

บทที่ 22

- แนวทางการรักษา
โรคจิตเภท

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย



คำจำกัดความ

เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบโดปามีนในสมอง ร่วมกับปัจจัยทางจิตใจและสังคม และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

ระบาดวิทยา

ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) มีค่าประมาณร้อยละ 0.5-1 ของประชากรทั่วไป โดยพบในหญิงและชายพอ ๆ กัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการป่วยในช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และอาจนำไปสู่การสูญเสียทั้งทางด้านหน้าที่การงาน ครอบครัว และสังคม

การวินิจฉัยโรค

- ก. ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 อย่าง นาน 1 เดือน
 - 1) อาการหลงผิด (delusion)
 - 2) อาการประสาทหลอน (hallucination)
 - 3) ความผิดปกติของคำพูด
 - 4) ความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมวุ่นวาย หรือการเคลื่อนไหวผิดปกติแบบคาทาโทเนีย (catatonia) เป็นการเคลื่อนไหวมากหรือน้อยกว่าปกติ
 - 5) อาการด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย แยกตัว หรือใช้ชีวิตแบบไร้จุดหมาย

หมายเหตุ ถ้าอาการหลงผิดมีลักษณะแปลกประหลาด (bizarre delusion) หรือมีหูแว่วเป็นเสียงคนวิจารณ์ตนเอง หรือเสียงคนพูดคุยกันอย่างชัดเจน เพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย
- ข. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับคนอื่นหรือการดูแลตัวเอง
- ค. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไปโดยต้องมี active phase (ตามข้อ ก.) อย่างน้อย 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็นระยะนำ (prodromal phase) หรือระยะที่อาการคงค้าง (residual phase)
- ง. ผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น
- จ. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

การประเมินผู้ป่วย

ควรซักถามอาการทั้งจากตัวผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด ซึ่งต้องครอบคลุมสิ่งต่างๆ ดังนี้

1. การเริ่มป่วย อาการที่เกิดขึ้น ทั้งอาการทางจิตและอาการทางกาย การดำเนินโรคก่อนมาพบแพทย์
2. แยกสิ่งกระตุ้นหรือโรคทางกายที่เกิดขึ้นก่อนที่จะเริ่มมีอาการทางจิต การใช้สารเสพติด หรือยาที่ใช้เป็นประจำ
3. ประวัติ และการรักษาทางจิตเวชในอดีต
4. ประวัติการป่วยเป็นโรคทางจิตเวช และปัญหาทางจิตเวชในครอบครัว



การตรวจสภาพจิต

1. อาการทางจิตที่สามารถสังเกตได้ เช่น พฤติกรรมวุ่นวาย อารมณ์เฉยเมย พุดจาไม่เป็นเรื่องเป็นราวหรือไม่ปะติดปะต่อ และควรตรวจด้วยว่าอาการทางจิตที่พบในประวัติ เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอนยังมีอยู่หรือไม่ ในขณะที่ทำการตรวจสภาพจิตควรประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น
2. อาการทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า หรืออารมณ์ดีก่าปกติ
3. อาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางร่างกาย เช่น clouding of consciousness, disorientation, memory impairment
4. อาการที่บ่งชี้ถึงการใช้สารเสพติด เช่น autonomic hyperactivity ซึ่งพบได้ในภาวะ amphetamine intoxication, alcohol intoxication / withdrawal

การตรวจร่างกาย

ควรตรวจร่างกายโดยละเอียดในครั้งแรกที่ทำการรักษาผู้ป่วย และตรวจซ้ำเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีโรคทางกายร่วมด้วย

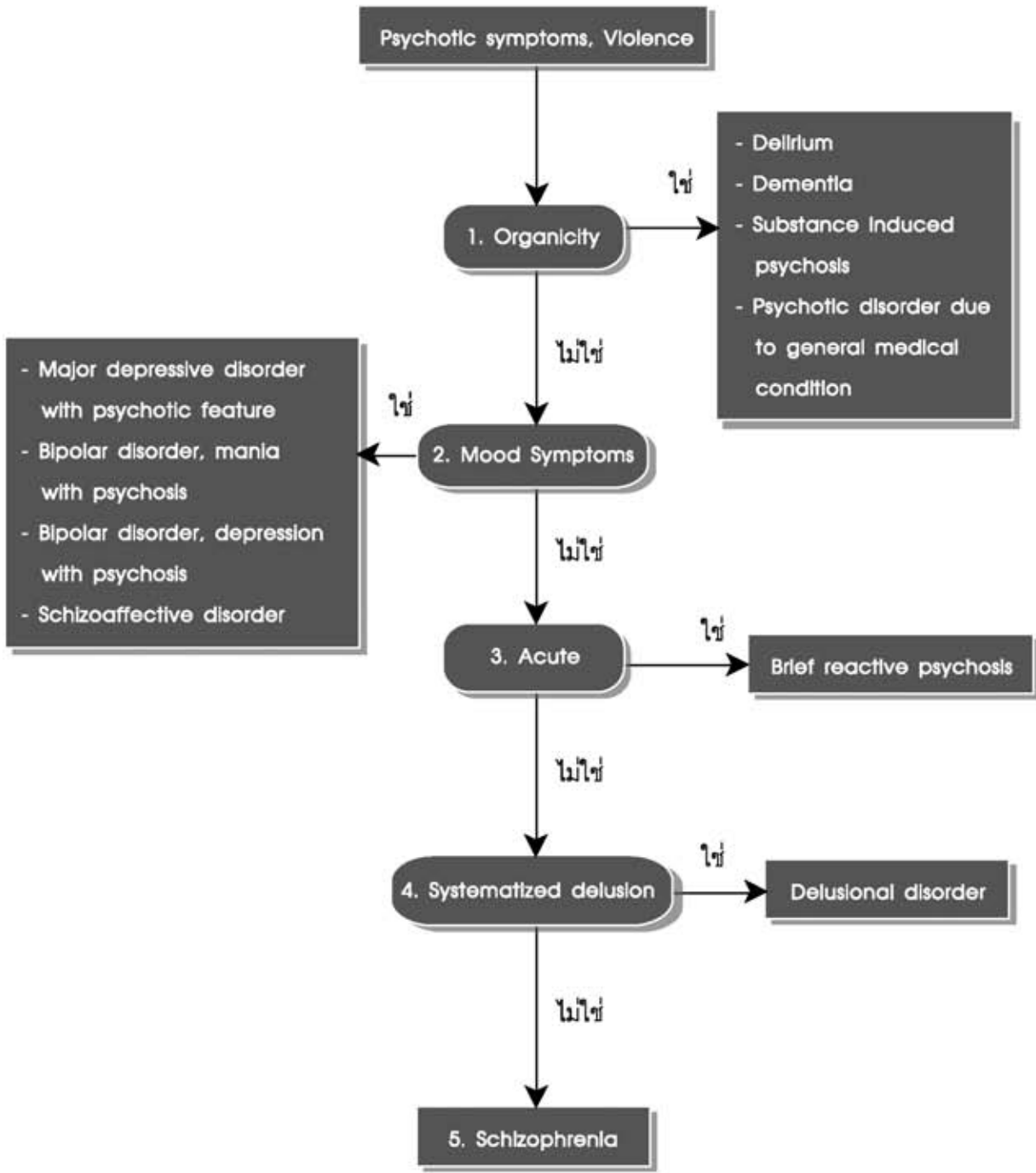
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ในกรณีสงสัยโรคทางกาย ควรตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อคัดกรองปัญหาทางกายบางประการที่คล้ายกับโรคจิตเภทออก เพื่อตรวจหาปัญหาทางการแพทย์ที่เกิดร่วม (comorbid conditions) และเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนให้ยารักษาโรคจิต

การตรวจพื้นฐานประกอบด้วย drug screening (โดยเฉพาะ urine amphetamine), CBC, BUN, creatinine, electrolytes, liver function test, urine analysis ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ควรทำตามความจำเป็นหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้



แนวทางการวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค

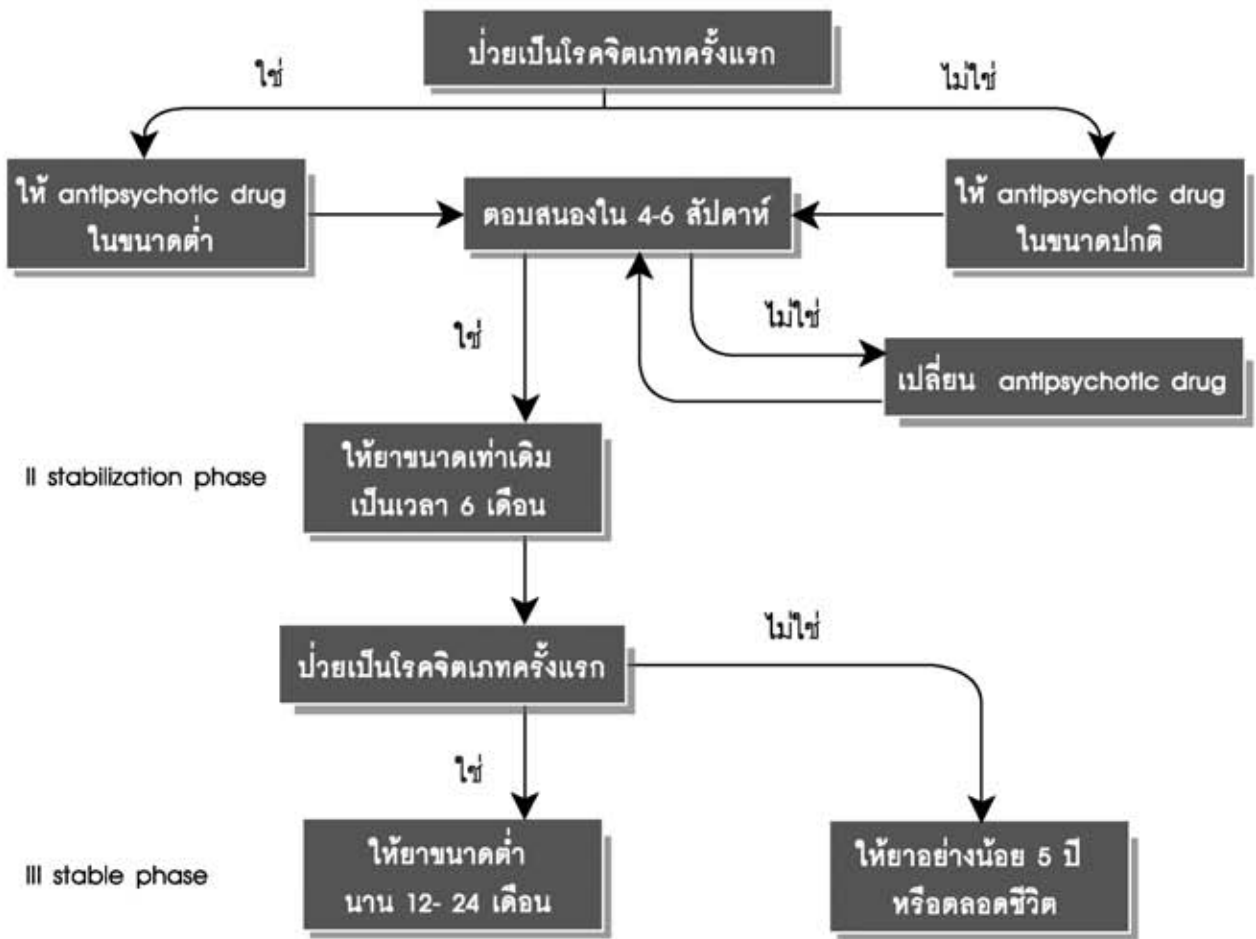




คำอธิบาย

1. ต้องนึกถึง organic causes ในกรณีนี้
 - มีประวัติโรคทางกายหรือการใช้สารเสพติด ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต
 - ตรวจพบ disorientation, clouding of consciousness, cognitive impairment, vital signs ผิดปกติ, focal neurological signs
2. ในผู้ป่วย Mood disorder อาจมีอาการ psychosis ร่วมด้วยได้ แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีความผิดปกติของอารมณ์เด่นชัด และนำมาก่อนอาการทางจิต ถ้าผู้ป่วยมีอาการ psychosis และอาการผิดปกติทางอารมณ์เกิดขึ้นในเวลาใกล้เคียงกันและรุนแรงพอๆ กัน ต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก Schizoaffective disorder ด้วย
3. ระยะเวลาที่ป่วย ถ้าน้อยกว่า 1 เดือน ให้วินิจฉัยว่าเป็น Brief reactive psychosis หรือถ้ามีอาการนานกว่า 1 เดือน แต่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ให้วินิจฉัยว่าเป็น Schizophreniform disorder
4. ในกรณีที่ผู้ป่วยมี systematized delusion โดยที่มีอาการประสาทหลอนไม่ชัดเจน และมีอาการหลงผิดเฉพาะเรื่อง ควรวินิจฉัยว่าเป็น Delusional disorder
5. ถ้าผู้ป่วยมีอาการหลงผิดแบบแปลกประหลาด (bizarre delusion) และ/หรือมีอาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน และมีอาการตามเกณฑ์วินิจฉัยตามข้อ ก ควรวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia

แนวทางการวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค





รายละเอียดแนวทางการรักษาโรคจิตเภท

1. ระยะเฉียบพลัน (acute phase)

1. ประเมินอาการทางจิต (ตามแนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภท)

2. ข้อบ่งชี้สำหรับรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล คือ

- ความเสี่ยงที่จะทำร้ายผู้อื่น
- ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย
- ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือมี severely disorganized behavior
- มีโรคทางกายหรือทางจิต ซึ่งไม่ปลอดภัยหากรักษาแบบผู้ป่วยนอก
- อาการโรคจิตเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน
- เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

3. การเลือกใช้ยารักษาโรคจิต

ยาที่ใช้เป็นตัวแรกในผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป คือ ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มดั้งเดิม (conventional antipsychotic drug) การสั่งจ่ายยาควรคำนึงถึงการยอมรับการให้ยาของผู้ป่วย, ประวัติการตอบสนองต่อการรักษาในอดีต, ลักษณะผลข้างเคียงของยาและแผนการรักษาในระยะยาว

ขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เช่น Haloperidol ขนาด 5 - 20 มิลลิกรัมต่อวัน Perphenazine ขนาด 16 - 64 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ Chlorpromazine ขนาด 200 - 600 มิลลิกรัมต่อวัน (การเปรียบเทียบขนาดยาที่เทียบเท่ากันของยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม สามารถดูได้จากตารางที่ 1)

4. การป่วยเป็นโรคจิตครั้งแรก

ผู้ป่วยควรได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม เช่น Haloperidol ขนาด 5 - 10 มิลลิกรัมต่อวัน

หากผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงของยามาก ควรคงขนาดยาไว้อย่างน้อย 3 สัปดาห์ ก่อนที่จะประเมินประสิทธิผลของยาอีกครั้ง

เมื่อปรับยาให้ขนาดที่เหมาะสมเป็นเวลา 4 - 6 สัปดาห์แล้วอาการผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น แพทย์อาจเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมขนานอื่นที่มีโครงสร้างต่างจากยาขนานแรก

กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมอย่างน้อยสองขนาน หรือเกิดผลข้างเคียงมากจนผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ ให้พิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Clozapine

การให้ยารักษาอาการข้างเคียงทางระบบประสาทที่เกิดจากยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมโดยเฉพาะกลุ่มที่มี high potency เช่น Haloperidol อาจให้ยากกลุ่ม anticholinergic เช่น Trihexyphenidyl วันละ 4 - 10 มิลลิกรัม พร้อมกับให้คำแนะนำเรื่องผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและยาที่ใช้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบ

5. การรักษาทางจิตสังคม

5.1 แพทย์ผู้รักษาควรให้ความรู้ญาติในเรื่องสาเหตุ, อาการ, การดำเนินโรค, การรักษา และผลข้างเคียงของการรักษา

5.2 ให้จิตบำบัดแก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพความเป็นจริง (reality) และยอมรับการเจ็บป่วย (insight) โดยเร็วที่สุด

5.3 ให้จิตบำบัดครอบครัว เพื่อแก้ไขจิตพยาธิสภาพของคนในครอบครัว อันอาจมีผลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวของผู้ป่วย



II. Stabilization phase

1. การให้ยา

- ควรให้ยารักษาโรคจิตเภทเดิมต่ออีก 6 เดือน

2. การรักษาทางจิตสังคม

- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท, ประโยชน์และผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ
- ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามความเหมาะสม

III. Stable phase

1. การให้ยา

- ในกรณีที่ เป็นครั้งแรก ควรให้ยาในขนาดเดิมเป็นเวลา 6 เดือน หลังจากนั้น แพทย์ควรพิจารณาปรับลดขนาดยาลงอย่างช้าๆ เช่น ลดลงร้อยละ 10 ทุก 6 สัปดาห์ และถ้าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเป็นเวลา 12 - 24 เดือน แพทย์สามารถทดลองหยุดยาได้ ทั้งนี้ ต้องใช้ดุลพินิจเป็นรายกรณีถึงความเสี่ยงในการกลับไปเป็นซ้ำอีก
- ในกรณีที่ เป็นมากกว่า 1 ครั้ง แพทย์ควรให้การรักษารูปแบบต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 5 ปี หรือให้ยาตลอดชีวิต

2. การรักษาทางจิตสังคม

- ควรฟื้นฟูผู้ป่วยในด้านทักษะการใช้ชีวิตเบื้องต้น (basic living skills) การฟื้นฟูด้านการรู้คิด (cognitive rehabilitation) และการฟื้นฟูด้านอาชีพ (vocational rehabilitation)

IV. ผลข้างเคียงของยา

1. Extra pyramidal side effects (EPS) แบ่งออกเป็น

- **Acute dystonia** ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้อบิดเกร็งเป็นพักๆ อย่างรุนแรง มักเกิดที่กล้ามเนื้อตา (oculogyric crisis) และที่คอ (torticollis)

การรักษา

- 1) ลดขนาด antipsychotic drug ลง หรือหยุดยาชั่วคราว
- 2) ฉีด Benztropine (Cogentin) 1 - 2 mg. I.M. หรือ I.V. หรือ Diazepam 10 mg. I.V. หรือ Diphenhydramin 50 mg. I.M. หรือ I.V. หรือ Chlorpheniramine 10 mg. I.M.
- 3) ให้กิน anticholinergic drug เช่น Trihexyphenidyl 4 - 15 มก.ต่อวัน

- **Akathisia** ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย นั่งไม่ติดที่ ผุดลุกผุดนั่ง ร่างกายอยู่นิ่งไม่ได้ เดินไปเดินมา แขนขาสั่น รู้สึกทรมาน บางคนถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย

การรักษา

- 1) ลดขนาด antipsychotic drug
- 2) ให้กิน anticholinergic drug เช่น Trihexyphenidyl
- 3) เพิ่ม propranolol หรือ benzodiazepine

ถ้าการรักษาไม่ได้ผลอาจเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีผลข้างเคียงในลักษณะนี้ต่ำ เช่น low potency antipsychotic drug, atypical antipsychotic drug

- **Parkinsonism** เป็นอาการเดินตัวแข็ง มือสั่น หน้าตาเฉยเมย กลืนน้ำลายลำบาก

การรักษา ให้ anticholinergic drug

- **Tardive dyskinesia** เป็นการขยับของกล้ามเนื้อที่ควบคุมไม่ได้ที่บริเวณ ปาก ลิ้น ใบหน้า แขนขา หรือลำตัว มักเกิดหลังได้ยาในระยเวลานานเกิน 6 เดือน

การรักษา ลดขนาดยาเดิมลง หรือเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่



- **Neuroleptic malignant syndrome (NMS)** ผู้ป่วยมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรงต่อกันเป็นเวลานาน มีอาการผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) เช่น ชีพจรเร็วหรือช้า ไข้สูง ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง และมีการเปลี่ยนแปลงของสติสัมปชัญญะ (consciousness)

การรักษา

- 1) หยุดยารักษาโรคจิต
- 2) ให้การรักษาแบบประคับประคอง เพื่อลดไข้และบรรเทาอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด
- 3) ให้อายากลุ่ม dopamine agonist เช่น bromocriptine ร่วมไปกับยาคลายเกร็ง (antispastic drug) เช่น dantrolene

เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นเป็นเวลาหลายสัปดาห์ แพทย์ควรให้ยารักษาโรคจิตใหม่อย่างระมัดระวัง ยาที่ควรเลือกใช้คือ low potency antipsychotic drug หรือ atypical antipsychotic drug เช่น Clozapine โดยต้องเพิ่มขนาดยาอย่างช้าๆ

2. Orthostatic hypotension จึงควรเตือนผู้ป่วยให้ระมัดระวังในการเปลี่ยนอิริยาบถ (โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ)
3. Anticholinergic side effect เช่น ปากคอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก บัสสาวะลำบาก
4. ผลข้างเคียงอื่นๆ ที่พบได้ไม่บ่อย
 - cardiotoxicity
 - hematological effect
 - ophthalmologic effect
 - weight gain
 - retrograde ejaculation
 - amenorrhea

ตารางที่ 1 ขนาดยาที่เทียบเท่ากันของยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม

ยา	ขนาดยาที่เทียบเท่ากับ Chlorpromazine (mg)
Chlorpromazine	100
Thioridazine	100
Fluphenazine	2
Perphenazine	10
Trifluoperazine	5
Haloperidol	2
Flupenthixol	3
Zuclopenthixol	25
Fluphenazine depot	5 /week
Haloperidol depot	15 /week
Flupenthixol depot	10 /week
Zuclopenthixol depot	100 /week



เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต. แนวทางการรักษาโรคจิตเภท. ใน : แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2544;67-90.
2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, Second Edition. American Journal of Psychiatry, February 2004.