

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติ กท.๐๓๐๓/๕๐๑..... ลงวันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นางสาววรรณพันธ์..... นามสกุล เตโชยกุล
ตำแหน่ง เกษีกรปฏิบัติการ..... สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน กลุ่มงานเกษีกรกรม
กอง..... โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน สำนัก/สำนักงานเขต..... การแพทย์
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม)/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ
หลักสูตร..... การฝึกอบรมระยะสั้นการบริหารทางเกษีกรเฉพาะทางสาขาจิตเวช
ระหว่างวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ จัดโดย โรงพยาบาลสวนปรุง
ณ..... โรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลต้นสังกัด เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๒๕,๐๐๐..... บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดหลักสูตร เป็นต้น

**พร้อมจัดทำอินโฟกราฟฟิกส์ที่ได้จากการอบรม และการนำมาปรับใช้กับหน่วยงาน จำนวน ๑ แผ่น (กระดาษ A๔)
เพื่อเผยแพร่เป็นรายบุคคล**

ลงชื่อ..... วรรณพันธ์..... ผู้รายงาน
(..... วรรณพันธ์ เตโชยกุล.....)

รายงานการศึกษา ผีกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาววรรณพัช เต๋ไชยกุล

อายุ ๒๘ ปี การศึกษา เกษศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เกษษกรรมคลินิก

๑.๒ ตำแหน่ง เกษษกรปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) บริบาลเกษษกรรมผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วย ณ ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร ผีกอบรมระยะสั้นการบริหารบาลเกษษกรรมเฉพาะทาง

สาขา จิตเวช

เพื่อ ศึกษา ผีกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๒๕,๐๐๐ บาท (สองหมื่นห้าพันบาท)

ระหว่างวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ สถานที่ โรงพยาบาลสวนปรุง

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรวิชาชีพเกษษกรรม (สาขาจิตเวช)

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา / ผีกอบรม / ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักงานการแพทย์

และกรุงเทพมหานคร

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผีกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะการบริหารบาลเกษษกรรม ด้านจิตเวช สามารถนำกลับมาใช้ในการพัฒนางาน
บริการของโรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

๒. เพื่อพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรให้มีความรู้ ความชำนาญ และสามารถให้บริการ
อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๒.๒ เนื้อหา

๑. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง มีลักษณะเป็น โรคเรื้อรัง และพบการกลับเป็นซ้ำ (recurrent) ได้บ่อย
มีกลุ่มอาการหลากหลาย ได้แก่

- อาการด้านบวก (positive symptoms) เช่น หลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination)
- อาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น พูดน้อย แยกตัวจากสังคม
- อาการด้านพุทธิปัญญา (cognitive symptoms) เช่น ความจำลดลง ความสามารถในการวางแผน
และการแก้ปัญหาบกพร่อง

นอกจาก...

นอกจากนี้ยังอาจพบอาการทางด้านอารมณ์ (affective symptoms) เช่น อารมณ์เศร้า วิตกกังวล เป้าหมาย การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ บรรเทาอาการต่างๆ ด้านของผู้ป่วยป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำของตัวโรค และให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตและทำงานในสังคมได้อย่างปกติ

พยาธิสรีรวิทยาและกลไกการเกิดโรคจิตเภท

- Dopaminergic hypothesis: ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของ Dopamine (DA) ที่ผิดปกติต่อการเกิดโรคจิตเภท โดยที่ DA มีการทำงานในสภาวะปกติผ่าน pathway
- Nigrostriatal tract มี DA หลังจาก substantia nigra ไปออกฤทธิ์กระตุ้นตัวรับ D₁ และ D₂ ที่ striatum มีผลช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การมี DA ที่ต่ำผิดปกติมีผลทำให้เกิด parkinsonism
- Mesolimbic tract มี DA หลังจาก ventral tegmental area (VTA) ไปกระตุ้นตัวรับ D₂ ที่ limbic system เช่น nucleus accumbens มีผลช่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม การมี DA ที่สูงผิดปกติมีผลทำให้เกิดอาการด้านบวกของโรคจิตเภท เช่น อาการหลงผิด และประสาทหลอน
- Mesocortical tract มี DA หลังจาก VTA ไปกระตุ้นตัวรับ D₁ ที่ prefrontal cortex มีผลช่วยควบคุมอารมณ์ และพุทธิปัญญา เช่น การเรียนรู้ และการวางแผน การมี DA ที่ต่ำผิดปกติมีผลทำให้เกิดอาการด้านลบของโรคจิตเภท เช่น ภาวะไร้อารมณ์ เฉยเมย แยกตัวจากสังคม และมีผลต่ออาการด้านพุทธิปัญญา เช่น ความจำลดลง ไม่สามารถวางแผนและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม
- Tuberoinfundibular tract มี DA หลังจาก hypothalamus ไปกระตุ้นตัวรับ D₂ ที่ pituitary gland มีผลควบคุมการหลั่งฮอร์โมน prolactin การมี DA ที่ต่ำผิดปกติส่งผลให้มีการหลั่ง prolactin มากขึ้น
- การทำงานของ DA ใน ๓ pathway คือ nigrostriatal, mesocortical และ tuberoinfundibular tract มีความสัมพันธ์กับระดับของ serotonin (5-HT) การมีระดับของ 5-HT ที่สูงจะมีผลไปกระตุ้นตัวรับ 5-HT_{2A} ที่ dopaminergic neuron ส่งผลให้มีการหลั่ง DA ลดลงใน ๓ pathway ดังกล่าว
- Glutamatergic hypothesis เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่าง glutamate กับการเกิดโรคจิตเภท ซึ่งปัจจุบันเชื่อว่าเกิดจากความบกพร่องของตัวรับของ glutamate ชนิด NMDA (NMDA receptor hypofunction) ส่งผลให้เกิดโรคจิตเภททั้งอาการด้านบวก อาการด้านลบ และอาการด้านพุทธิปัญญา

อาการแสดงและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Fifth Edition (DSM-๕) มีดังนี้

๑. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ ๒ อาการขึ้นไป นาน ๑ เดือน โดยต้องมีอาการในข้อ ๑ - ๓ อย่างน้อย ๑ อาการ
 - อาการหลงผิด
 - อาการประสาทหลอน
 - การพูดจาสับสน เนื่องจากไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นระบบได้ เช่น ตอบไม่ตรงคำถาม
 - พฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิมมากหรือมีพฤติกรรมแบบ catatonic
 - อาการด้านลบ เช่น หน้าตาเฉยเมย พูดน้อย แยกตัวจากสังคม

๒. ส่งผลกระทบ

๒. ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตในสังคม
๓. มีอาการโรคจิตต่อเนื่องกันนาน ๖ เดือนขึ้นไป โดยอย่างน้อยต้องมีช่วงที่มีอาการตรงตามเกณฑ์ข้อ A อย่างน้อย ๑ เดือน
๔. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือสารเสพติด

แนวทางการรักษาโรคจิตเภท

เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ บรรเทาอาการด้านบวกและอาการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วย ทั้งอาการด้านลบ อาการด้านพุทธิปัญญา และอาการด้านอารมณ์ ป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำของตัวโรค และให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตและทำงานในสังคมได้อย่างปกติการรักษาแบ่งออกเป็นการรักษาโดยไม่ใช้ยา (nonpharmacotherapy) เช่น การรักษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) และการรักษาโดยใช้ยา (pharmacotherapy)

การรักษาโดยใช้ยา (pharmacotherapy)

ยาหลักที่ใช้คือยาด้านโรคจิตเภท (antipsychotics) แบ่งได้เป็น ๒ กลุ่มหลัก

๑. ยาด้านโรคจิตเภตก่อนยุค (first generation antipsychotics) ออกฤทธิ์หลักโดยยับยั้งตัวรับ D₂ ที่สมองส่วน limbic system แบ่งประเภทตามความแรงของการยับยั้งตัวรับ D₂ ส่งผลให้ยาเหล่านี้มี อาการไม่พึงประสงค์ที่แตกต่างกันตามความแรงในการยับยั้งตัวรับแต่ละชนิด

- มีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ D₂ ที่แรง (high potency first generation antipsychotics) เช่น haloperidol และ fluphenazine
- มีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ D₂ ที่ต่ำ (low potency first generation antipsychotics) เช่น chlorpromazine และ thioridazine แต่มีผลยับยั้งตัวรับอื่นที่แรง ได้แก่ adrenergic- α ₁, histamine (H₁) และ muscarinic receptor
- มีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ D₂ ที่ปานกลาง (moderate potency first generation antipsychotics) เช่น perphenazine และ zuclopentixol

๒. ยาด้านโรคจิตเภตก่อนยุคใหม่ (second generation antipsychotics) ได้แก่ clozapine, risperidone, quetiapine, olanzapine, ziprasidone, aripiprazole และ paliperidone มีกลไกการออกฤทธิ์โดยยับยั้ง ตัว D₂ ที่สมองส่วน limbic system เช่นเดียวกับยาก่อนยุค อย่างไรก็ตาม ยาด้านโรคจิตเภตก่อนยุคใหม่ยังมีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับ α - HT_{2A} ส่งผลเพิ่มระดับ DA ที่สมองส่วน nigrostriatal, mesocortical และ tuberoinfundibular tract ทำให้ยาก่อนยุคใหม่มีข้อดีเหนือกว่ายาก่อนยุค คือลดความเสี่ยงในการเกิด extrapyramidal side effect (EPS), ลดอาการด้านลบและอาการด้านพุทธิปัญญา, และลดความเสี่ยงต่อการเกิด hyperprolactinemia ตามลำดับ

การรักษาโรคจิตเภทโดยใช้ยาแบ่งเป็น ๓ ระยะ

- ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ ลดอาการทางจิตของผู้ป่วย และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้ป่วยหรือผู้อื่น ใช้ระยะเวลาประมาณ ๒ - ๔ สัปดาห์ โดยทั่วไปยาด้านโรคจิตเภทชนิดแรกที่แนะนำ คือ ยาด้านโรคจิตเภตก่อนยุคใหม่ เนื่องจากสามารถบรรเทาอาการด้านบวกได้เช่นเดียวกับ ยาด้านโรคจิตเภตก่อนยุค แต่สามารถบรรเทาอาการด้านลบและอาการด้านพุทธิปัญญาได้ดีกว่า รวมถึงยาหลายชนิดมีความเสี่ยงต่อการเกิด EPS และ hyperprolactinemia ที่ลดลง

- ระยะคงสภาพ...

- ระยะคงสภาพ (stabilization phase) หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาลง ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป และป้องกันการกำเริบของโรค โดยใช้ยาต้านโรคจิตเภทในชนิดและขนาดยาเดิมต่อเนื่องอีก ๖ เดือน

- ระยะต่อเนื่อง (maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาลง หรือได้ remission แต่ยังคงจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก (first episode schizophrenia) ควรได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย ๑ - ๒ ปี

- ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (chronic schizophrenia) ควรได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย ๕ ปี

- ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการรุนแรง (severe schizophrenia) หรือเป็นผู้ป่วยที่ดื้อต่อการรักษา (treatment-resistant schizophrenia) ควรได้รับยาตลอดชีวิต

	CLZ	OLZ	QTP	ZPD	RPD	APZ	PLD	HAL	PPZ	CPZ
D ₂	+	++	+	+++	+++	++++ (PA)	+++	+++	+++	+++
5-HT _{1A}	+	+	++(norQTP)	++	+	+++	+	-	-	-
5-HT _{2A}	++	+++	++	++++	++++	++	++++	++	++	++
5-HT _{2C}	+++	+++	+	+++	++	++	++	-	+	+++
H ₁	++++	++++	+++	++	++	++	++	+	+++	++++
M ₁	+++	++	++(norQTP)	-	-	-	-	-	-	++
M ₃	++	++	++(norQTP)	-	-	-	-	-	-	++
α ₁	+++	++	+++	++	+++	++	+++	++	++	+++

++++ very strong binding affinity (K_i < 1), +++ strong binding affinity (K_i 1-10), ++ moderate binding affinity (K_i 10-100), + weak binding affinity (K_i 100-1,000), - not binding or negligible, PA = partial agonist, CLZ = clozapine, OLZ = olanzapine, QTP = quetiapine, norQTP = norquetiapine (active metabolite), ZPD = ziprasidone, RPD = risperidone, APZ = aripiprazole, PLD = paliperidone, HAL = haloperidol, PPZ = perphenazine, CPZ = chlorpromazine

ตารางที่ ๑ ความแรงของยาต้านโรคจิตเภทในการจับตัวรับชนิดต่าง ๆ

อาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านโรคจิตเภท

- อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความแรงของยาต้านโรคจิตเภทต่อการจับตัวรับชนิดต่างๆ ดังตาราง

ตารางที่ ๒...

Antipsychotics	sedation	EPS	anticholinergic	orthostatic	weight gain	dyslipidemia/ hyperglycemia	prolactin
First-generation antipsychotics (FGAs)							
Chlorpromazine	++++	++	+++	++++	++	+++	+++
Fluphenazine	+	++++	+	+	+	+	++++
Haloperidol	+	++++	+	+	+	+	++++
Perphenazine	++	++++	++	+	+	+	++++
Thioridazine	++++	++	++++	++++	++	+++	+++
Second-generation antipsychotics (SGAs)							
Clozapine	++++	±	++++	++++	++++	++++	+
Olanzapine	++	+	++	+	++++	++++	+
Quetiapine	++	±	+	++	++	++	+
Risperidone	+	++	+	++	++	+	++++
Ziprazidone	++	+	+	+	+	+	+
Aripiprazole	+	+	±	+	+	+	+
Paliperidone	+	++	+	++	++	++	++++

อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์: ± ไม่เกิด; + ต่ำ; ++ ปานกลาง; +++ ปานกลางถึงมาก; ++++ สูง; * limit data

ตารางที่ ๒ อาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านโรคจิตเภท

- อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบไม่บ่อย แต่รุนแรงถึงชีวิต ได้แก่ neuroleptic malignant syndrome (NMS), QTc interval prolongation (QTP)/Torsades de Pointes (TdP) และ agranulocytosis จาก clozapine

๒. โรคอารมณ์แปรปรวน ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) และโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder)

๒.๑ โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

พยาธิสรีรวิทยาและกลไกการเกิดโรคซึมเศร้า

- Monoamine - Deficiency Hypothesis: เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทกลุ่ม Monoamine ได้แก่ Dopamine (DA), Norepinephrine (NE) และ Serotonin (๕ - HT) ซึ่งอาการแสดงของผู้ป่วยสามารถแสดงออกของการขาดสมดุลสารสื่อประสาทต่างๆ และส่งผลต่อการเลือกกลุ่มยาให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย

- Dopamine (DA) เกี่ยวข้องกับ Motivation, Pleasure และ Reward system
- Norepinephrine (NE) เกี่ยวข้องกับ Alertness และ Energy
- Serotonin (๕-HT) เกี่ยวข้องกับ Obsessions และ Compulsion
- DA และ NE ร่วมกัน เกี่ยวข้องกับ Attention และ Interest
- NE และ ๕-HT ร่วมกัน เกี่ยวข้องกับ Anxiety
- Neurotrophic hypothesis: เกิดความผิดปกติของเซลล์สมองบริเวณ hippocampus

อาการ...

อาการแสดงและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

เกณฑ์การวินิจฉัย major depressive episode ตามเกณฑ์ของ DSM – ๕

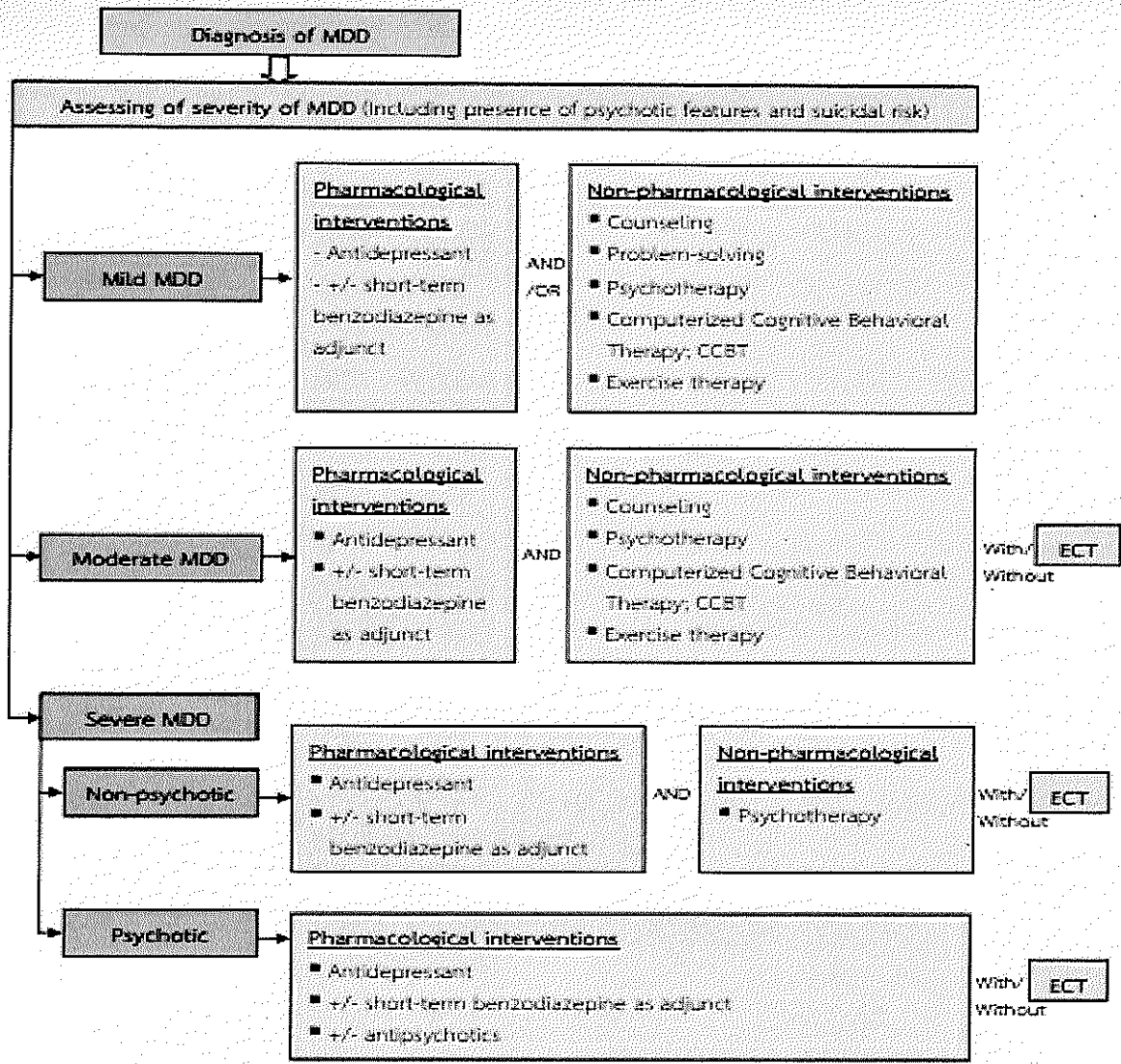
- A. มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย ๕ อาการร่วมกันนาน ๒ สัปดาห์และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ต่างไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อย ๑ ข้อของ (๑) อารมณ์ซึมเศร้า หรือ (๒) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข
๑. มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย(เช่น รู้สึกเศร้าหรือว่างเปล่า) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)
 ๒. ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)
 ๓. น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ ๕ ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน
 ๔. นอนไม่หลับ หรือหลับมากไปแทบทุกวัน
 ๕. psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่นมิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)
 ๖. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน
 ๗. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด)แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย) สมรรถภาพหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)
 ๘. คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน
- B. อาการก่อให้เกิดความทุกข์อย่างมาก หรือ ทำให้กิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านที่สำคัญต่าง ๆ บกพร่องไป
- C. อาการไม่ได้เป็นจากผลทางด้านสรีรวิทยาจากสาร หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางอื่น

แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า

จากแนวทาง CPG – MDD - GP แนะนำการรักษาตามความรุนแรงของโรคซึมเศร้าทั้งไม่ใช้ยา และใช้ยา ดังภาพ

แผนภาพ ๑...

Appendix 1 Summary Management of Major Depressive Disorder (MDD)¹



แผนภาพ ๑ แสดงสรุปการจัดการการรักษาซึมเศร้าของแนวทาง CPG-MDD-GP การรักษาโดยใช้ยา (pharmacotherapy)

- Antidepressant ที่ควรพิจารณา เป็น first line ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ Selective Serotonin Reuptake Inhibitors; SSRI
- ควรเริ่มการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า SSRI ในขนาดต่ำ โดยขนาดเริ่มต้นที่แนะนำคือ fluoxetine ๒๐ mg/day , sertraline ๕๐ mg./day หรือ paroxetine ๑๐mg/day
- ควรเริ่มให้ยา antidepressant ผู้ป่วย moderate to severe depression และหลังจากที่อาการทุเลา ในแต่ละ episode แล้วควรให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย ๖-๙ เดือน
- การยุติการรักษาด้วยยา หลังให้ antidepressant ถ้าคะแนนจากการประเมินด้วย ๙Q<๗ เป็นระยะเวลา ๖เดือนติดต่อกัน จะถือว่ามี full remission ให้ค่อยๆ ลดยาลงประมาณ ๒๕ - ๕๐% ทุกๆ ๒ สัปดาห์ ขณะลดยาควรประเมินด้วย ๙Q

ผู้ป่วย...

- ผู้ป่วยที่ได้รับ antidepressant ร่วมกันมากกว่าหนึ่งชนิดจะได้รับผลข้างเคียงจากยา มากกว่าการใช้ antidepressant เพียงชนิดเดียว และอาจจะทำให้เกิดภาวะพิษจากยา (toxicity)

- การ combine antidepressant กับ antidepressant กลุ่มอื่น ให้ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมี Treatment Resistant Depression (TRD) และควรมีการเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- ใช้ยากลุ่ม benzodiazepine เป็นยาเสริมร่วมกับ antidepressant ในระยะแรก กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลหรือนอนไม่หลับร่วมด้วย แต่ไม่ควรใช้ต่อเนื่องเกิน ๔ สัปดาห์

- ยากลุ่ม antipsychotics สามารถใช้ร่วมกับ antidepressant ในการรักษา ผู้ป่วย Major depressive disorder, severe with psychotic feature ได้ โดยใช้ต่อเนื่องจนกระทั่งมี full remission ของ psychotic symptoms แต่ควรใช้ในขนาดที่ต่ำกว่าการรักษา psychotic disorders คือ ยาให้ควรมีขนาดเทียบเคียง (equivalence dose) กับ haloperidol ๕ - ๑๐ mg/day

- SSRI มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ควรเริ่มการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้ากลุ่ม SSRI ในขนาดต่ำ และขนาดเริ่มต้นที่แนะนำคือ fluoxetine ๒๐ mg/day

- ควรเริ่มการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้า SSRI ในขนาดต่ำ ขนาดเริ่มต้นที่ แนะนำ คือ fluoxetine ๒๐ mg/day, sertraline ๕๐ mg./day หรือ paroxetine ๑๐mg/day และไม่แนะนำให้ใช้ ยารักษาซึมเศร้ากลุ่ม Tricyclic Antidepressant-TCA และ Mono Amine Oxidase Inhibitor - MAOI ในผู้ป่วยโรคตับทุกชนิด เนื่องจากมีผลข้างเคียงมากและอาจมีผลต่อ cognitive impairment

- การใช้ยา fluoxetine มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาโรคซึมเศร้าใน ผู้ป่วยเด็ก และวัยรุ่น ควรเริ่มการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้าในขนาดต่ำ และการให้ antidepressant ทุกชนิด ในการรักษาโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น ควรระวังเรื่องการเพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

- SSRI เป็น first line ในการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย ร่วมด้วย (co - morbid medical illness) ควรระวังการเกิด hyponatremia และ gastro - intestinal bleed และข้อแนะนำในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุคือ “เริ่มด้วยขนาดต่ำ ปรับยาขึ้นอย่างช้า ๆ คงการรักษาให้นาน กว่าปกติ” และควรพิจารณาถึงผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดก่อนทุกครั้ง

- การให้ยากลุ่ม SSRI ในหญิงตั้งครรภ์มีความปลอดภัยกว่ายากลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) แต่บางรายอาจมีความเสี่ยงต่อทารกคลอดก่อนกำหนด และการเกิด SSRI withdrawal syndrome ในไตรมาสที่สาม

อาการไม่พึงประสงค์ของยาด้านโรคซึมเศร้า

อาการไม่พึงประสงค์สัมพันธ์กับการจับกับตัวรับ ดังนี้

- SSRIs:

- กระตุ้น ๕-HT_{2A} → นอนไม่หลับ, ปัญหาทางเพศเสื่อมลง และรู้สึกกระวนกระวาย

- กระตุ้น ๕-HT₃ → คลื่นไส้อาเจียน

- SNRIs:

- กระตุ้น ๕-HT เหมือนกลุ่มยา SSRIs

- เพิ่มขึ้นของ NE → เพิ่มความดันโลหิต, เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และเหงื่อออก

- TCAs: ...

- TCAs:

- ยับยั้งตัวรับ alpha-๑ → ความดันต่ำขนาดเปลี่ยนท่าทาง
- ยับยั้งตัวรับ muscarinic → เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของ anticholinergic ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก เป็นต้น
- ยับยั้งตัวรับ H๑ → น้ำหนักเพิ่ม และง่วงนอน

11, level1b

■ Suggested antidepressant dosages and adverse effects

Antidepressant	Starting dose (mg/day)	Usual dose range (mg/day)	Adverse effects ที่สำคัญ
Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)			
1. fluoxetine (fulox® prozac®)	10-20	20-40	nausea, vomiting, dyspepsia, abdominal pain, diarrhea, rash,
2. sertraline (zoloft®)	25-50	50-200	sweating, agitation, anxiety, headache,
3. fluvoxamine (faverin®)	50-100	100-200	insomnia, tremor, sexual dysfunction,
4. paroxetine (seroxat®)	10-20	20-40	hypo natremia, cutaneous bleeding disorder. Discontinuation symptoms อาจเกิดขึ้นได้ (except ยกเว้น fluoxetine)
5. escitalopram (lexapro®)	5-10	10-20	
Tricyclic Antidepressants (TCA)			
1. amitriptyline (tryptanot®)	25-75	75-200	sedation, often with hangover, postural hypotension, tachycardia/ arrhythmia,
2. imipramine (toflanil®)	25-75	75-200 (up-to 300 mg for IPD)	dry mouth, blurred vision, constipation, urinary retention
3. nortriptyline (nortilen®)	10-75	75-150	

SSRI และ TCA เป็นชนิดที่มีใช้ในประเทศไทย

ตารางที่ ๓ แสดงกลุ่มยารักษาซึมเศร้า ขนาดยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยา

๒.๒ โรควิตกกังวลสองขั้ว (Bipolar disorder)

พยาธิสรีรวิทยาและกลไกการเกิดโรควิตกกังวลสองขั้ว

เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ๒ แบบ คือ ภาวะมาเนีย และภาวะซึมเศร้า และความผิดปกติ

ดังกล่าวรบกวนการทำงาน จิตใจ และความสามารถด้านต่างๆ และมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพของสมอง

- Bipolar I disorder คือ มีอาการมาเนีย สลับกับช่วงซึมเศร้า หรืออาจมีอาการมาเนียเพียงอย่างเดียว
- Bipolar II disorder คือ มีอาการซึมเศร้า สลับกับช่วงไฮโปมาเนีย (hypomania)
- Cyclothymia คือ ความไม่คงที่ของอารมณ์ ซึ่งมีทั้งมาเนียและซึมเศร้าในระดับความรุนแรงไม่มาก

ซึ่งสาเหตุของโรคเกิดได้จากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท

อาการแสดงและเกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลสองขั้ว

เกณฑ์การวินิจฉัย Bipolar and Related Disorders ตามเกณฑ์ของ DSM - ๕

A. มีอาการเข้าเกณฑ์ของ manic episode อย่างน้อย ๑ ครั้ง (ตามเกณฑ์ในข้อ A - D ในการวินิจฉัย manic episode)

a. มีอารมณ์สนุกสนานรื่นเริงผิดปกติ หรือมีอาการหงุดหงิดโกรธง่ายผิดปกติอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับมีพลังเรียวแรงเพิ่มขึ้น เป็นเกือบทั้งวัน เกือบทุกวัน นานอย่างน้อย ๑ สัปดาห์ (หรือนานเท่าใดก็ได้หากจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล)

b. ในช่วงที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์นี้ ต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย ๓ อาการ (หรือ ๔ อาการ หากมีอาการเป็นแบบหุดหงิด) และอาการนี้รุนแรงอย่างมีความสำคัญและแตกต่างจากพฤติกรรมปกติ ได้แก่

๑. Self-esteem เพิ่มขึ้นมาก หรือมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (grandiosity)
๒. ความต้องการนอนลดลง
๓. พูดคุยมากกว่าปกติ หรือต้องการพูดอย่างไม่หยุด
๔. Flight of idea หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณคิดแล่นเร็ว
๕. วอกแวก (distractibility)
๖. มีกิจกรรมซึ่งมีจุดหมายเพิ่มขึ้นมาก
๗. หมกมุ่นอย่างมากกับกิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลิน แต่มีโอกาสสูงที่จะก่อให้เกิดความยุ่งยากติดตามมา

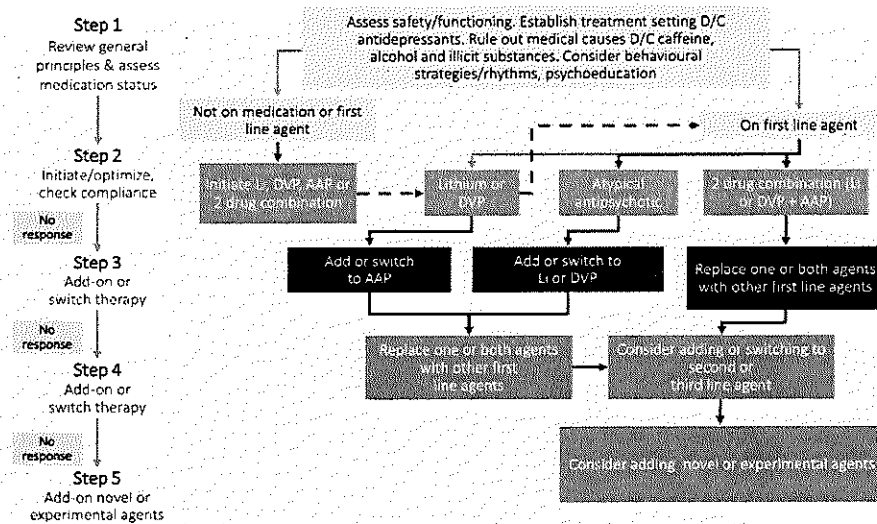
c. ความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นรุนแรงจนทำให้มีความบกพร่องอย่างมากในด้านการงาน หรือกิจกรรมทางสังคมตามปกติ หรือสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น หรือทำให้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการโรคจิต

d. อาการนี้ได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา หรือการรักษาอื่น) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

B. manic episode หรือ major depressive episode ไม่ใช่อาการของ schizoaffective disorder หรือ schizophrenia หรือ schizophreniform disorder หรือ delusional disorder หรือ โรคทางจิตอื่นๆ

แนวทางการรักษาอารมณ์สองขั้ว

จากแนวทาง CANMAT ตูการเริ่มยาจากอารมณ์ที่พบผู้ป่วยว่าเด่นด้านแมนีย หรือซึมเศร้า ดังแสดง



Yatham LN, et al. Bipolar Disord 2013;15(1):1-44

แผนภาพที่ ๒ แนวทางการรักษาของ CANMAT

การรักษาโดยใช้ยา (pharmacotherapy)

- สำหรับระยะ acute mania ยาที่แนะนำอันดับแรกได้แก่ Lithium, Quetiapine และ Sodium valproate ดังแสดงในตาราง

	Level of evidence by phase of treatment					Considerations for treatment selection				
	Maintenance					Acute		Maintenance		
	Acute mania	Prevention of any mood episode	Prevention of mania	Prevention of depression	Acute depression	Safety concerns	Tolerability concerns	Safety concerns	Tolerability concerns	Risk of depressive switch
First-line treatments: Monotherapies										
Lithium	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	+	+	-
Quetiapine	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	+	+	-
Divalproex	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	+	+	-
Aripiprazole	⊕	⊕	⊕	⊕	n.d.	-	+	+	+	-
Risperidone (1-6 mg)	⊕	⊕	⊕	n.d.	n.d.	-	+	+	+	-
Risperidone	⊕	⊕	⊕	n.d.	n.d.	-	+	+	+	-
Cariprazine	⊕	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	+	+	+	-
First-line treatments: Combination therapies										
Quetiapine + Li/DVP	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	+	+	-
Aripiprazole + Li/DVP	⊕	⊕	⊕	n.d.	n.d.	-	+	+	+	-
Risperidone + Li/DVP	⊕	⊕	⊕	n.d.	n.d.	-	+	+	+	-
Aripiprazole + Li/DVP	⊕	⊕	⊕	n.d.	n.d.	-	+	+	+	-
Second-line treatments: Combination therapies										
Olanzapine	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	+	+	-
Carbamazepine	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	+	+	-
Olanzapine + Li/DVP	⊕	⊕	⊕	⊕	n.d.	-	+	+	+	-
Lithium + DVP	⊕	⊕	⊕	n.d.	n.d.	-	+	+	+	-
Ziprasidone	⊕	⊕	⊕	n.d.	n.d.	-	+	+	+	-
Haloperidol	⊕	n.d.	⊕	⊕	n.d.	-	+	+	+	-
ECT	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	+	+	-

- สำหรับระยะ acute bipolar I depression ยาที่แนะนำอันดับแรกได้แก่ Quetiapine, Lithium และ Lamotrigine ดังแสดงในตาราง

	Level of evidence by phase of treatment					Considerations for treatment selection				
	Maintenance					Acute		Maintenance		
	Acute depression	Prevention of any mood episode	Prevention of depression	Prevention of mania	Acute mania	Safety concerns	Tolerability concerns	Safety concerns	Tolerability concerns	Risk of manic/hypomanic switch
First-line treatments										
Quetiapine	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	+	+	-
Lurasidone + Li/DVP	⊕	⊕	⊕	⊕	n.d.	-	+	+	+	-
Lithium	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	+	+	-
Lamotrigine	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	+	+	-
Lurasidone	⊕	⊕	⊕	⊕	n.d.	-	+	+	+	-
Lamotrigine (ad)	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	+	+	-
Second-line treatments										
Divalproex	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	+	+	-
SSRIs/bupropion (ad)	⊕	n.d.	⊕	n.d.	n.d.	-	+	+	+	-
ECT	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	+	+	-
Cariprazine	⊕	n.d.	n.d.	n.d.	⊕	-	+	+	+	-
Olanzapine-fluoxetine	⊕	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-	+	+	+	-

- สำหรับระยะ maintenance bipolar I depression ยาที่แนะนำอันดับแรกได้แก่ Lithium, Quetiapine, Sodium valproate และ Lamotrigine ดังแสดงในตาราง

อาการไม่พึงประสงค์ของยาด้านโรคซึมเศร้า

อาการไม่พึงประสงค์สัมพันธ์กับการจับกับตัวรับ ดังนี้

- Lithium:

- GI upset (N/V/D) → แนะนำการทานหลังอาหาร และแบ่งโดสในการให้ยาแต่ละมื้อ อาการจะดีขึ้นใน ๑-๒ สัปดาห์

	Level of evidence by phase of treatment					Considerations for treatment selection			
	Maintenance		Acute			Acute		Maintenance	
	Prevention of any mood episode	Prevention of depression	Prevention of mania	Depression	Mania	Safety concerns	Tolerability concerns	Safety concerns	Tolerability concerns
First-line treatments									
Lithium	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	+	+	++	++
Quetiapine	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	++	++
Divalproex	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	++	++
Lamotrigine	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	++	++
Aripiprazole	⊕	⊕	⊕	n.d.	⊕	-	+	++	++
Quetiapine + Li/DVP	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	++	++
Aripiprazole + Li/DVP	⊕	n.d.	⊕	⊕	⊕	-	+	++	++
Aripiprazole	⊕	n.d.	⊕	⊕	⊕	-	+	++	++
Aripiprazole QM	⊕	n.d.	⊕	n.d.	n.d.	-	+	++	++
Second-line treatments									
Olanzapine	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	+	+	++	++
Risperidone LAI	⊕	n.d.	⊕	n.d.	n.d.	-	+	++	++
Risperidone LAI (xip)	⊕	⊕	⊕	n.d.	n.d.	-	+	++	++
Carbamazepine	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	-	+	++	++
Paliperidone (1-6 mg)	⊕	n.d.	⊕	n.d.	n.d.	-	+	++	++
Lurasidone + Li/DVP	⊕	⊕	⊕	⊕	n.d.	+	+	++	++

- Tremor (อาการสั่นที่นิ้วมือ (Fine tremor)) → เวลาระดับยา peak level สูง แนะนำการแบ่งโดสยาในการให้แต่ละมื้อ หากมีอาการมากสามารถให้ยาบรรเทาอาการ เช่น propranolol หรือ Benzodiazepine อาการจะดีขึ้นใน ๑ - ๒ สัปดาห์

- Neurologic (parkinsonism, ataxia, seizures) → หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วย parkinson's หรือ ผู้ป่วยลมชัก เป็นต้น

- Renal (ปัสสาวะบ่อย) → อาการดีขึ้นหากลดขนาดยา

- Hypothyroid → การลดลงของฮอร์โมนไทรอยด์ TSH เพิ่มสูงขึ้น สามารถ reversible ได้

- Cardiac (Arrhythmia) → แนะนำการหยุดยา

- Dermatologic (Acne, Psoriasis) → ใช้การรักษาทายา

- น้ำหนักเพิ่ม → ควบคุมการรับประทานอาหาร และออกกำลังกาย

- Hematologic (Lrukocytosis) → แนะนำการหยุดยา

- Mild toxicity ระดับยา ๑.๐-๑.๕ mEq/L → Tremor, Slurred speech, Lethargy, Nausea, Musle weakness, Poor concentration

- Moderate toxicity ระดับยา ๑.๖-๒.๕ mEq/L → Above symptoms but more severe confusion, Drowsiness

- Severe toxicity ระดับยา >๒.๕ mEq/L → Decrease confusion, Delirium, Ataxia, Seizure, Decrease renal function, Death

- ยา/พฤติกรรม/โรคที่เพิ่มระดับ lithium ได้แก่ NSAIDs, Thiazide diuretics, ACEIs/ARBs, การทานเกลือลดลง และการกรองของไตลดลง

- ยา/พฤติกรรม/โรคที่ลดระดับ lithium ได้แก่ ยากลุ่ม Methylxanthines (theophylline/caffeine) ปัสสาวะเป็นด่าง และกินโซเดียมมากเกินไป

- Valproate:

- GI upset (N/V/D) → การปรับรูปแบบ sustain release สามารถลดอาการได้

- Sedative → การใช้ต่อเนื่องสามารถทนต่อยาได้

- Tremoe (Intention tremor) → หากเป็นมากสามารถใช้ propranolol

- Thrombocytopenia

- Hyperamonemia...

- Hyperammonemia
- Fatal hepatotoxicity
- PCOS
- น้ำหนักเพิ่ม
- Lamotrigine:
- การเกิดผื่น (SJS) → ค่อยๆเพิ่มขนาดยา และเฝ้าติดตามอาการผื่นแพ้เมื่อมีการเพิ่มยาทุกครั้ง

๓. โรควิตกกังวล (Anxiety Disorder)

พยาธิสรีรวิทยาและกลไกการเกิดโรควิตกกังวล

การเกิดความกังวลโดยไม่ทราบสาเหตุ มีอาการอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่ทำให้กังวลกลัวที่มากเกินไป ปกติ มีความรุนแรงมาก และเป็นระยะเวลาชานานรบกวนชีวิตประจำวัน ร่วมกับอาการทางกาย เช่น ท้องเสีย เวียนศีรษะ ใจสั่น มือสั่น เป็นต้น เกิดได้จากความผิดปกติของสารสื่อสมอง เช่น Dopamine, Serotonin, Norepinephrine และ GABA รวมถึงประสบการณ์/สิ่งแวดล้อมในชีวิต (Behavioral Theories) โดยโรควิตกกังวลแบ่งเป็น

- Panic disorder

- การวินิจฉัยตาม DSM-๕ และอาการแสดง:

- A. มี panic attack เกิดขึ้นโดยที่ทำนายไม่ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ มีอาการกลัวหรือไม่สบายอย่างมาก อาการสูงสุดภายใน ๒-๓ นาที ร่วมกับมีอาการทางกาย ๔ อาการขึ้นไป (ใจสั่น/เร็ว/แรง, เหงื่อแตก, ตัวสั่น, หายใจไม่อิ่ม, รู้สึกอึดอัด, เจ็บแน่นหน้าอก, คลื่นไส้/ท้องไส้ปั่นป่วน, รู้สึกวิงเวียน, รู้สึกชา, รู้สึกหนาว/ร้อน, กลัวตัวเองเป็นบ้า, กลัวว่ากำลังจะตาย)

- B. หลังจากอาการ panic attack แล้วอย่างน้อย ๑ เดือนตามด้วยอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ กังวลว่าอาการจะเกิดขึ้นอีกกลัวควบคุมตัวเองไม่ได้กลัวจะเป็นบ้า หรือพฤติกรรมเปลี่ยนไปหลังจากมีอาการ ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิด panic attack

- การรักษา: Cognitive behavioral Therapy และ Pharmacotherapy

- Acute phase: รักษา ๔ - ๑๒ อาทิตย์ การใช้ยาแนะนำอันดับที่ ๑ ตามแนวทาง CANMAT ได้แก่ SSRIs (Escitalopram, Fluoxetine, Sertraline เป็นต้น), Venlafaxine XR กรณีมี Breakthrough แนะนำการใช้ Alprazolam ซึ่งเป็น Short - acting benzodiazepine

- Maintenance phase: รักษาอย่างน้อย ๑ ปี

- Generalized anxiety disorder

- การวินิจฉัยตาม DSM-๕ และอาการแสดง:

- A. วิตกกังวลมากเกินไปเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเป็นเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน

- B. รู้สึกว่ามีความยากลำบากที่จะควบคุมความวิตกกังวล

- C. มีอาการแสดงอย่างน้อย ๓ ข้อ (กระสับกระส่าย, อ่อนเพลียง่าย, ตั้งสมาธิ, หงุดหงิด, กล้ามเนื้อตึงตัว, มีปัญหาการนอน)

- D. รบกวน...

- D. รบกวนการดำเนินชีวิต
- การรักษา: Cognitive behavioral Therapy และ Pharmacotherapy
- Acute phase: รักษา ๔-๖ อาทิตย์ การใช้ยาแนะนำอันดับที่ ๑ ตามแนวทาง CANMAT ได้แก่ SSRIs (Escitalopram, Sertraline เป็นต้น) Venlafaxine XR, Agomelatine
- Maintenance phase: รักษาอย่างน้อย ๑ - ๒ ปี
- Specific Phobias
 - การวินิจฉัยตาม DSM - ๕ และอาการแสดง:
 - A. มีความกลัวหรือวิตกกังวลอย่างมากเกี่ยวกับวัตถุหรือสถานการณ์บางอย่าง
 - B. การเผชิญวัตถุหรือสถานการณ์กระตุ้นให้เกิดความกลัวหรือวิตกกังวลอย่างทันทีทันใดในเกือบทุกครั้ง
 - C. มีการหลีกเลี่ยงวัตถุหรือสถานการณ์ที่ทำให้กลัว
 - D. ความกลัวหรือวิตกกังวลมากเกินไปเป็นส่วนที่ไม่เหมาะสมกับอันตรายของสิ่งนั้นๆ
 - E. ความกลัว ความวิตกกังวล หรือการหลีกเลี่ยงคงอยู่ต่อเนื่อง อย่างน้อย ๖ เดือนขึ้นไป
 - F. รบกวนชีวิตประจำวัน
 - การรักษา: Systematic desensitization, Flooding, Modeling และ Pharmacotherapy
 - Acute phase: รักษา ๔ - ๑๒ อาทิตย์ การใช้ยาแนะนำอันดับที่ ๑ ตามแนวทาง CANMAT ได้แก่ SSRIs (Escitalopram, Sertraline เป็นต้น) Venlafaxine XR, Pregabalin
 - Maintenance phase: รักษาอย่างน้อย ๑-๒ ปี
- Obsessive - Compulsive Disorder
 - การวินิจฉัยตาม DSM - ๕ และอาการแสดง:
 - A. อาการของ OCD ได้แก่ อาการย้ำคิด (obsessions) หรือย้ำทำ(compulsions) หรือทั้งสองอย่าง
 - B. obsessions หรือ compulsions ทำให้เสียเวลา (ใช้เวลามากกว่าวันละ ๑ ชั่วโมง) หรือสร้างความทุกข์ทรมานหรือรบกวนชีวิตประจำวันของ ผู้ป่วย สังคม อาชีพ หรือfunctionที่สำคัญอื่นๆ
 - C. มีการหลีกเลี่ยงวัตถุหรือสถานการณ์ที่ทำให้กลัว
 - การรักษา: Cognitive behavioral therapy (Exposure and Response Prevention (ERP)) และ Pharmacotherapy
 - Acute phase: รักษา ๘ - ๑๒ อาทิตย์ การใช้ยาแนะนำอันดับที่ ๑ ตามแนวทาง CANMAT ได้แก่ SSRIs (Escitalopram, Sertraline เป็นต้น) และ Clomipramine (after ๒ SSRI trials)
****ต้องใช้ในขนาดที่สูง****
 - Maintenance phase: รักษาอย่างน้อย ๑ - ๒ ปี

๔. โรคนอนไม่หลับ...

๔. โรคนอนไม่หลับ (Insomnia disorder)

พยาธิสรีรวิทยาและกลไกการเกิดโรคนอนไม่หลับ

- แบบแผนการนอนของคนปกติ: ๔ - ๖ รอบต่อการนอน ๗๐ - ๑๒๐ นาที/รอบ การเข้าสู่ภาวะหลับไม่ควรเกิน ๓๐ นาทีหลังจากนอน (๗ - ๘ ชั่วโมง/วัน)

- Non-REM: ระยะนอนหลับลึก สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้อง GABA
- REM: ระยะฝัน และการจดจำ สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้อง Cholinergic, Serotonin และ Norepinephrine

- การวินิจฉัยตาม DSM-๕: มีอาการมากกว่า ๓ คืน/สัปดาห์ เป็นเวลาอย่างน้อย ๓ เดือน

- นอนหลับยาก หัวถึงหมอนใช้เวลาอนหลับมากกว่า ๓๐ นาที
- นอนหลับๆตื่นๆ
- ตื่นเช้ากว่าปกติ

แนวทางการรักษาโรคนอนไม่หลับ

- การปรับสุขภาวการณ์นอน

- เข้านอนเป็นเวลา
- ปรับห้องนอนให้เหมาะสมทั้ง สิ่งแวดล้อม อุณหภูมิ แสง
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด กาแฟ แอลกอฮอล์ ก่อนเข้านอน
- หลีกเลี่ยงการนอนกลางวัน
- หลีกเลี่ยงการดูนาฬิกา

- การใช้ยาเพื่อช่วยนอนหลับ

- มีอาการนอนไม่หลับรุนแรง และส่งผลต่อร่างกาย
- มีปัญหาสุขภาพ เช่น อาการทางจิตเวช หรือโรคทางกาย
- ต้องการบรรเทาอาการอย่างรวดเร็ว

- Antihistamines: Diphenhydramine, Hydroxyzine ใช้สำหรับอาการนอนไม่หลับ ระดับรุนแรงเล็กน้อย มีผลต่อการทนต่อยา ระวังในผู้สูงอายุ Anticholinergic side effects

- Antidepressants: แนะนำในคนไข้ที่มีฐานโรคซึมเศร้า อาการปวด หรือใช้สารเสพติด ในขนาดต่างๆ เช่น Amitriptyline, Trazodone, Mianserin/Mirtazapine ระวังอาการไม่พึงประสงค์ Amitriptyline (Anticholinergic), Trazodone (Orthostasis) และ Mianserin/Mirtazapine (Weight gain/Drowsiness)

- Melatonin receptor agonist: ปรับ cycle/onset การนอน จากการจับกับ MT₁ และ MT₂ melatonin receptors อาการข้างเคียงน้อย อาจพบ ปวดศีรษะ เวียนหัว และง่วงนอน เช่น Circadin (extended-release melatonin receptor agonist)

- Benzodiazepine: แนะนำการใช้ตาม onset และ duration ของยา เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับยาก → onset เร็ว แต่หากตื่นกลางดึกบ่อย → duration คมทั้งคืน อาการไม่พึงประสงค์ เช่น ติด/ทนต่อยา ความจำถดถอย ระวังการใช้ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ long-acting BZDs

๕. Special...

๕. Special population (การใช้ยาในกลุ่มประชากรพิเศษ)

๕.๑ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia): โรคเรื้อรังที่มีผลลด cognitive function ส่งผลต่อ ความจำ ความคิด อารมณ์ การเข้าสังคม ประเภทของภาวะสมองเสื้อมีดังนี้

- Alzheimer's disease พบมากถึง ๖๐-๗๐%
 - ประเภทอื่นๆ ได้แก่ Vascular dementia, Dementia with Lewy bodies (DLB), Parkinson's disease, Frontotemporal dementia และ Mixed dementia
- ยาที่ทำให้เกิด Pseudodementia (Delirium) ได้แก่ Anticholinergic drugs, Antihistamine, Sedative-hypnotic agents เป็นต้น
- การวินิจฉัยตาม DSM-๕: Alzheimer's disease → NCD → TMSE/MOCA
 - Insidious onset and gradual progression ≥ ๒ cognitive domains
 - Decline in memory and ≥ ๑ other cognitive domain (attention, executive function, language, motor, social) and steady progression in cognition and no evidence of other mixed etiology
 - แนวทางการรักษาด้วยยา:
 - Acetylcholinesterase inhibitors (AChEs): Donepezil, Galantamine และ Rivastigmine
 - Non-cholinesterase inhibitors: memantine: NMDA receptor antagonist
 - Other agents: Vitamin E, Gingko Biloba, Folic ± Vitamin B๑๒
 - การเริ่มยาใช้หลัก “Start low go slow” และค่อยๆโตขนาดยาเพื่อให้เกิดการทนต่อยาได้
 - การเริ่มยาตามความรุนแรงของโรคตามตาราง

	Donepezil	Galantamine	Rivastigmine	Memantine
Alzheimer's disease	ดี (Mild-Severe, donepezil IIA and rivastigmine IIB)			ดี (Moderate-Severe)
Vascular dementia and	ดี IA	พอใช้	ดี IA	ดี IIA
Parkinson's disease/ Dementia with Lewy bodies	Strong Recommend (rivastigmine IA)			Less benefit than AChEIs ข้อมูลไม่ชัดเจน
frontotemporal lobe (FTD)	ไม่ได้ผล ไม่ควรให้			ไม่ได้ผล ไม่ควรให้

BAP guideline, 2010
EFNS guideline, 2010
NICE guideline, 2006

ตารางที่ ๔ คำแนะนำการเริ่มยาในผู้ป่วยสมองเสื่อมตามชนิด และความรุนแรงของโรค

- อาการไม่พึงประสงค์ของยา ได้แก่
 - AChEs: Gastrointestinal upset, muscle spasm or weakness, urinary incontinence, dizziness, headache, bradycardia, syncope, EPS

๕.๒ ยาจิตเวชในผู้ป่วยตั้งครรภ์ และให้นมบุตร (Psychotropic Drugs in Pregnancy and Lactation)

- **หญิงตั้งครรภ์:**
 - มีการเปลี่ยนแปลงปริมาณไขมัน (Vd เพิ่มสูงขึ้น)
 - ความเข้มข้นของ albumin ในเลือดลดลง ทำให้ปริมาณ free form ของยาสูงขึ้นในยาที่มี high protein binding (>๘๐%) (เช่น Valproate เพิ่มระดับยาในเลือดสูงขึ้น)
 - มีการเพิ่มขึ้นของ CYP3A๔, CYP2D๖ และ CYP2C๙ แต่ลดลงของ CYP1A๒ และ CYP2C๑๙ ส่วน UGT1A๔ เพิ่มการทำงาน ๒๐๐-๓๐๐% (เช่น Lamotrigine ลดระดับยาในเลือด)
 - เพิ่มการขจัดที่ไตสูงขึ้น (เช่น Lithium เพิ่มการกำจัดมากขึ้น)
 - ยา
 - SSRIs: ไม่เป็น teratogenicity ยกเว้น Paroxetine
 - TCAs: ไม่แนะนำในหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์
 - Bupropion: เพิ่มความเสี่ยง ventricular septal defect during first trimester
 - Antipsychotic Drugs: ไม่เพิ่มความเสี่ยง teratogenicity ทั้ง FGAs และ SGAs ในไตรมาสแรก แต่เพิ่มความเสี่ยง gestational diabetes โดยเฉพาะ clozapine และ and olanzapine
 - Mood stabilizers: Valproate เป็น teratogenicity ทำให้เกิด Neural tube defects (neurotoxicity), Carbamazepine ทำให้เกิด spina bifida แนะนำการเสริม folic acid supplementation (๕ mg/day), Lithium ทำให้เกิด Ebstein's syndrome ระวังในไตรมาสแรก, Lamotrigine ค่อนข้างปลอดภัย แต่ระวังการใช้ในช่วงไตรมาสแรกเหมือนตัวอื่นๆ
 - Benzodiazepines: ไม่แนะนำการใช้ในหญิงตั้งครรภ์ perinatal toxicity (temperature dysregulation, apnea, depressed APGAR scores, hypotonia, and poor feeding) รวมถึงเกิด withdrawal syndrome
- **หญิงให้นมบุตร:**
 - ยาจิตเวชส่วนมากผ่านน้ำนม แนะนำการให้นมก่อนทานยา และติดตามอาการของทารก
 - ยา
 - SSRIs: Sertraline, paroxetine และ fluvoxamine เป็นยาอันดับแรกๆ ที่แนะนำ แนะนำการติดตามอาการทารก ได้แก่ กระจกกระส่ำกระส่าย ง่วงนอน คลื่นไส้
 - Antipsychotic Drugs: Risperidone and olanzapine (+/- quetiapine) เป็นยาอันดับแรกๆ ที่แนะนำ ไม่แนะนำ Clozapine เสี่ยงเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในทารก ได้แก่ ง่วงนอน และ agranulocytosis เนื่องจากยาผ่านน้ำนมมาก
 - Mood Stabilizers: Valproate และ carbamazepine เป็นยาอันดับแรกๆ ที่แนะนำ ระวังออกทางน้ำมน้อย ไม่แนะนำ Lithium เนื่องจากยาผ่านน้ำนมมาก
 - Benzodiazepines: ยาผ่านน้ำนมมาก ไม่แนะนำ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. พัฒนาระบบการทำงานในหอผู้ป่วย ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และคลินิกต่างๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน เช่น คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อสามารถประเมิน คัดกรอง การให้คำปรึกษา การรับยา และส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตอย่างมีมาตรฐาน

๒. พัฒนาแนวทางการให้การดูแลเรื่องยาด้วยทักษะการสื่อสารที่ดี เพื่อการบริหารผู้ป่วยโรคจิตเวชอย่างเหมาะสม และนำมาปรับใช้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเวช หรือผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลเรื่องยาได้อย่างถูกต้อง

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

๑. เกสเซอร์สามารถริเริ่มพัฒนาคุณภาพการบริการเกสเซอร์มจิตเวชในหน่วยงาน โดยมีความรับกับนโยบายด้านงานสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้ความรู้จากทฤษฎี ประสบการณ์ทางคลินิกและข้อมูลเชิงประจักษ์

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง ปัญหาความล่าช้าของการประสานงานเอกสารของโรงพยาบาลกับส่วนกลาง และเซ็นสัญญาอนุมัติการไปเรียนกระชั้นชิด ทำให้อาจเสี่ยงเกิดความล่าช้าในการเตรียมตัวการเดินทางไปเรียน

๓.๒ การพัฒนา เพิ่มการติดตามเอกสาร/การอนุมัติผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อให้ทราบถึงสถานะล่าสุดกระบวนการ และวางแผนในการจ่ายค่าเรียน การออกไปเสร็จ รวมถึงการเตรียมตัวของข้าราชการ

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ การพัฒนาวิชาการของบุคลากรทำให้บุคลากรสามารถทันข้อมูลวิชาการ และรู้จักของสาขาวิชามากขึ้น นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี และปลอดภัย

ลงชื่อ..... วระเพท หวังผู้รายงาน

นางสาววรรณพัทธ์ เตโชกุล

เกสเซอร์ปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา.....

นางสาววรรณพัทธ์ เตโชกุล | หัวหน้าส่วนราชการ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

ลงชื่อ..... (นายสุรินทร์ นัมคณิศรณ)หัวหน้าส่วนราชการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

PHARMACY (PSYCHIATRICS)

ภญ.วรรณพัชร เตโชยกุล
โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน



โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน มีวิสัยทัศน์ “เป็นเลิศด้านผู้สูงอายุ เทคโนโลยีนำสมัย สร้างสรรค์สิ่งใหม่ด้วยหัวใจ และบริการ” และพันธกิจมุ่งเน้นความเป็นเลิศการให้บริการสุขภาพองค์รวมอย่างมีคุณภาพด้านผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เกษัชกร ได้เข้าร่วมการให้บริบาลทางเภสัชกรรม เช่น การประสานรายการยา การให้ข้อมูลทางยาแก่ประชาชน และสหวิชาชีพ

จากข้อมูลเวชระเบียนและสถิติ ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2566 พบการวินิจฉัย ICD-10 บทที่ 5 (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม) 43.3% จะเห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะทางสุขภาพจิตร่วมมีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่ง

1 ผู้ป่วยจิตเวช

โรคจิตเวชถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง และส่งผลต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ลักษณะสำคัญของผู้ป่วยจิตเวช มักคิดว่าตนเองไม่ป่วย ทำให้ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา ยาจิตเวชมักมีอาการข้างเคียง ที่ต้องได้รับการประเมินจากเภสัชกร เพื่อหาสาเหตุสมดุลไปกับการลดการเสียโอกาสการใช้ยา และปัญหาญาติไม่เข้าใจโรคและยา

2 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคจิตเวชร่วม

ผู้ป่วยสูงอายุมักพบปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาได้มากขึ้น และผู้ป่วยสูงอายุมักมีปัญหาทางสุขภาพหลายด้าน ทำให้ได้รับยาหลายขนาน และผลกระทบจากการเป็นโรคทางจิตเวชและพฤติกรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางภาวะอารมณ์ การรู้คิด หรือการบกพร่องความจำ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาได้มาก

3 บทบาทเภสัชกรต่อผู้ป่วยจิตเวช

เภสัชกรผ่านหลักสูตรจิตเวช ได้พัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านยา สามารถให้การบริบาลทางเภสัชกรรมและการให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยจิตเวช และทีมสหวิชาชีพอย่างเต็มที่ รวมถึงการประเมินอาการทางจิตเวชและอาการไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญด้านยาที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความปลอดภัยสูงสุด

นำไปปรับปรุงงานบริบาลเภสัช

1. พัฒนาระบบการทำงานในโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน
 - หอผู้ป่วย
 - ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุเพื่อสามารถประเมินคัดกรอง การให้คำปรึกษา การรับยา และส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตอย่างมีมาตรฐาน
2. พัฒนาแนวทางการให้การดูแลเรื่องยาด้วยทักษะการสื่อสารที่ดี เพื่อการบริบาลผู้ป่วยโรคจิตเวชอย่างเหมาะสม และนำมาปรับใช้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเวช หรือผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลเรื่องยาได้อย่างถูกต้อง