นลักษณะเฉพาะหรือที่พบบ่อย

ผู้ป่วยจะมีอาการกังวลมากกว่าปกติเป็นอาการเด่น เนื้อหาของความกังวลมักจะเกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมความกังวลนั้นได้ ทำให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต โดยมีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน อาการอื่นๆ ที่อาจพบร่วมด้วย คือ ผู้ป่วยมักจะมีอาการ รู้สึกกระวนกระวายใจ เหนื่อยง่าย ขาดสมาธิ หงุดหงิดง่าย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ อาจมีอาการทางกายหลายอย่างเช่น มือเย็นชื้น เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน มือสั่น ตัวสั่น และปัสสาวะบ่อย

อาการแสดง (sign) ที่เป็นลักษณะเฉพาะหรือที่พบบ่อย

ผู้ป่วยมักจะไปพบแพทย์ทั่วไปเพื่อรักษาอาการทางกายที่เกิดขึ้น ในขณะที่ตรวจผู้ป่วยอาจจะมีลักษณะที่แสดงออกถึงความกังวล เช่น มือสั่น ขยับตัวไปมา อยู่ไม่นิ่ง หรือ สีหน้าแสดงออกถึงความกังวล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ/จำเพาะสำหรับการวินิจฉัย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรนึกถึงโรคทางกาย เช่น โรคต่อมไทรอยด์ เช่น ธีรรอยด์ เบาหวาน อาการจากการขาดหรือได้รับยา หรือสารเสพติด

## การรักษา

การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรบูรณาการการรักษาทั้งการรักษาโดยไม่ใช้ยา คือ จิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัด ร่วมไปกับการรักษาด้วยการใช้ยา

1. ยาที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับแรก คือ

1.1 ยากลุ่ม SSRIs ใช้ได้ดีในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ยาในกลุ่มนี้ เช่น

- Fluoxetine 10 mg/day แล้วค่อยปรับขนาดเพิ่มขึ้น (ยาอาจจะทำให้เกิดอาการกระวนกระวายในช่วงเริ่มต้นยา)
- Sertraline 25 mg/day แล้วค่อยปรับขนาดเพิ่มขึ้น

1.2 ยากลุ่ม TCAs ข้อดีของยากลุ่มนี้นอกจากมีฤทธิ์ลดอาการกังวลแล้วยังช่วยการนอนให้ดีขึ้น แต่ข้อเสียคือ ผลข้างเคียง เช่น คอแห้ง ท้องผูก และตาพร่า ยาในกลุ่มนี้เช่น

- Amitriptyline 10-50 mg/day
- Imipramine 25-50 mg/day
- Nortriptyline 10-50 mg/day

### 1.3 ยากลุ่ม benzodiazepine

- Diazepam 4-40 mg/day
- Lorazepam 2-6 mg/day

2. ยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรองคือ ยากลุ่ม beta-adrenergic antagonist ยากลุ่มนี้จะช่วยลดอาการทางกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการทางระบบประสาท sympathetic เช่น อาการใจสั่น เหงื่อออก แต่ไม่ค่อยได้ประโยชน์กับอาการวิตกกังวล ขนาดยา 20-40 มก/วัน ต้องระวังผลข้างเคียงคือ bradycardia และ hypotension ส่วนยา กลุ่ม antihistamine เช่น

- Hydroxyzine 25-200 mg/day (ช่วยลดอาการกรังวลและอาการนอนไม่หลับ)

3. การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา

3.1 การรักษาด้วยจิตบำบัดแบบ cognitive behavioral psychotherapy โดยการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความเชื่อที่ผิดปกติ (dysfunctional belief : ในกรณีนี้คือความคิดความกังวลว่าจะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ดีขึ้น) กับอาการทางกาย และการใช้เทคนิคของพฤติกรรมบำบัด คือ การฝึกผ่อนคลาย (relaxation) ร่วมด้วย พบว่าผลการรักษาได้ผลดี

3.2 การรักษาด้วยจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) ด้วยการใช้เทคนิคการให้ความมั่นใจ (reassurance) ว่าอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นอันตราย และรับฟัง เข้าใจความทุกข์ของผู้ป่วย (empathy) พบว่าในระยะสั้นได้ผลดี แต่การศึกษาถึงผลระยะยาวยังมีข้อจำกัด

# Panic disorder

โดย รศ.นพ.เกียรติชัย งามทิพย์วัฒนา

Panic disorder คือโรคที่ผู้ป่วยมีความกลัว รู้สึกตื่นตระหนก หรือวิตกกังวลอย่างรุนแรง ซึ่งเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และเกิดขึ้นซ้ำๆ อาการมักจะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ไม่กี่นาที แล้วหายเป็นปกติ ในขณะที่มีอาการแพนิค ผู้ป่วยอาจจะมีอาการทางกายร่วมด้วย อาการที่เกิดขึ้นไม่สัมพันธ์กับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่คาดการณ์ได้ ผู้ป่วยมักจะกังวลว่าอาการจะเกิดขึ้นในครั้งถัดไป

## แนวทางการวินิจฉัย

อาการ (symptom) ที่เป็นลักษณะเฉพาะหรือที่พบบ่อย

มีอาการตื่นตระหนก หรือวิตกกังวลอย่างรุนแรง และเฉียบพลัน อาการที่เกิดขึ้นมักจะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ โดยมีอาการทางกายที่พบร่วมด้วยคือ ใจสั่น เหงื่อออกมาก มือสั่น หรือตัวสั่น หายใจเร็ว หายใจไม่อิ่ม เจ็บหรือแน่นหน้าอกคลื่นไส้หรือแน่นท้อง เวียนศีรษะหรือเป็นลม ชาหรือเจ็บตามผิวหนัง รู้สึกหนาวๆ ร้อนๆ derealization หรือ depersonalization ในช่วงที่เกิดอาการ ผู้ป่วยจะพยายามออกจากสถานที่ หรือสถานการณ์นั้นๆ โดยหวังว่าจะช่วยให้อาการดีขึ้น หรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะกังวลเกี่ยวกับอาการและผลที่จะเกิดตามมา กลัวเป็นโรคหัวใจ กลัวเสียสติ หรือกลัวจะควบคุมตนเองไม่ได้ หรือกลัวตาย อาจมีความกังวลเรื่องสุขภาพ วิตกกังวลเรื่องจริง อ่อนเพลียมาก ประมาณร้อยละ 60 อาจพบอาการซึมเศร้าร่วมด้วย เสี่ยงต่อการติดสารเสพติด

อาการแสดง (sign) ที่เป็นลักษณะเฉพาะหรือที่พบบ่อย

การตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติที่อธิบายอาการที่เกิดขึ้น

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ/จำเพาะสำหรับการวินิจฉัย

ไม่พบความผิดปกติที่อธิบายอาการของผู้ป่วย

การวินิจฉัยแยกโรคที่พบได้บ่อย

- อาการที่เกิดจากโรคทางกาย เช่น โรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ หรือโรคหัวใจ
- อาการซึ่งเกิดจากการใช้สารเสพติด เช่น โคเคน คาเฟอีน และ แอมเฟตามีน

## การรักษา

1. ยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรกคือ ยากลุ่ม SSRIs โดยเริ่มจากยาในขนาดน้อยๆ ก่อนเพื่อลดอาการกระวนกระวาย หรืออาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นผลข้างเคียงสำคัญที่พบในยากลุ่มนี้ เช่น
  - Fluoxetine ขนาด 20-40 mg/day
  - Sertraline ขนาด 50-100 mg/day
2. ยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรองคือ
  - a. ยากลุ่ม Tricyclic เป็นยาอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งใช้รักษาโรคนี้ได้ผลดี แต่ผลข้างเคียงสำคัญคือ ปากคอแห้ง ง่วง มีนงงศีรษะ ความดันต่ำ และท้องผูก ทำให้การใช้ยาในกลุ่มนี้ต้องเริ่มต้นในขนาดน้อยและค่อยๆ ปรับขนาดยาให้สูงขึ้นซ้ำๆ ส่วนใหญ่ใช้เวลา 8-12 สัปดาห์จึงจะได้ขนาดยาในการรักษาได้แก่
    - Amitriptyline 150-300 mg/day

- Imipramine 75-150 mg/day
  - Nortriptyline 75-150 mg/day
- b. ยากลุ่ม Benzodiazepine กลุ่มที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว (long half-life) เช่น diazepam หรือ lorazepam อาจใช้รักษาอาการกังวลล่วงหน้า (anticipatory anxiety) ในผู้ป่วยที่กังวลว่าอาการแพนิคจะเกิดขึ้น แต่ควรให้ในระยะเวลานั้นๆ และในขนาดต่ำๆ (2-4 มก/วัน สำหรับ diazepam และ 0.5-1 มก/วัน สำหรับ lorazepam) เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะพึ่งพิงยา (benzodiazepine dependence)
3. การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา
- การรักษาอื่นๆ เช่น การฝึกการหายใจ (breathing exercise) การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (relaxation training) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

## โรคกลัว (Phobia)

โดย รศ.นพ.เกียรติชัย งามทิพย์วัฒนา

โรคกลัว (Phobia) แยกออกเป็น Agoraphobia, Specific phobia, Social phobia เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความกลัวที่รุนแรงเกินกว่าเหตุ และไม่สมเหตุสมผล เกิดขึ้นซ้ำๆ โดยที่ผู้ป่วยทราบดีว่า ความกลัวดังกล่าวเป็นความกลัวที่มากเกินไปกว่าปกติ แต่ไม่สามารถระงับความกลัวนั้นได้ เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกตื่นตระหนก หรือวิตกกังวล และอาจมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ใจสั่น หายใจลำบาก วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ผู้ป่วยมักจะกังวลว่าอาการจะเกิดขึ้นในครั้งถัดไปเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์แบบเดิม ทำให้ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ (social phobia) สถานที่ (agoraphobia) หรือสิ่งกระตุ้น (specific phobia) ที่ทำให้เกิดอาการไม่สบายดังกล่าว

### แนวทางการวินิจฉัย

อาการ (symptom) ที่เป็นลักษณะเฉพาะ หรือ ที่พบบ่อย

มีอาการตื่นกลัวที่รุนแรงเกินกว่าเหตุ และไม่สมเหตุสมผล เกิดขึ้นซ้ำๆ โดยที่ผู้ป่วยทราบดีว่า ความกลัวดังกล่าวเป็นความกลัวที่มากเกินไปกว่าปกติ แต่ไม่สามารถระงับความกลัวนั้นได้ อาการจะเกิดขึ้นเฉียบพลัน เมื่อต้องเผชิญกับ

- 1) กิจกรรมทางสังคม (social phobia) โดยผู้ป่วยจะกลัวการถูกจับจ้องมอง กลัวว่าตนเองจะทำอะไรที่น่าอับอายในที่สาธารณะ เช่น การรับประทานอาหาร การพูดในที่ชุมชน การเขียนหนังสือต่อหน้าบุคคลอื่น การใช้ห้องน้ำสาธารณะ หรือการอยู่ในกิจกรรมทางสังคม
- 2) สถานที่ (agoraphobia) โดยผู้ป่วยจะกลัวสถานที่ที่มีคนอยู่หนาแน่น กลัวการเดินทาง กลัวที่คับแคบ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวคือ การกลัวว่าตนเองจะเป็นอะไรไปโดยไม่มีช่วยเหลือ
- 3) สิ่งกระตุ้นเฉพาะเจาะจง (specific phobia) ผู้ป่วยมีความกลัวอย่างรุนแรงเมื่อคาดว่าจะได้พบกับสิ่งนั้น โดยกลัวว่าจะได้รับอันตราย เช่น สัตว์ ความมืด ที่สูง เลือด ฯลฯ

อาการทางกายที่พบร่วมด้วย ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออกมาก มือสั่น หรือตัวสั่น หายใจเร็ว หายใจไม่อิ่ม เจ็บหรือแน่นหน้าอกคลื่นไส้หรือแน่นท้อง เวียนศีรษะหรือเป็นลม ชาหรือเจ็บตามผิวหนัง รู้สึกหนาวๆ ร้อนๆ derealization หรือ depersonalization อาการเหล่านี้เกิดขึ้นในขณะที่เผชิญกับสถานการณ์ หรือสิ่งกระตุ้น ในช่วงที่เกิดอาการ ผู้ป่วยจะพยายามออกจากสถานที่ หรือสถานการณ์นั้นๆ โดยหวังว่าจะช่วยให้อาการดีขึ้น หรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น อาการที่เกิดขึ้นมักจะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ อาการจะหายไปเมื่อออกจากสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือสิ่งกระตุ้น

อาการแสดง (sign) ที่เป็นลักษณะเฉพาะ หรือที่พบบ่อย

การตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติที่อธิบายอาการที่เกิดขึ้น อาการแพนิคและอาการกังวลอย่างรุนแรง จะเกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นหรือสถานการณ์เฉพาะ และอาการจะดีขึ้นเป็นปกติเมื่อออกจากสถานการณ์นั้น

## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ/จำเพาะสำหรับการวินิจฉัย

ไม่พบความผิดปกติที่อธิบายอาการของผู้ป่วย

## การวินิจฉัยแยกโรคที่พบได้บ่อย

อาการที่เกิดจากโรคทางกายที่มีลักษณะเฉียบพลัน เช่น โรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ หรือโรคหัวใจ หรืออาการซึ่งเกิดจากการใช้สารเสพติด เช่น โคเคน คาเฟอีน และ แอมเฟตามีน

## **การรักษา**

โรคในกลุ่มนี้ วิธีการรักษาที่เหมาะสม คือ การรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด โดยการใช้เทคนิคเผชิญกับสิ่งที่ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง (exposure technique) ซึ่งอาจเป็นการเผชิญหน้าแบบค่อยเป็น ค่อยไป (graded exposure หรือ systematic desensitization) หรือเผชิญหน้ากับสิ่งที่กลัวโดยตรง (flooding exposure)

### 4. ยาที่ควรเลือกใช้เป็นลำดับแรก คือ

#### 4.1 ยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRIs เช่น

- Fluoxetine 10-20 mg/day
- Sertraline 50-100 mg/day

#### 4.2 ยาในกลุ่ม tricyclic ได้แก่

- Amitriptyline 75-150 mg/day
- Imipramine 25-50 mg/day
- Nortriptyline 25-50 mg/day

### 5. ยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรองคือยากกลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ยา lorazepam, diazepam เป็นยาอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งใช้รักษาอาการกังวลล่วงหน้า (anticipatory anxiety) ได้ผลดี ควรใช้ในขนาดน้อยๆ โดยทั่วไปควรให้ในช่วงเวลาสั้น ไม่เกิน 2-6 สัปดาห์ เช่น

- Diazepam 2-4 mg/day
- Lorazepam 0.5-2 mg/day

### 6. การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (breathing exercise) จะช่วยให้ผู้ป่วยกังวลน้อยลง การสร้างสถานการณ์สมมุติ การฝึกฝน หรือการทำ role play จะช่วยผู้ป่วยกลุ่ม social phobia ให้มีความมั่นใจมากขึ้น

# โรคจิตเภท

## SCHIZOPHRENIA

โดย นพ.อุกฤษฏ์ พงศ์ศรีเพียร

เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

### แนวทางการวินิจฉัยโรค

มีดังต่อไปนี้

ก. ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง โดยมีอาการเป็นเวลานาน 1 เดือน (ระยะเวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา)

1. อาการหลงผิด
2. อาการประสาทหลอน
3. มีความผิดปกติของรูปแบบคำพูด เช่น พูดไม่ปะติดปะต่อ (incoherence)
4. มีพฤติกรรมวุ่นวายหรืออาการ catatonia
5. มีอาการทางด้านลบ

หมายเหตุ ถ้าอาการหลงผิดมีลักษณะแปลกประหลาด เช่น เชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง หรือมีอาการหูแว่วเป็นเสียงคนวิจารณ์ผู้ป่วยหรือเสียงคน 2 คน หรือมากกว่าพูดคุยกัน มีอาการเพียงอย่างเดียวก็พอ

- ข. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตัวเอง
- ค. ผู้ป่วยมีอาการไม่สบายติดต่อกันเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 6 เดือน (รวมเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในข้อ ก. กับอาการนี้)
- ง. ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น
- จ. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติดหรือโรคทางกาย

### การรักษา

การรักษาโรคจิตเภทที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1. การรักษาด้วยยา
2. การรักษาทางจิตใจและสังคม
3. การรักษาด้วยไฟฟ้า

#### 1. การรักษาด้วยยา

การให้ยารักษาโรคจิต (antipsychotics) เป็นการรักษาหลักที่จำเป็นสำหรับโรคนี้

ยารักษาโรคจิตอาจแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้

1.1 ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม เป็นยาที่ใช้มานาน มีราคาไม่แพง มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการทางบวกเด่นกว่ากลุ่มอาการทางลบ อาจแบ่งยาในกลุ่มนี้ออกเป็น

1.1.1 High Potency เช่น Haloperidol, Trifluoperazine

1.1.2 Low Potency เช่น Chlorpromazine, Thioridazine

1.2 ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Risperidone, Olanzapine, Quetiapine เป็นยาที่มีแนวโน้มการเกิดผลข้างเคียงแบบ EPS น้อยลง มีราคาสูงกว่ายาในกลุ่มดั้งเดิม

1.3 Clozapine ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ติดต่อการรักษาด้วยยาอื่น หรือผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงทางการเคลื่อนไหว (EPS) รุนแรงจากการใช้ยาโรคจิตชนิดอื่น

1.4 ยาอื่น ๆ ที่อาจต้องใช้ร่วมกันในการรักษา

- Trihexyphenidyl (Benzhexol) เพื่อลดผลข้างเคียงชนิด EPS
- Benzodiazepines เช่น Diazepam, Lorazepam เพื่อช่วยให้ผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล
- Antidepressants หรือ Mood stabilizers ในรายที่มีกลุ่มอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย

**วิธีให้ยา** การให้ยา antipsychotics ในโรคจิตเภทมีหลักการดังต่อไปนี้

### ก. รักษาอาการเฉียบพลัน

แก้ไขให้พฤติกรรมผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เป็นการป้องกันอันตราย ซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น อาจจำเป็นต้องใช้ยาขนาดสูงในระยะแรก

### ข. ให้ยาในระยะยาวเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ

มักใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดต่ำกว่าระยะเฉียบพลัน โดยให้ยาไปเป็นระยะเวลายาวนานหลายปีในขนาดที่เพียงพอต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

### ค. ยารักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว

ในผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ อาจใช้ยาชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่ออกฤทธิ์ยาว 2-4 สัปดาห์ เช่น Fluphenazine Decanoate, Haloperidol Decanoate

## 2. การรักษาทางจิตใจและสังคม

1. จิตบำบัดแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมให้กำลังใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการรักษาและรับประทานครบตามกำหนด แนะนำแนวทางแก่ผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจ และให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมดีขึ้น

2. ครอบครัวบำบัด
3. จิตบำบัดแบบกลุ่ม
4. การรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อม

## 3. การรักษาด้วยไฟฟ้า ชั่วบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้ามีดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมีอาการ catatonia รุนแรง เช่น ซึมเฉย ไม่พูด ไม่กินอาหารและยา หรือในรายที่มีอาการอะอะโวยวายก้าวร้าวมากๆ

2. มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ไม่ว่าจะมาจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน หรืออาการซึมเศร้าก็ตาม
3. รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือมีข้อจำกัดในการรักษาด้วยยา



# โรคหลงผิด

## DELUSIONAL DISORDER

โดย นพ.อุกฤษฏ์ พงศ์ศรีเพียร

เป็นโรคที่อาการหลงผิดเป็นอาการเด่น และเนื้อหาของความคิดหลงผิดนั้น จะไม่มีลักษณะแปลกประหลาดดังเช่นที่พบในโรคจิตเภท

### แนวทางการวินิจฉัย

- ก. มีอาการหลงผิดชนิดใดชนิดหนึ่งใน 5 ชนิดดังกล่าว ที่มีอาการนานอย่างน้อย 1 เดือน
- ข. ไม่มีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท แต่ถ้ามีอาการประสาทหลอน อาการนั้นจะมีความสัมพันธ์กับความคิดหลงผิด และไม่เป็นอาการเด่นชัด
- ค. นอกเหนือไปจากความคิดหลงผิดหรือผลที่เกิดตามมาแล้ว ประสิทธิภาพไม่ได้เสียไปอย่างมาก และพฤติกรรมไม่ได้แปลกประหลาดจนเห็นได้ชัดเจน
- ง. ในกรณีที่มีความผิดปกติของอารมณ์ร่วมด้วย ระยะเวลาที่มีอาการจะต้องสั้นเมื่อเทียบกับระยะเวลาที่มีอาการหลงผิด
- จ. อาการไม่ได้เกิดจากสารเสพติด ยารักษาโรคหรือโรคทางกาย

### การรักษา

1. จิตบำบัด แบบประคับประคอง ร่วมกับอธิบายให้ญาติเข้าใจว่าอาการหลงผิดเป็นอาการทางจิต ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและขาดความรู้สึกมั่นใจ
2. การรักษาด้วยยา ให้ยา antipsychotics เช่น haloperidol หรือ risperidone รับประทานในระยะยาว

## โรคจิตเฉียบพลัน

### Acute & Transient Psychotic disorder

โดย นพ.อุกฤษฏ์ พงศ์ศรีเพียร

เป็นโรคจิตที่มีอาการเฉียบพลัน ไม่เกิน 1 เดือน และผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ

#### แนวทางการวินิจฉัย มีดังต่อไปนี้

ก. ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อย่าง

1. อาการหลงผิด
2. ประสาทหลอน
3. มีความผิดปกติของรูปแบบคำพูด เช่น พูดไม่ปะติดปะต่อ (incoherence)
4. พฤติกรรมวุ่นวายหรืออาการ catatonia

ข. มีอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 1 วัน และน้อยกว่า 1 เดือน และผู้ป่วยหายเป็นปกติ

ค. ไม่มีโรคทางกาย พิษจากยา หรือสารเสพติดเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

#### การรักษา

1. จัดบำบัดแบบประคับประคอง ร่วมกับการแก้ไขภาวะวิกฤตหรือความเครียด
2. ให้ยารักษาโรคจิต เช่น haloperidol หรือ risperidone เพื่อรักษาอาการทางจิต โดยมากเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว ค่อยๆลดยาลงและหยุดยาได้ภายในไม่กี่เดือน

## Organic psychotic disorders

โดย นพ.อุกฤษฏ์ พงศ์ศรีเพียร

มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมหรือความคิดสับสนไม่เป็นเรื่องราว เนื่องจากโรคทางกาย โรคทางสมอง ยา สารเสพติดหรือสารที่ไปมีฤทธิ์ต่อจิตประสาท

### แนวทางการวินิจฉัย

1. มีอาการหลงผิด (delusion)
2. มีอาการประสาทหลอน (hallucination)
3. คำพูด หรือพฤติกรรมสับสนไม่เป็นเรื่องราว (disorganized)
4. ระดับสติสัมปชัญญะยังดีอยู่ (conscious)
5. อาการในข้อ 1-3 อาจปรากฏเพียงบางอย่าง หรือมีเพียงบางอาการก็ได้
6. อาการทางจิตในข้อ 1-3 มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย ยา สารเสพติด หรือสารที่มีฤทธิ์ต่อการทำงานของสมอง

### การรักษา

1. กำจัดสาเหตุ ได้แก่ การรักษาโรคทางกายที่เป็นสาเหตุ หยุดยาหรือสารที่เป็นสาเหตุ
  2. การใช้ยารักษาโรคจิต (Antipsychotics)
    - มักจะใช้เท่าที่จำเป็น เมื่อสาเหตุได้รับการแก้ไขและอาการดีขึ้นควรค่อยๆลดยาลงและหยุดยา
    - ขนาดยาที่ใช้มักจะอยู่ในช่วงขนาดต่ำถึงปานกลาง เช่น  
Haloperidol 2-10 mg/day
    - ผู้ป่วยสูงอายุ หรือมีสภาพร่างกายอ่อนแอมากอาจเริ่มจากขนาดต่ำกว่าปกติ เช่น Haloperidol 0.5-2 mg/day
- และเฝ้าระวังผลข้างเคียงด้านการเคลื่อนไหว (Extrapyramidal side effects –EPS) เป็นพิเศษ ในผู้ป่วยที่มี EPS ได้ง่ายมากอาจจำเป็นต้องให้ Clozapine เช่นผู้ป่วยโรค Parkinson's disease
- ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับยาระยะยาวถ้ามีอาการเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองรุนแรงมีการทำลายเนื้อสมอง ผู้ป่วยลมชัก เป็นต้น

# โรคซึมเศร้า

โดย พญ.ทัตกมล พรหมมา

อารมณ์ซึมเศร้าหรือรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมดเป็นอาการที่สำคัญของโรคนี้ ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า  
อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ สมาธิลดลง พบอาการวิตกกังวลได้ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยซึมเศร้า อาจจะมีความคิดอยาก  
ตาย ไปจนถึงการลงมือฆ่าตัวตายในที่สุด ผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้า 1 episode

**แนวทางการวินิจฉัย** depressive episode

A: ครอบคลุมอาการวินิจฉัยของ depressive episode คือ

1. มีอาการซึมเศร้ามาไม่ต่ำกว่า 2 อาทิตย์
2. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากยา หรืออาการทางสมอง

B: มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ สำหรับ mild และ moderate episode และมีครบ 3 ข้อสำหรับ severe episode

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าเกือบทั้งวัน และเป็นเกือบทุกวัน มีอาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์
2. ความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลง
3. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

C: มีอาการอื่นเพิ่มเติม อย่างน้อย 4 ข้อ สำหรับ mild episode มีอย่างน้อย 6 ข้อสำหรับ moderate episode และมีอาการครบทุกข้อสำหรับ severe episode

1. รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า ความมั่นใจในตัวเองลดลง
2. รู้สึกผิด หรือตำหนิตนเองอย่างไม่มีเหตุผล
3. คิดเรื่องการตาย, การฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย
4. สมาธิลดลง ลังเลใจ
5. Psychomotor agitation หรือ retardation
6. นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ
7. เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือกินจุ น้ำหนักเพิ่ม

ในกรณีที่อาการรุนแรงขึ้นอาจมีอาการโรคจิต (psychosis) ร่วมด้วย

โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ (Recurrent depressive disorder) ผู้ป่วยจะมี depressive episode ซ้ำ โดยไม่มี  
ประวัติของ mania ระยะเวลาตั้งแต่ 2-3 สัปดาห์จนถึงหลายเดือน อาการครั้งแรก อาจเกิดขึ้นได้ ตั้งแต่วัยเด็ก  
จนถึงสูงอายุ การเริ่มต้นของโรคอาจเริ่มแบบเฉียบพลันหรือค่อยเป็นค่อยไป

## การรักษา

1. การรักษาด้วยยา: ยารักษาโรคซึมเศร้าที่นิยมใช้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่

1.1 ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) เป็นยาขนานแรกที่เราใช้ในการรักษา  
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่

Fluoxetine ขนาด 20 – 80 mg/day

Sertraline ขนาด 50 – 200 mg/day

### 1.2 ยากลุ่ม Tricyclic antidepressants ได้แก่

Nortriptyline ขนาด 50 – 150 mg/day

Amitriptyline ขนาด 75 – 300 mg/day

Clomipramine ขนาด 75 – 250 mg/day

Imipramine ขนาด 75 – 300 mg/day

### 1.3 ยากลุ่ม Tetracyclic antidepressants ได้แก่

Mianserin ขนาด 30 – 90 mg/day

1.4 ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย การรักษาต้องให้ยารักษาโรคจิตควบคู่กันไป โดยทั่วไปขนาดไม่สูงเท่าที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นแล้ว จึงลดยาลงช้าๆ จนหยุดยา

**การรักษาระยะต่อเนื่อง** หลังจากผู้ป่วยหายแล้ว จะให้ยารักษาโรคซึมเศร้าต่ออีกอย่างน้อย 6 เดือน หรือเท่ากับระยะเวลาของ episode ก่อนนี้ขึ้นอยู่กว่าอันไหนมากกว่ากัน โดยให้ยาในขนาดเดียวกับที่ผู้ป่วยได้รับในช่วง acute treatment เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือเพื่อลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ พบว่าหากหยุดการรักษา ก่อน ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก

**การป้องกันระยะยาว** เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการเกิด recurrence ซึ่งควรพิจารณาให้การป้องกันระยะยาวในกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)

ปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ 1) ยังมี depressive symptoms เหลืออยู่ 2) มีประวัติ major depressive episode หลายครั้ง 3) มีอาการรุนแรง psychosis พยายามฆ่าตัวตาย 4) เริ่มเป็นขณะอายุน้อย 5) มีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคทางอารมณ์ร่วมด้วย 6) มีโรคทางกายเรื้อรัง 7) มีประวัติโรคจิตเวช โดยเฉพาะ mood disorder ในครอบครัว 8) มี psychosocial stressors อย่างต่อเนื่อง 9) มีวิถีคิดในแง่ลบ 10) มีปัญหาด้านการนอนอย่างต่อเนื่อง

เวลาในการให้ยาในระยะป้องกันนั้นแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับปัจจัยเสี่ยง โดยทั่วไปมักให้ยาเพื่อป้องกันอย่างน้อย 2 ปี หลังจากผ่านระยะต่อเนื่อง แต่ในบางรายที่อาการรุนแรง และมีอาการกลับเป็นซ้ำบ่อย อาจจะต้องให้ยาป้องกันตลอดชีวิต

2. การรักษาด้วยจิตบำบัด

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า

# Dysthymia

โดย พญ.ทัตกมล พรหมมา

อาการต่างๆ คล้ายกับในโรคซึมเศร้าแต่ความรุนแรงน้อยกว่า และมักเป็นเรื้อรัง โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นลักษณะเด่น รู้สึกท้อแท้ มองโลกในแง่ลบ มักเริ่มมีอาการตั้งแต่วัยเด็กตอนปลาย หรือวัยรุ่น อาการเริ่มแบบค่อยเป็นค่อยไป

## แนวทางการวินิจฉัย

- ผู้ป่วยต้องมีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี สำหรับผู้ใหญ่ และ 1 ปีสำหรับเด็ก ระยะเวลาที่อารมณ์ปกติไม่นานกว่า 2 – 3 สัปดาห์ และต้องไม่มี hypomania
- อาการไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย recurrent mild depressive disorder
- ขณะที่ซึมเศร้าผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อ

- 1) อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง
- 2) นอนไม่หลับ
- 3) ขาดความมั่นใจในตนเอง
- 4) สมาธิไม่ดี
- 5) ร้องไห้บ่อยๆ
- 6) ความสนใจทางเพศและกิจกรรมอื่นๆ ลดลง
- 7) รู้สึกสิ้นหวัง
- 8) ทำให้หน้าที่ในชีวิตประจำวันบกพร่อง
- 9) มองอนาคตในแง่ร้าย หรือวิตกกังวลเรื่องอดีต
- 10) แยกตัวจากสังคม
- 11) พุดลดลง

**การรักษา:** เหมือนใน depressive episode และเน้นการรักษาด้วยจิตบำบัด

## Premenstrual dysphoric disorder

โดย พญ.ตัดกมล พรหมมา

เกิดขึ้นประมาณ 1 สัปดาห์ ก่อนมีประจำเดือน ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมาง่าย, หงุดหงิด, ปวดศีรษะ, วิตกกังวลและซีมีเศร้า มีอาการทางกายได้แก่ อาการบวม, น้ำหนักขึ้น, เจ็บเต้านม, syncope, paresthesias, นอนไม่หลับ, กินอาหารมากขึ้นหรือน้อยลงจากปกติ อาการจะดีขึ้นภายใน 2-3 วัน หลังประจำเดือนมา และเหลืออาการเล็กน้อย หรือหายไป 1 สัปดาห์หลังประจำเดือนมา

### แนวทางการวินิจฉัย

เป็นรูปแบบที่รุนแรงกว่าของ premenstrual syndrome ซึ่งมีอาการด้านอารมณ์เป็นลักษณะที่สำคัญที่สุด อาการด้านจิตใจของ premenstrual syndrome ได้แก่ มีความตึงเครียดที่ไม่สามารถอธิบายได้ อาการซีมีเศร้า ไม่เป็นมิตร

### การรักษาด้วยยา

- ยากลุ่ม SSRIs ได้แก่
  - Fluoxetine ขนาด 20 – 80 mg/day
  - Sertraline ขนาด 50 – 200 mg/day
- การรักษาด้วยจิตบำบัด

# โรค Bipolar disorder

โดย นายแพทย์สวัสดิวัฒน์ ถิ่นพั่งกา

ความผิดปกติของอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต โดยเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 ช่วงเวลาที่มีอารมณ์  
ฟุ้งพล่าน (mania) หรือ hypomania

## ลักษณะอาการ

มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ช่วงละสัปดาห์หรือเป็นหลายเดือน บางช่วงมีอาการซึมเศร้า (depressive episode) บางช่วงมีอาการฟุ้งพล่าน (manic episode) หรือ ทั้ง 2 อย่างพร้อมกัน (mixed episode) อาการส่งผลให้ส่วนอื่นของจิตใจและพฤติกรรมผิดปกติด้วย จนมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

## อาการฟุ้งพล่าน (mania)

คือ ลักษณะอารมณ์บวก เช่น ครึกครื้น รื่นเริง (elevated) อึกเหิม (expansive) หรือหงุดหงิด (irritable) จนมีผลกระทบต่อจิตใจและพฤติกรรม เช่น คิดว่าตนมีความสำคัญ ยิ่งใหญ่ (Grandiosity) ความคิดเร็ว (flight of idea, racing thought) ถูกหันเหด้วยสิ่งกระตุ้นง่าย (Distractibility) พูดเร็ว พูดมาก ความต้องการนอนน้อยลง อยากร่างานมากขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้นหรือบ่อยขึ้น เช่น พฤติกรรมทางเพศ, การขับรถ, การเล่นพนัน, การใช้สารเสพติด, การจับจ่ายใช้สอย

อาการซึมเศร้า มีลักษณะเช่นเดียวกับโรคซึมเศร้า (อ่านในโรคซึมเศร้า)

## แนวทางการวินิจฉัย

1. ในประวัติในการเจ็บป่วยทางอารมณ์

1.1. ผู้ป่วยต้องมีลักษณะครึกครื้น รื่นเริง (elevated) หรือ อึกเหิม (expansive) หรือหงุดหงิด (irritable) อย่างน้อย 1 อย่าง

1.2. อารมณ์ที่ผิดปกตินั้นต้องส่งผลกระทบต่อจิตใจและมีอาการดังต่อไปนี้

คิดว่าตนมีความสำคัญ ยิ่งใหญ่ (Grandiosity) ความคิดเร็ว (flight of idea, racing thought) ถูกหันเหด้วยสิ่งกระตุ้นง่าย (Distractibility) พูดเร็ว พูดมาก ความต้องการนอนน้อยลง อยากร่างานมากขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้นหรือบ่อยขึ้น เช่น พฤติกรรมทางเพศ, การขับรถ, การเล่นพนัน, การใช้สารเสพติด, การจับจ่ายใช้สอย

2. อาการเหล่านี้ต้องมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

3. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดภายใต้โรคจิตเวชอื่น เช่น Delirium Dementia Psychotic disorder

4. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากโรคทางกายหรือยา

## หลักการรักษาด้วยยา

- ให้อาหารอารมณ์คงที่ (mood stabilizer) ในทุกระยะของการรักษา

- วางแผนการรักษาเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเฉียบพลัน (acute phase)

2. ระยะต่อเนื่อง (continuation phase)

3. ระยะยาว หรือระยะป้องกัน (maintenance or prophylactic phase)



## 1. ระยะเฉียบพลัน

1.1 acute phase เลือกใช้ monotherapy mood stabilizer หรือ Combination mood Stabilizer กับ Antipsychotic

- mood Stabilizer ที่พบว่าได้ผลคือ Lithium (900 -1200 mg/day), Sodium Valproate (10-20 mg/kg/day), Carbamazepine (400–1600 mg/day)

- ยารักษาโรคจิตในบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่พบว่าได้ผลดี คือ Haloperidol, chlorpromazine, Risperidone โดยให้ยาขนาด 300 – 600 mg chlorpromazine equivalent dose

- Clonazepam หรือ lorazepam สามารถนำมาใช้เพื่อให้ลดอาการรบกวนวายได้

- ยาต้านเศร้าไม่ควรใช้ในการรักษา

(ใช้การรักษาในผู้ป่วยอาการบรรเทา (อาการลดลง <50%)

## 1.2 acute mixed state

Mood stabilizer ที่ควรเลือกใช้ตัวแรกคือ sodium Valproate หรือ Carbamazepine

## 1.3 acute bipolar depressions

Mood stabilizer ที่ควรเลือกใช้ตัวแรกคือ Lithium หรือ lamotrigine

## 2. ระยะต่อเนื่อง

เพื่อป้องกันการ Relapse ควรใช้ยาขนาดเดิมต่อไปจนพ้น Natural course (ประมาณ 3-5 เดือน) สามารถปรับลดยาที่ไม่มีข้อมูลว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาระยะยาวลงได้ โดยค่อยๆปรับขนาดยาลดลงไม่มากกว่าร้อยละ 25 ต่อสัปดาห์

## 3. ระยะยาว เพื่อป้องกัน Recurrence

- ยาที่ใช้ใน คือ mood stabilizer เช่น lithium, Sodium Valproate, Lamotrigine (กรณี depression)