



คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท

สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ

ฉบับแพทย์



สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

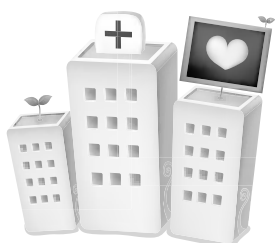
กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข



คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท

สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ

ฉบับแพทย์



ชื่อหนังสือ : คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์)

บรรณาธิการ : แพทย์หญิงมณฑนา กิตติพิรชล

แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช

นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

นายวีร์ เมฆวิสัย

จัดพิมพ์โดย : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

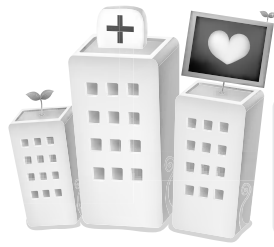
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม 2559 จำนวน 1,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 2 : กันยายน 2560 จำนวน 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด

ISBN : 978-616-11-3121-0



คำนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสุขภาพประเทศไทย โดยประมาณการว่าประชากร 1 ใน 5 มีปัญหาสุขภาพจิต จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คน ในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิต มีเพียงร้อยละ 61 และ 64.87 ยิ่งไปกว่านั้น การเข้าถึงบริการจิตเวชเพื่อรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ถึงแม้ว่า จะมีความก้าวหน้าในการให้บริการสุขภาพจิตมากขึ้น มียาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและบุคคลในสังคม โดยเฉพาะโรคจิตเภทก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน สูญเสียความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม

จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนมีปัญหาทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 45 แพทย์และพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุขมีความต้องการคู่มือทางวิชาการที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย สั้น กระชับ เพื่อการวินิจฉัย ดูแล และช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต โดยสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่มีเนื้อหากระชับ ง่าย และมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยมุ่งหวังให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เนื้อหาประกอบด้วย แนวทางการวินิจฉัย การรักษาด้วยยา และจิตสังคมบำบัด เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการจิตเวชในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปและการใช้เป็นเครื่องมือประเมินปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิต

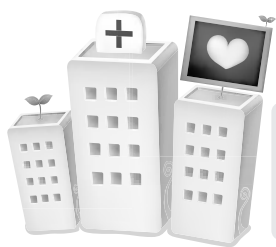
คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยการระดมความคิดและประสบการณ์จากคณะผู้พัฒนา ตลอดจนการรวบรวมและสังเคราะห์ความรู้จากตำราวิชาการต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ อีกทั้งได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จากคณะผู้เชี่ยวชาญหลากหลายหน่วยงานทั้งภายในกรมสุขภาพจิต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัย

กรมสุขภาพจิตจึงขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ อนึ่งคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้เขาเหล่านั้นได้รับบริการที่ดี มีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

น.ต.

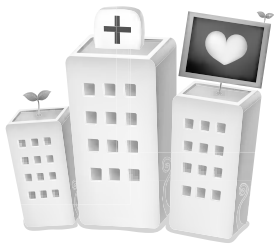
(บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต



สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ระบาดวิทยาและความสำคัญของโรคจิตเภท	1
1.2 อาการของโรคจิตเภท	2
บทที่ 2 การประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค	3
2.1 การวินิจฉัยแยกโรคจิตเภท	3
2.2 แนวทางการวินิจฉัยแยกโรค	4
บทที่ 3 การดูแลรักษา	11
3.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท	11
3.2 การรักษาด้วยยา	12
3.2.1 ยารักษาโรคจิต	12
3.2.2 ยาอื่นๆ ที่ให้ร่วม	14
3.2.3 ยาที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ	17
3.2.4 การให้ยาในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร	21
3.3 การดูแลระยะสงบและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	24
3.4 การบำบัดทางจิตสังคม	26
3.4.1 การประเมินความพิการ	26
3.4.2 การให้สุขภาพจิตศึกษา	27
3.4.3 การเยี่ยมบ้าน	27
เอกสารอ้างอิง	28
ภาคผนวก	30
เอกสารหมายเลข 1 Clinical Global Impression (CGI)	31
เอกสารหมายเลข 2 The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)	32
เอกสารหมายเลข 3 แบบประเมินอาการเตือนก่อนกลับป่วยซ้ำ	34
เอกสารหมายเลข 4 International Classification of Functioning (ICF)	35
เอกสารหมายเลข 5 การให้สุขภาพจิตศึกษา: ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยและญาติ	37
เอกสารหมายเลข 6 การให้สุขภาพจิตศึกษา: การแก้ไขผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต	39
เอกสารหมายเลข 7 การให้สุขภาพจิตศึกษา: อาการเบื้องต้นก่อนการกำเริบของโรคจิต	40
เอกสารหมายเลข 8 การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยญาติ	41
รายนามคณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้พัฒนา และคณะทำงาน	42



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ระบาดวิทยาและความสำคัญของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไป ในประเทศไทย มีการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 1.31¹ และการสำรวจระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาคพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.17² การป่วยด้วยโรคนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเริ่มป่วยตั้งแต่ระยะวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง จากการศึกษาของ Thara R. ในประเทศอินเดีย พบรูปแบบการดำเนินโรค 4 แบบ รูปแบบแรกเป็นแค่ครั้งเดียวแล้วไม่กลับเป็นอีกเลย พบร้อยละ 8 รูปแบบที่สองคือเป็นหลายครั้งแต่เมื่ออาการสงบ สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติเหมือนก่อนป่วย พบร้อยละ 39 รูปแบบที่สามคือเป็นหลายครั้งแต่เมื่ออาการสงบ ยังมีอาการโรคจิตหลงเหลือ มีความบกพร่องในการใช้ชีวิตไม่เหมือนก่อนป่วย พบร้อยละ 44 และรูปแบบที่สี่คือเป็นครั้งเดียว ยังมีอาการโรคจิตหลงเหลือ มีความบกพร่องในการใช้ชีวิตไม่เหมือนก่อนป่วย พบร้อยละ 8³

โรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง จึงก่อให้เกิดภาระโรค จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตและอันดับที่ 3 ของโรคจิตและโรคทางระบบประสาท⁴ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7-1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า 1 ปี⁵

เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย โดยปัจจัยที่สำคัญคือ ขาดการรับการรักษาต่อเนื่อง แม้ว่าจะได้รับการรักษา ก็พบว่าหลังจาก 18 สัปดาห์ผ่านไปมีแค่เพียงร้อยละ 26⁶ เท่านั้น ที่สามารถกินยาครบที่พบอัตราการรักษาผู้ป่วยซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปี มีถึงร้อยละ 30⁷ ดังนั้นหากผู้รักษาสามารถวินิจฉัยและให้การดูแลเบื้องต้นด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยาจะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติรวมถึงการส่งต่อเพื่อ

การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมและเปลี่ยนภาวะให้เป็นพลังของชาติ ส่วนในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เรื้อรังและมีความบกพร่องในการใช้ชีวิตควรมีการออกเอกสารรับรองความพิการเพื่อจดทะเบียนคนพิการทางจิตจะช่วยเพิ่มโอกาสในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

1.2 อาการของโรคจิตเภท ประกอบด้วย

1) อาการด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่

1. อาการหลงผิด (delusion) คือ การมีความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การหลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้าย การหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ มีความสามารถพิเศษ เป็นต้น
2. อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) คือ การกำหนดรู้ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอก เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัว เห็นภาพคน สัตว์ หรือสิ่งของโดยไม่มีสิ่งเหล่านั้นอยู่จริง เป็นต้น โดยความเชื่อดังกล่าวต้องไม่ใช่ความเชื่อที่พบได้ตามปกติในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย
3. การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) คือ การพูดในลักษณะที่ห้วนข้อ วลี หรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน เช่น การเปลี่ยนเรื่องที่พูดจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันเลย เป็นต้น
4. พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) คือ พฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมากจากธรรมเนียมปฏิบัติของคนทั่วไปในสังคม เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้า การเล่นออกจากระ ปัสสาวะ เป็นต้น
5. พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากปกติ (catatonic behavior) เช่น การเคลื่อนไหวมากเกินไป หรือนิ่งแข็งอยู่กับที่

2) อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่

1. อารมณ์ทื่อ (blunted affect) และเฉยเมย
2. ความคิดอ่านและการพูดลดลง
3. ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ
4. ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว

3) อาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms)

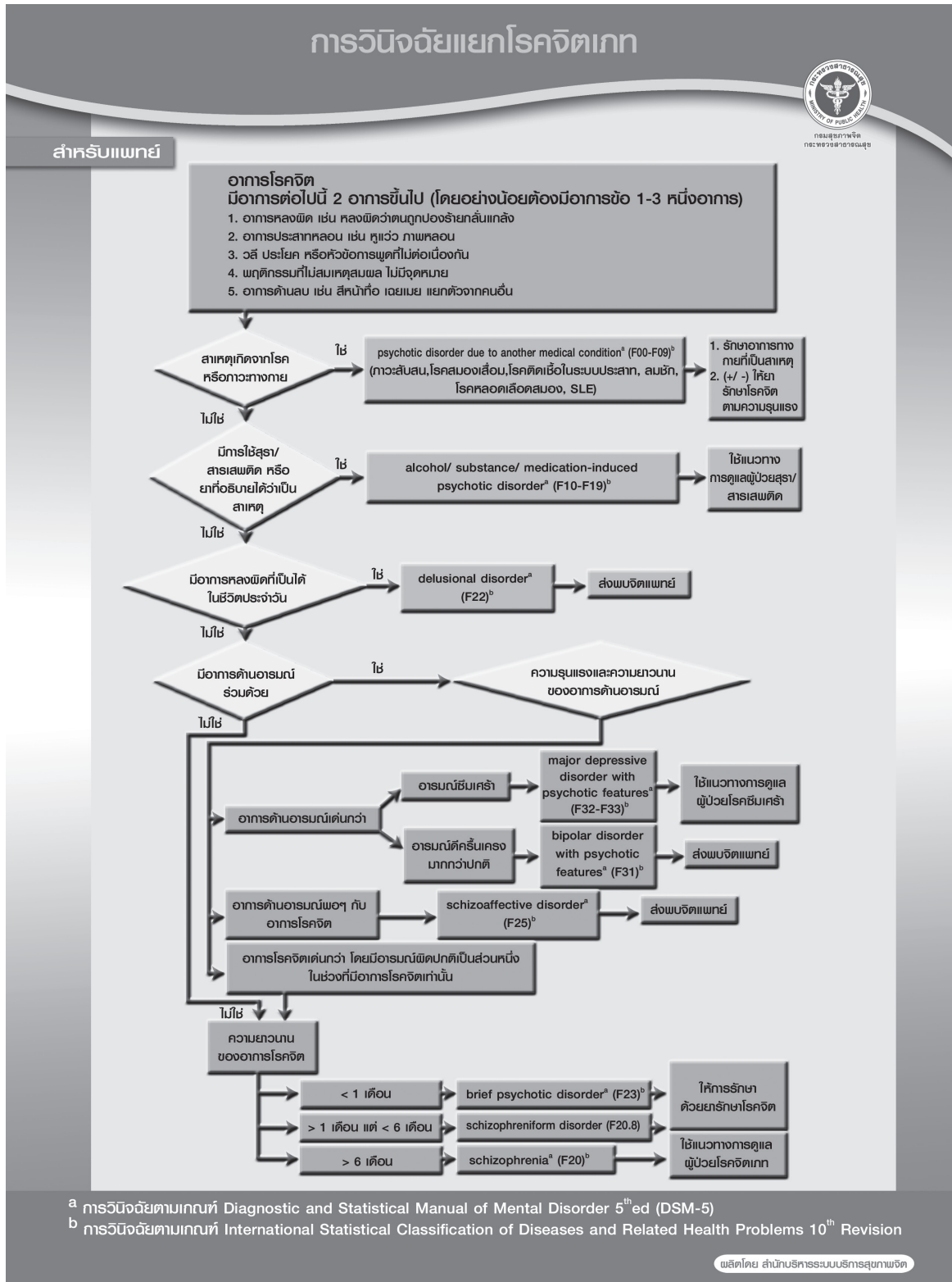
1. ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง
2. ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง
3. ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่อง คือ ความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง



บทที่ 2

การประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค

2.1 การวินิจฉัยแยกโรคจิตเภท



2.2 แนวทางการวินิจฉัยแยกโรค

แนวทางการวินิจฉัยแยกโรค ใช้การดังต่อไปนี้

1. อาการแสดงของโรคจิตจากการสังเกต ได้แก่ พฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ (catatonic behavior) สิ้นน้ำลายเยิ้ม การพูดจาสับสนไม่มีระเบียบ และอาการโรคจิตจากการตรวจสภาพจิต ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน
2. อาการด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์ครื้นเครง
3. อาการที่บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางร่างกายโดยเฉพาะสมอง เช่น การไม่รู้ตัว การไม่รู้รับรู้สภาพแวดล้อม ความผิดปกติของความจำ
4. อาการที่บ่งชี้ถึงการใช้สุรา สารเสพติด เช่น การทำงานมากเกินไปของระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งอาจพบได้ในภาวะ alcohol – withdrawal delirium, amphetamine intoxication เป็นต้น

แพทย์ควรตรวจร่างกายของผู้ป่วยโรคจิตโดยละเอียดในครั้งแรก ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่ควรทำในการประเมินผู้ป่วยครั้งแรก คือ การตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติด (โดยเฉพาะ amphetamine), BUN, creatinine, electrolytes, liver function test, complete blood count และ urine analysis ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ควรทำตามความจำเป็นหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ซึ่งได้จากการซักประวัติหรือการตรวจร่างกาย และเมื่อมาติดตามการรักษา ควรตรวจร่างกายเพิ่มเติม หากสงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีโรคทางกายหรือผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษา (ตามผังไหลที่ 1) เนื่องจากผู้ป่วย psychotic disorder due to another medical condition อาจเสียชีวิตได้ หากแพทย์ให้การวินิจฉัยผิด ดังนั้น แพทย์ควรให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกในการตรวจหาโรคทางกายในผู้ป่วยจิตเวชทุกราย เพราะอาการทางจิตสามารถเกิดจากโรคทางกายและการใช้สารเสพติดได้ โดยเฉพาะผู้มีลักษณะทางคลินิก ดังนี้

1. การมีความผิดปกติทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด (abrupt onset)
2. การที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตเรื้อรังเป็นครั้งแรกหลังอายุ 40 ปี
3. การกลืนอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้
4. ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุอื่นก่อนหน้าที่จะมีอาการทางจิต
5. มีประวัติการใช้ยาบางชนิดอยู่ก่อน
6. การมีประวัติเป็นโรคจากสุรา หรือสารเสพติดบางประเภท (alcohol/substance induced psychotic disorder)
7. การบกพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment) อย่างชัดเจน เช่น disorientation, amnesia

โรคที่ต้องวินิจฉัยแยกจากโรคจิตเภท

1. psychotic disorder due to another medical condition เช่น
 - ภาวะสับสน (delirium)
 - โรคทางสมอง เช่น neoplasm, encephalitis, trauma, dementia, cerebrovascular disease, epilepsy
 - โรคระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เช่น SLE
 - โรคต่อมไร้ท่อ เช่น thyroid's disease
 - โรคติดเชื้อ เช่น AIDS ไข้มาลาเรีย
2. alcohol/substance induced psychotic disorder
เช่น แอลกอฮอล์ ยาบ้า กัญชา สารระเหย กระท่อม โคเคน เฮโรอีน
3. โรคทางจิตเวช
 - 3.1 กลุ่มโรคจิต
 - โรคจิตเฉียบพลัน (brief psychotic disorder)
 - โรคจิตอารมณ์ (schizoaffective disorder)
 - โรคจิตหลงผิด (delusional disorder)
 - 3.2 โรคทางอารมณ์
 - โรคซึมเศร้าที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย ได้แก่ major depressive disorder, severe with psychotic features
 - โรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย ได้แก่ bipolar-I disorder, manic episode, severe with psychotic features : bipolar-I disorder, depressive episode, severe with psychotic features

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค

ภาวะสับสน (delirium) มีลักษณะที่สำคัญดังนี้

- มีความผิดปกติของการใส่ใจ (attention) ได้แก่ ความสามารถในการควบคุม การจดจ่อ การคงไว้ และการเปลี่ยนการใส่ใจ (direct, focus, sustain, and shift attention) ลดลงร่วมกับการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลง
- ความผิดปกตินี้เกิดขึ้นภายในช่วงเวลาสั้นๆ (โดยทั่วไปตั้งแต่ไม่กี่ชั่วโมงจนถึงไม่กี่วัน) โดยเป็นการใส่ใจและการตระหนักรู้ (awareness) ที่เปลี่ยนไปจากปกติ และมีอาการรุนแรงขึ้นๆ ลงๆ (fluctuate in severity) ตลอดทั้งวัน
- มีความผิดปกติของการรู้คิดร่วมด้วย เช่น ความจำบกพร่อง สับสน เรื่องเวลา สถานที่ บุคคล การใช้ภาษา ผิดปกติ หรือมีความแปรปรวนในการรับรู้ (perceptual disturbances)
- ความผิดปกติที่เกิดขึ้นมิได้เป็นผลจาก neurocognitive disorder ที่มีอยู่เดิม และมีได้เกิดในภาวะที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงอย่างมาก เช่น ภาวะโคม่า
- มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกายหรือข้อมูลทางห้องปฏิบัติการว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้น มีสาเหตุจากความเจ็บป่วยทางกาย การใช้ยา หรือสารเสพติด การได้รับสารพิษ หรือเกิดจากหลายๆ สาเหตุร่วมกัน

โรคจิตจากสุรา (alcohol- induced psychotic disorder) มีลักษณะที่สำคัญดังนี้

- ผู้ป่วยจะมีการโรคจิต เช่น อาการประสาทหลอน หรืออาการหลงผิด โดยอาการประสาทหลอน พบได้บ่อยกว่าอาการหลงผิด
- พบได้ทั้งอาการหูแว่ว และอาการภาพหลอน
- อาการเริ่มเกิดในช่วง 1 เดือนของการดื่มหรือการหยุดดื่มแต่อาการอาจคงอยู่นานได้หลายสัปดาห์ ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่ม แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน
- วินิจฉัยจากประวัติการดื่มสุราอย่างหนัก ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคจิตจากสาเหตุใดๆ มาก่อน ไม่ได้อยู่ในช่วงของภาวะถอนพิษสุรา หรือ ภาวะสับสนจากสุรา

โรคจิตจากการเสพเมแทมเฟตามีน มีลักษณะที่สำคัญดังนี้

1. amphetamine induced psychotic disorder ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM

- มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดที่เด่นชัด

หมายเหตุ : ไม่รวมถึงอาการประสาทหลอนที่ผู้ป่วยตระหนักว่าอาการของตนเป็นผลจากแอมเฟตามีน

- มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการ ดังข้อ 1 หรือ 2
 - (1) อาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิดที่เด่นชัดเกิดขึ้นระหว่างหรือภายในช่วงหนึ่งเดือนที่มีแอมเฟตามีน intoxication หรือ withdrawal
 - (2) การใช้แอมเฟตามีนเป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับความผิดปกติดังกล่าว

- ความผิดปกตินี้ไม่ได้เข้าได้ดีกว่ากับโรคจิตที่มีได้เป็นผลจากแอมเฟตามีน
- ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดแต่เฉพาะในช่วงของ delirium

หมายเหตุ : ควรใช้การวินิจฉัยนี้แทนการวินิจฉัย amphetamine intoxication หรือ amphetamine withdrawal ต่อเมื่ออาการเหล่านี้เป็นมากกว่าที่จะเป็นกลุ่มอาการที่มักพบร่วมกับภาวะ intoxication หรือ withdrawal และเมื่ออาการเหล่านี้รุนแรงมากพอจนทำให้ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ

2. other stimulant dependence with stimulant-induced psychotic disorder ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10 โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน เป็นกลุ่มอาการโรคจิตที่เกิดขณะเสพหรือทันทีที่หยุดเสพเมทแอมเฟตามีนภายใน 48 ชั่วโมง โดยมีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจน (มักจะเป็นทางหูและเกิดกับประสาทสัมผัสมากกว่าหนึ่งชนิด) จำผิด หลงผิด ความคิดระแว (เช่น คิดว่าจะถูกปองร้าย) การเปลี่ยนแปลงของระบบการเคลื่อนไหว (มากขึ้นหรือน้อยลง) อารมณ์ที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ความกลัวอย่างรุนแรงจนถึงภาวะแพ้อ ความผิดปกตินี้จะทุเลาลงบางส่วนภายใน 1 เดือน และหายปกติใน 6 เดือน

โรคจิตเฉียบพลัน (brief psychotic disorder) มีลักษณะที่สำคัญดังนี้

ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนจากเดิมที่ปกติดี ไปสู่ภาวะที่มีโรคจิตชัดเจนภายใน 2 สัปดาห์ (sudden onset) มักเป็นหลังจากประสบเหตุการณ์กดดันรุนแรง (อาจเป็นจากหลายเหตุการณ์ร่วมกัน) ผู้ป่วยจะมีอาการพุดจาสับสน วกวน พบบ่อยว่ามีประสาทหลอน หลงผิดอยู่ช่วงเวลาหนึ่ง นอกจากนี้อาจมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีท่าทีรุนแรง สับสน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการนานอย่างน้อย 1 วัน แต่ไม่เกิน 1 เดือน

โรคจิตอารมณ์ (schizoaffective disorder) มีลักษณะที่สำคัญดังนี้

มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อยู่ 1 อาการ

- (1) อาการหลงผิด
- (2) อาการประสาทหลอน
- (3) การพุดอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน (การพุดในลักษณะที่ห้วนๆ วลี หรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน)
- (4) พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผนที่คนในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยไม่ทำกัน หรือพฤติกรรมเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือแปลกประหลาด (catatonic behavior)
- (5) อาการด้านลบ เช่น สีหน้าทื่อ เฉยเมย แยกตัวจากคนอื่น

อาการดังกล่าวเกิดขึ้นพร้อมๆ กันกับอาการของ mood episode (major depressive episode หรือ manic episode) ช่วงเวลาส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยมีทั้งอาการโรคจิตและอาการทางอารมณ์ โดยต้องมีบางช่วงเวลา (ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป) ที่มีแต่อาการของโรคจิตเฉียบพลันโดยไม่มี mood episode

โรคจิตหลงผิด (delusional disorder) มีลักษณะที่สำคัญดังนี้

ความผิดปกติหลัก คือ มีอาการหลงผิดเรื่องเดียว หรือหลงผิดเป็นเรื่องราวเชื่อมโยง อาการนี้มักเป็นอยู่นาน บางรายเป็นตลอดชีวิต เนื้อหาความหลงผิดพบได้แตกต่างกัน ไม่พบว่ามีประสาทหลอนหรือถ้ามีก็เป็นครั้งคราว ไม่เด่นชัด และมีความสัมพันธ์กับเรื่องที่หลงผิด หรือมีอาการแบบโรคจิตเภท เช่น หลงผิดคิดว่าถูกควบคุม และ อารมณ์เฉยเมย ไม่พบโรคทางสมองชนิดใดที่เข้ากับอาการนี้ อย่างไรก็ตาม การมีอาการหูแว่วเป็นครั้งคราว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุ อาจไม่สามารถแยกโรคจิตเภทจากโรคนี้ได้

การวินิจฉัยโรคจิตเภท

ในปัจจุบันมีเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision: ICD-10) และของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5th ed.: DSM-5)

โรคจิตเภท (schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10⁸

โรคจิตเภท มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ มีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย โดยระดับความรู้สึกตัวและสติปัญญามักยังปกติอยู่ อย่างไรก็ตาม การสูญเสียด้านการรู้คิดจะค่อยๆ ปรากฏขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ปรากฏการณ์ทางจิตพยาธิสภาพที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ความคิดแปร่งกระจาย การหลงผิดในการรับรู้ หลงผิดว่าถูกควบคุม หูแว่ว ได้ยินคนอื่นนินทาผู้ป่วย มีความคิดที่ผิดปกติและมีอาการด้านลบ

การดำเนินโรคของโรคจิตเภท อาจเป็นแบบต่อเนื่องหรือมีอาการเป็นพักๆแล้วดำเนินต่อ หรือเป็นตลอดเวลา หรือเป็นครั้งสองครั้งแล้วหายสมบูรณ์หรือไม่ก็ได้ ไม่ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ถ้ามีความผิดปกติทางอารมณ์แบบอารมณ์เศร้ามากหรือ mania ยกเว้นทราบชัดเจนว่า อาการทางอารมณ์เกิดภายหลังอาการของโรคจิตเภท และจะไม่วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ถ้ามีอาการทางสมองชัดเจน หรือเกิดจากภาวะเป็นพิษจากยาหรือภาวะถอนยา และต้องไม่เกิดจากโรคลมชัก หรือโรคอื่นทางสมอง

โรคจิตเภท (schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5⁹

- A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อยู่ 1 อาการ
- (1) อาการหลงผิด
 - (2) อาการประสาทหลอน
 - (3) การพูดอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน (การพูดในลักษณะที่ห้วนๆ วลี หรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน)
 - (4) พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผนที่คนในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยไม่ทำกัน พฤติกรรมการเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือแปลกประหลาด (catatonic behavior)
 - (5) อาการด้านลบ เช่น สีหน้าทื่อ เฉยเมย แยกตัวจากคนอื่น

B. ระดับความสามารถในด้านสำคัญๆ เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง ลดลงไปจากเดิมอย่างชัดเจนอย่างน้อยหนึ่งด้าน

C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ A) อย่างน้อยนาน 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และรวมช่วงเวลาที่มียาอาการในระยะ prodromal หรือ residual phase โดยในช่วง prodromal หรือ residual phase อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบ หรืออาการตามข้อ A ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป แต่แสดงออกแบบเล็กน้อย (เช่น คิดแปลกๆ หรือมียาอาการรับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน)

D. ต้องแยก โรคจิตอารมณ์ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้วออก

E. ต้องแยกอาการโรคจิตที่เกิดจากโรคทางกายและสารเสพติดออก

F. ผู้ป่วยที่มีประวัติกลุ่มโรคออทิสติก หรือโรคเกี่ยวกับการสื่อสารตั้งแต่วัยเด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภทก็ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนที่เด่นชัดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน รวมด้วย

ตารางที่ 1 อาการแสดงที่เป็นพยาธิสภาพซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการทางจิตได้*

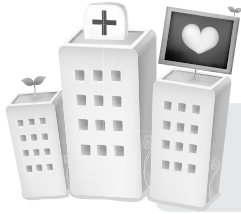
ประเด็น	ข้อบ่งชี้
vital signs	T > 38°C/ PR > 100/ min, < 60/ min/ RR > 24/ min/ BP > 160/ 100 mmHg หรือ < 90/ 60 mmHg
general appearance	ลักษณะร่างกายผิดปกติอย่างเห็นได้ชัด เช่น ร่างกายทรุดโทรมมาก อ่อนเพลีย ซีดเหลือง หรือมี deformity
บาดแผล	มี active bleeding หรือ แผลติดเชื้อ
heart and lungs	พบ acute cardiovascular problems หรือ acute respiratory problem (status asthmaticus)
abdomen	พบภาวะ acute abdomen
alteration of consciousness	เช่น coma score < 9 เรียกไม่ตอบสนอง งุนงง
disorientation	เช่น หลงเวลา ไม่รู้สถานที่ หรือจำคนรู้จักไม่ได้
abnormal neurological signs	ataxia, nystagmus, paralysis, status epilepticus, NMS

* ควรได้รับการตรวจหาสาเหตุทางกายและให้การรักษาพยาธิสภาพที่ตรวจพบ

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นพยาธิสภาพซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการทางจิตได้**

ชนิดของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์
CBC	เพื่อหาความผิดปกติของเลือด เช่น ภาวะติดเชื้อ และ severe anemia
FBS (DTX)	hypoglycemia และ hyperglycemia
electrolytes	เพื่อตรวจหาระดับเกลือแร่ผิดปกติในเลือด โดยเฉพาะ hyponatremia, hypernatremia, hypokalemia, hyperkalemia
BUN/ creatinine	เพื่อแยก uremia, acute renal failure
liver enzyme	เพื่อแยก hepatitis, hepatic failure
urine substance	เพื่อตรวจหาสารเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา
serum VDRL	กรณี first episode psychosis เพื่อแยก neurosyphilis
anti HIV	เพื่อช่วยในการวินิจฉัย HIV-associated neurocognitive disorder และช่วยในการวางแผนการรักษา
ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติอื่นๆ ควรทำตามความจำเป็นหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้	thyroid function test, CT brain

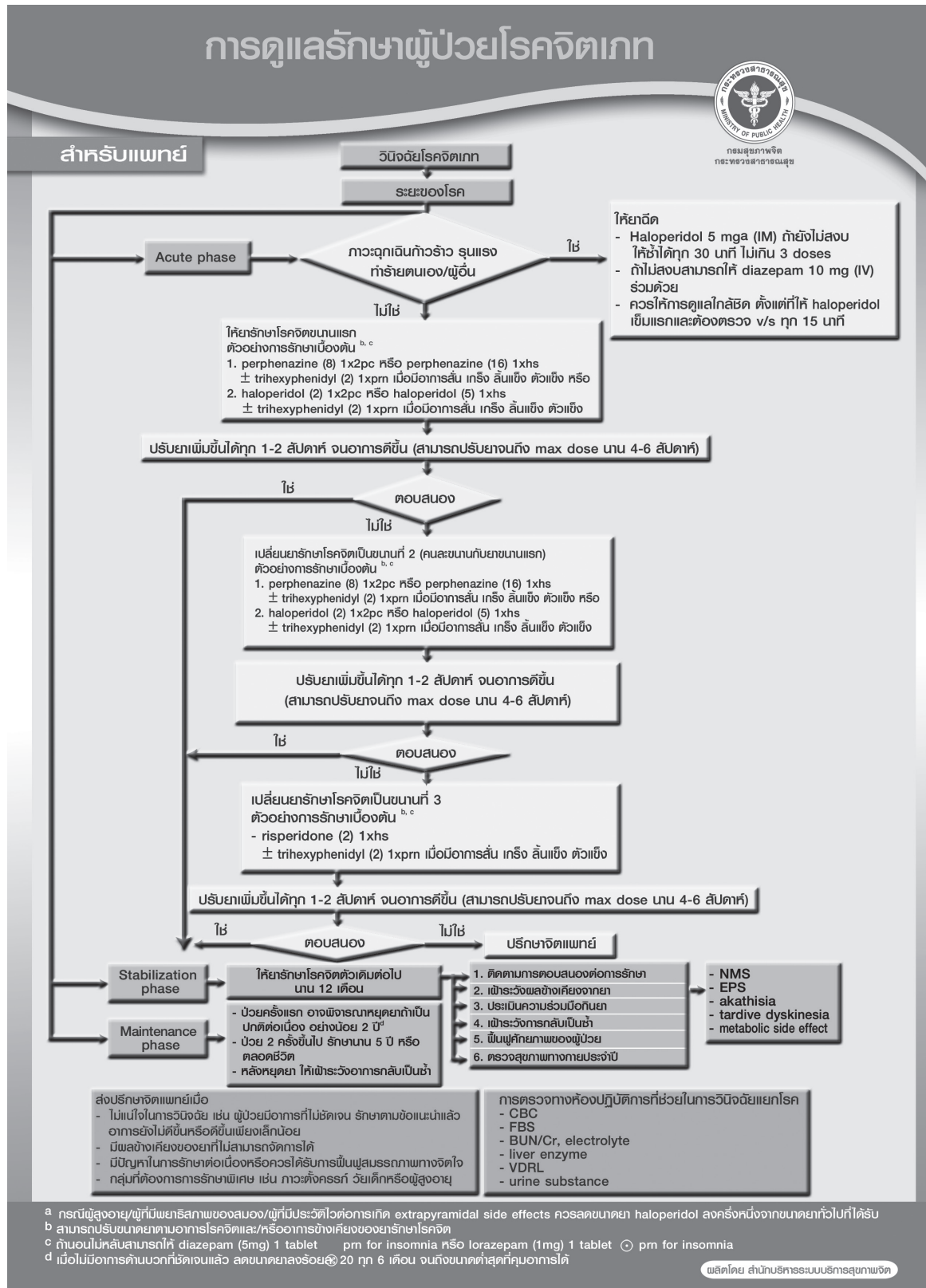
**ควรได้รับการตรวจหาสาเหตุทางกาย และให้การรักษาความผิดปกติที่ตรวจพบ



บทที่ 3

การดูแลรักษา

3.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท



3.2 การรักษาด้วยยา

3.2.1 ยารักษาโรคจิต

ตารางที่ 3 ยารักษาโรคจิตชนิดรับประทาน¹⁰

ยารักษาโรคจิต	ขนาดยาเริ่มต้น (มก./วัน)	จำนวนครั้ง/วัน	ขนาดยาที่ควรได้รับกรณีป่วยครั้งแรก (มก./วัน)	ขนาดยาที่ควรได้รับกรณีป่วยเรื้อรัง (มก./วัน)	ขนาดยาสูงสุด (มก./วัน)
ยารักษาโรคจิตรุ่นแรก FGA (first generation antipsychotics)					
chlorpromazine	50-150	2-4	300-500	300-1000	1000
haloperidol	1-4	(1)-2	1-10	3-15	20
perphenazine	4-24	1-3	6-36	12-42	64
ยารักษาโรคจิตรุ่นสอง SGA (second generation antipsychotics)					
clozapine	25	2-4	100-250	300-800	900
risperidone	1-2	1-2	1-4	3-10	12

ตารางที่ 4 ยารักษาโรคจิตชนิดฉีด¹¹

ยารักษาโรคจิต	IM minimum effective dose	duration (days)	standard dose
long acting injection antipsychotics			
fluphenazine decanoate	12.5 mg	10 day	0.5-2 ml (1 ml=25 mg)
haloperidol decanoate	50-60 mg	15 day	1-6 ml (1ml=50 mg)
flupenthixol depot	20-40 mg	15 day	1-4 ml (1 ml=20 mg)
intermediate acting injection antipsychotics			
zuclopenthixol acetate	50 mg	3 day	1-3 ml (1ml=50 mg)
short acting injection antipsychotics			
haloperidol	2.5-5 mg (patients with severe disorders sometimes require a starting dose of up to 18 mg)	continue every 4-8 hours according to the response obtained	

ตารางที่ 5 ขนาดยารักษาโรคจิตที่ให้ฤทธิ์ใกล้เคียงกัน

ยารักษาโรคจิต	equivalent dose (mg)
ยารักษาโรคจิตรุ่นแรก FGA (first generation antipsychotics)	
ชนิดกิน	daily dose (mg)
chlorpromazine	100
haloperidol	3 (1-5)
perphenazine	8 (7-15)
trifluoperazine	5 (2-8)
ชนิดฉีดออกฤทธิ์ยาว	weekly dose (mg)
fluphenazine decanoate	5-10 (1-12.5)
flupenthixol depot	10 (8-20)
haloperidol decanoate	15 (5-25)
ชนิดฉีดออกฤทธิ์สั้น	daily dose
chlorpromazine	25-50
haloperidol	1.5
ยารักษาโรคจิตรุ่นสอง SGA (second generation antipsychotics)	
clozapine	100 (30-150)
risperidone	1.5 (0.5-3)

ตารางที่ 6 อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต¹²

ยา	EPS/ tardive dyskinesia	prolactin elevation	weight gain	glucose abnormalities	lipid abnormalities	QTc prolongation	sedation	hypotension	anticholinergic side effect
thioridazine	+	++	+	+	+	+++	++	++	++
perphenazine	++	++	+	+	+	0	+	+	0
haloperidol	+++	+++	+	0	0	0	++	0	0
clozapine ^a	0 ^b	0	+++	+++	+++	0	+++	+	0
risperidone	+	+++	++	++	++	+	+	+	++

0 = no risk or rarely causes side effects at therapeutic dose.

+

++ = sometimes causes side effects at therapeutic dose.

+++ = frequently causes side effects at therapeutic dose.

? = data to limited to rate with confidence.

table adapted from tandon (90) with permission of current medicine. Inc

^aalso causes agranulocytosis, seizures, and myocarditis. ^bpossible exception of akathisia.

3.2.2 ยาอื่น ๆ ที่ให้ร่วม

ตารางที่ 7 ยาคลายกังวล

drugs (ยา)	equivalent dose	potency	duration of acting (T _{1/2})	ขนาดเม็ดยา (มก.)	ขนาดยา (มก./ วัน)
diazepam	5	low	long (30-100 hr)	0.5, 2, 5, 10	2-30
clorazepate	7.5	low	long (30-100 hr)	5, 10	10-30
chlordiazepoxide	10	low	long (30-100 hr)	5, 10, 25	15-75
lorazepam	1	high	intermediate (10-20 hr)	0.5, 1, 2	0.75-4
clonazepam	0.25	high	long (18-50 hr)	0.5, 1, 2	0.5-2
alprazolam	0.5	high	short (6-20 hr)	0.25, 0.5, 1	0.5-2

ตารางที่ 8 ยาที่ใช้ในการรักษา extrapyramidal side effect (anticholinergic drugs and antihistamines drugs)

ชื่อยา	ขนาดยา เริ่มต้น	ขนาดยา ที่ควรได้รับ	จำนวน ครั้ง/วัน	ผลข้างเคียงของยา
anticholinergic Drugs				
benztropine	1 mg IM	1-2 mg IM		sedation, confusion, cognitive impairment, constipation, dry mouth
	1 mg	1-4 mg	1-3 ครั้ง/วัน	
trihexyphenidyl	2 mg	2-20 mg	1-4 ครั้ง/วัน	
antihistamines Drugs				
diphenhydramine	25 mg	25-100 mg	1-4 ครั้ง/วัน	sedation, dizziness, hypotension, poor motor coordination, nausea, vomiting, diarrhea, constipation

ตารางที่ 9 การรักษาผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

ผลข้างเคียง	ลักษณะอาการ	การดูแลรักษา
acute dystonia	- มักเกิดหลังได้รับยารักษาโรคจิตไม่กี่ชั่วโมงหรือภายใน 1 สัปดาห์แรก - มีอาการกล้ามเนื้อบิดเกร็ง ลั่นแข็ง พุดหรือกลืนลำบาก ตาเหลือก คอบิด หรือบางรายมีหลังแอ่น - รายที่รุนแรงอาจมี laryngospasm - มีอาการเป็นๆ หายๆ เป็นพักๆ	- ให้อา benzotropine 1-2 mg IM - หรือให้อา diazepam 5-10 mg IV ซ้ำๆ
akathisia	- มักเกิดในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกหลังได้รับยารักษาโรคจิต - เป็นความรู้สึกกระวนกระวายในใจ จนผู้ป่วยอยู่นิ่งไม่ได้ นั่งไม่ติด ต้องขยับแขนขา หรือเดินไปมาตลอดเวลา	- ให้อา propranolol 30-60 mg/day - หรือให้อา benzodiazepines (เช่น diazepam 5-15 mg/day) - หรือให้ anticholinergic drug (เช่น trihexyphenidyl 5-15 mg/day) - หรือเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตรุ่นแรก ชนิด low potency เช่น chlorpromazine หรือให้ยารักษาโรคจิตรุ่นสอง เช่น risperidone หรือ clozapine - หรือลดขนาดยารักษาโรคจิตลง กรณีอาการโรคจิตดีขึ้น

ผลข้างเคียง	ลักษณะอาการ	การดูแลรักษา
parkinsonism	- มักเกิดในช่วง 4 สัปดาห์แรกของการรักษา หรือขณะปรับขนาดยาขึ้น และสัมพันธ์กับขนาดยาที่ใช้ - เป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะกล้ามเนื้อเกร็งแข็ง มี cogwheel rigidity อาการสั่น เคลื่อนไหวเชื่องช้า เดินไม่แกว่งแขน	- ให้ anticholinergic drug (เช่น trihexyphenidyl 5-15 mg/day) - หรือเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตรุ่นแรก ชนิด low potency เช่น chlorpromazine หรือให้ยารักษาโรคจิตรุ่นสอง เช่น risperidone หรือ clozapine - หรือลดขนาดยารักษาโรคจิตลง กรณีอาการโรคจิตดีขึ้น
tardive dyskinesia	- มักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตมานาน - มีลักษณะที่สำคัญเรียกว่า buccolinguo-masticatory triad ได้แก่ อาการดูดหรือขมูบขมิบปาก อาการขยับหรือการเคลื่อนไหวขากรรไกร (lateral jaw movement) และมีลิ้นม้วนไปมาในปากหรือเอาลิ้นดันแก้ม - หากให้อ้าปากผู้ป่วยอาจแลบลิ้นออกมาเอง - อาจมีอาการขยับนิ้ว บีบมือ คอบิดเอียง	- เปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตรุ่นสอง - หรือลดขนาดยารักษาโรคจิตลง กรณีอาการโรคจิตดีขึ้น
neuroleptic malignant syndrome	- เป็นภาวะที่พบได้น้อย (น้อยกว่า ร้อยละ 1 ของผู้ที่ได้รับการรักษา) แต่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (ร้อยละ 5-20) ถ้าไม่ได้รับการรักษา - ผู้ที่มีความเสี่ยง ได้แก่ เพศชาย อายุน้อย มีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทมาก่อน มีโรคทางกาย ภาวะขาดน้ำ ได้รับการปรับยารักษาโรคจิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่ม high potency - ลักษณะอาการ 1. impaired consciousness 2. อาการทาง motor and behavioral ได้แก่ muscle rigidity and dystonia, akinesia, mutism, agitation 3. autonomic symptom ได้แก่ ไข้สูง เหงื่อออกมาก ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง 4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CPK ขึ้นสูง	- ให้หยุดยารักษาโรคจิตทันที - ให้การรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ IV hydration, cooling blankets, ice packs, ice water enema, oxygenation, antipyretics - ส่งปรึกษาโรงพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและจิตเวช

กรณีที่ต้องรักษาหรือส่งต่อพบจิตแพทย์

กรณีมีการปรึกษาเบื้องต้น หรือส่งต่อจิตแพทย์ในกรณี ดังต่อไปนี้

- ไม่แน่ใจในการวินิจฉัย เช่น ผู้ป่วยมีอาการนำ (prodrome) หรืออาการที่ไม่ชัดเจน
- มีโอกาสก่อพฤติกรรมรุนแรงให้แก่ตนเองและผู้อื่น
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโรคจิต 3 ชนิด ในขนาดยาที่เพียงพอ 4-6 สัปดาห์
- มีปัญหาความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง
- มีผลข้างเคียงของยาโรคจิตซึ่งไม่สามารถจัดการได้
- ผู้ป่วยที่ต้องการวางแผนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช
- กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ ได้แก่ ภาวะตั้งครรภ์ วัยเด็ก หรือ วัยสูงอายุ

3.2.3 ยาที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ (high alert drug)¹³

เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใช้ยาจิตเวชที่ต้องดูแลเป็นพิเศษได้รับความปลอดภัยสูงสุดและเป็นแนวทางในการบริหารจัดการยาที่ต้องดูแลเป็นพิเศษให้บุคลากรสามารถปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกัน จึงมีการกำหนดยาที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ (high alert drugs; HAD) ซึ่งหมายถึง ยาที่สามารถก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อผู้ป่วยได้สูงหากเกิดความผิดพลาดในการใช้ ดังนั้นแพทย์มีหน้าที่ตรวจรักษา สั่งใช้ยาตามแผนการรักษา เฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาก่อนนี้ ยา HAD ที่มีการสั่งใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ clozapine, lithium carbonate, carbamazepine, sodium valproate

1. Clozapine

แพทย์

- สังเกตตรวจวัดระดับ WBC ก่อนเริ่มสั่งใช้ยาเพื่อเป็นค่าพื้นฐานในการติดตามผู้ป่วย
- ใน 18 สัปดาห์แรกของการใช้ยาควรสังเกตรววัดระดับ WBC และ ANC ทุก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นตรวจทุก 2 เดือน (ค่าปกติ คือ WBC > 3500, ANC > 1500)
- กรณีต้องการหยุดใช้ยาควรค่อยๆ ปรับขนาดยาลงทุก 1-2 สัปดาห์ ไม่ควรหยุดยาแบบทันที และควรตรวจวัดระดับ WBC และ ANC ทุกสัปดาห์ในช่วง 4 สัปดาห์แรกหลังจากหยุดยา

2. Lithium

แพทย์

- สังเกตตรวจวัดระดับยาในเลือดหลังจากได้รับยาครั้งแรกหรือปรับขนาดยาแล้ว 7-14 วัน ยกเว้นกรณีสงสัยว่าเกิดพิษจากยาสามารถสังเกตรววัดระดับยาในเลือดได้ทันที
- ช่วงปีแรกของการได้รับยาควรตรวจวัดระดับยาในเลือดทุก 3 เดือน หลังจากนั้นควรตรวจวัดระดับยาอย่างน้อยทุก 4-6 เดือน
- กรณีผู้ป่วยในต้องสังเกตรววัดระดับยาในเลือดอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนจำหน่าย
- ตรวจ serum creatinine, thyroid stimulating hormone (TSH) และ urinalysis ภายใน 7 วันหลังจากได้รับยาครั้งแรก และทุก 1 ปีกรณีได้รับยาต่อเนื่อง
- การรักษาด้วยยา lithium มีข้อบ่งชี้หลักในการรักษาโรค bipolar disorder และ major depressive disorder สำหรับโรค schizophrenia มีการให้ยานี้ในรายที่มีภาวะซึมเศร้าหรือต้องการรักษา

ยากลุ่มที่ทำให้ระดับ lithium ในเลือดสูงขึ้น ได้แก่ NSAIDs, thiazides, ACEIs, potassium sparing (may), propranolol (slightly), doxycycline, metronidazole

ยากลุ่มที่ทำให้ระดับ lithium ในเลือดลดลง ได้แก่ osmotic drugs (mannitol, urea), xanthine, (aminophylline, caffeine, theophylline)

ตารางที่ 10 ระดับความเป็นพิษของ lithium และการช่วยเหลือ

ระดับ serum lithium	การช่วยเหลือ
1. ระดับเป็นพิษเล็กน้อย (serum lithium 1.2-1.5 mEq/L) อาการข้างเคียงที่พบ เช่น มือสั่น ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ ท้องเสีย ปวดท้อง อ่อนเพลีย ซึ่งอาจจะไม่รุนแรง	- ให้ผู้ป่วยลดขนาดยาและติดตามประเมิน serum lithium - หาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง เช่น การขาดน้ำ การกินยา lithium ร่วมกับยากลุ่มที่ทำให้ระดับยา lithium สูงขึ้น ได้แก่ กลุ่ม NSAIDs, thiazides, doxycycline, metronidazole, ACEIs
2. ระดับเป็นพิษปานกลาง (serum lithium 1.5-1.9 mEq/L) อาการข้างเคียงที่พบ เช่น ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ ปากแห้ง มีนิรชะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง พูดไม่ชัด ผิดปกติ ในการเคลื่อนไหว เดินเซ ตาพร่ามัว และหูอื้อ	- หยุดยา lithium - ให้การรักษาตามอาการ (supportive treatment) เช่น การให้สารน้ำ (IV fluid) - ติดตามประเมิน serum lithium
3. ระดับเป็นพิษรุนแรง (serum lithium 2.0-2.5 mEq/L) อาการข้างเคียงที่พบ เช่น ท้องเสีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียนตลอด แขนขากระตุกเป็นระยะ จนถึงแสดง อาการชัก สับสนมาก การทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นลม หมดสติ	- หยุดยาทันที ถ้าผู้ป่วยยังรู้สึกตัวให้ยาแก้อาเจียน และทำ gastric lavage - ให้การรักษาตามอาการ (supportive treatment) เช่น การให้สารน้ำ (IV fluid) - ส่งต่ออายุรกรรม
4. ระดับอันตราย (serum lithium >2.5 mEq/L) เป็นระดับ ที่มี lithium สูงจนเกิดอันตรายถึงชีวิต อาการสำคัญ ได้แก่ การทำงานของหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตต่ำมาก ไข้สูง ไม่รู้สึกรู้ส มีอาการชัก ปัสสาวะออกน้อย และการทำงานของไตล้มเหลว	- หยุดยาทันที และเตรียมทำ hemodialysis - ส่งต่ออายุรกรรม

3. Carbamazepine

แพทย์

1. สังเกตทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

CBC

- ก่อนผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรก
- ช่วง 2 เดือนแรกของการได้รับยาควรตรวจทุก 1 เดือน หลังจากนั้นตรวจทุก 1 ปีหรือปีเว้นปี

Sodium level

- ก่อนผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรก
- เมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยเกิดภาวะ hyponatremia

AST, ALT

- ก่อนผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรก หลังจากนั้นตรวจทุก 1 ปี
2. กรณีผู้ป่วยได้รับยาครั้งแรก ควรค่อยๆเพิ่มขนาดยาเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น เช่น

carbamazepine 100 mg ก่อนนอน 5 วัน



carbamazepine 100 mg bid 7 วัน



เพิ่มขนาดยาครั้งละ 100 mg/ วัน ทุกๆ 7 วัน จนถึงขนาดยาที่ต้องการ

3. เฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

4. Sodium valproate

แพทย์

Indication

- ใช้เป็นยาเดี่ยวหรือใช้ร่วมกับยาอื่นเพื่อรักษาอาการชักชนิด simple และ complex absence seizures , complex partial seizures , multiple seizures
- ยาในรูปแบบ sodium valproate ใช้รักษา bipolar disorder ในภาวะ mania
- ใช้เป็นยาป้องกันอาการปวดหัว ชนิด migraine

Precaution/ contraindication

- ห้ามใช้ยากับผู้ป่วยที่มีความไวต่อยา ผู้ป่วยที่มีตับทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยที่มี urea cycle ผิดปกติ (เพราะจะนำไปสู่การเกิด hyperammonemic encephalopathy ทำให้ตายได้)
- ระมัดระวังในการใช้ยากับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติระบบเลือด มีประวัติเป็นโรคไต organic brain disease, bone marrow depression, renal impairment
- ให้ระมัดระวังในการใช้ยากับหญิงตั้งครรภ์ เพราะยามีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของตัวอ่อน ในครรภ์มารดา นอกจากนี้ไม่ควรให้นมเด็กในระหว่างการรักษาด้วยยา
- เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี มีความเสี่ยงในการเพิ่ม fatal hepatotoxicity

- ไม่แนะนำให้ใช้ยา sodium valproate ต่อผู้ป่วยที่มี post-traumatic seizures จาก acute head trauma
- การใช้ยา clonazepam ร่วมกับ sodium valproate อาจทำให้เกิด absence seizure
- ควรหยุดการรักษาเมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิด hyperammonemia

Route/ dosage

- ยาในรูปแบบ ออกฤทธิ์ทันที (prompt release tablet) แบ่งให้วันละ 2 – 4 ครั้ง
- ส่วนยาในรูปแบบ extended – release tablet ส่วนใหญ่ให้วันละ 1 ครั้ง

Anticonvulsant

เริ่มต้นให้ยาชนิดรับประทานขนาด 10 – 15 mg/ kg/ day แบ่งให้วันละ 1 – 4 ครั้ง และค่อยๆ เพิ่มขนาดยา สัปดาห์ละ 5 – 10 mg/ kg/ day จนได้ผลทางคลินิกที่ต้องการ (ไม่ควรเกิน 60 mg/ kg/ day) ถ้าขนาดยาเกินวันละ 250 mg ให้แบ่งยาออกเป็นหลายมื้อ

Mood stabilizer

- เริ่มต้นให้ยาชนิดรับประทานขนาด 750 mg/day และแบ่งให้หลายมื้อ และปรับขนาดยาอย่างรวดเร็ว จนได้ผลทางคลินิกที่ต้องการหรือปรับให้ได้ขนาดยาในเลือด 50 -125 mcg/ml (ไม่ควรเกิน 60 mg/ kg/ day)
- ยา sodium valproate ในรูปแบบ extended release tablet เริ่มต้นให้ยาขนาด 25 mg/kg วันละ 1 ครั้งและปรับขนาดยาอย่างรวดเร็วจนได้ผลทางคลินิกที่ต้องการ หรือ ได้ระดับยาในเลือด ระหว่าง 85–125 mcg/ml (ไม่ควรเกิน 60 mg/ kg/ day)

Migraine prevention

- ให้ยาชนิดรับประทาน 250 mg วันละ 2 ครั้ง (อาจปรับยาได้ถึง 1000 mg/ day)
- ยาในรูปแบบ extended release tablet ให้ยาในขนาดวันละ 500 mg 1 สัปดาห์และปรับยาเป็น วันละ 1000 mg วันละ 1 ครั้ง

Drug interaction

Cytochrome P450 effect เป็น substrate ชนิด minor ของ CYP2A6, 2B6, 2C9, 2C19, 2E1
เป็น weak inhibit ของ CYP2C9, 2C19, 2D6, 3A4
เป็น weak induces CYP2A6

เพิ่ม effect/ toxicity

- sodium valproate อาจเพิ่มหรือลดหรือไม่มีผลต่อระดับยา carbamazepine และ phenytoin
- เพิ่มระดับยาในเลือด ได้แก่ lamotrigine, phenobarbital, tricyclic antidepressants, zidovudine
- ยาเหล่านี้ลด metabolism ของ sodium valproate ได้แก่ macrolide antibiotic (clarithromycin, erythromycin, troleandomycin, felbamate, isoniazid)
- aspirin หรือ ยา salicylates อาจแทนที่ sodium valproate จาก protein – binding site ทำให้เกิด valproate toxicity

- เมื่อให้ยา sodium valproate ร่วมกับยา topiramate ทำให้เกิด hyperammonemia ร่วมกับหรือ ไม่ร่วมกับการเกิด encephalopathy เนื่องจากผู้ป่วยทนต่อตัวยาตัวใดตัวหนึ่ง
- sodium valproate อาจเพิ่มอาการไม่พึงประสงค์ต่อยา risperidone ให้ติดตามการเกิด peripheral edema
- มีรายงานเกิด absence seizures เมื่อใช้ยา sodium valproate ร่วมกับ clonazepam

Decreased effect

- carbapenem antibiotics (ertapenem, imipenem, meropenem) อาจลดระดับยา sodium valproate ทำให้ไม่ได้ผลในการรักษา
- sodium valproate อาจลดระดับยา oxcarbazepine ในเลือด

3.2.4 การให้ยาในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร

ตารางที่ 11) ยารักษาโรคจิตในหญิงตั้งครรภ์¹⁴

ยารักษาโรคจิต	*FDA category	potential complications	commented recommendation
ยารักษาโรคจิตรุ่นแรก FGA (first generation antipsychotics)			
chlorpromazine	C	- no major congenital malformations have been show - associated with low birth weight and preterm delivery - no difference in IQ or behavior in exposed children - expose in 3rd trimester associated with transient extra pyramidal and withdrawal symptoms in the infant	- most studies are confounded by not controlling for the underlying psychiatric illness - high potency antipsychotics are preferred over low potency ones due to anticholinergic, hypertensive, and antihistaminergic side effects
fluphenazine	C		
haloperidol	C		
perphenazine	C		
trifluoperazine	C		
ยารักษาโรคจิตรุ่นสอง SGA (secondary generation antipsychotics)			

ยารักษาโรคจิต	*FDA category	potential complications	commented recommendation
clozapine risperidone	B C	- no major congenital malformation have been shown - may increase maternal weight gain - may increase risk of gestational diabetes - may increase size of the baby - neurodevelopment delays found at 6 months but resolve by 12 months	- most studies are confounded by indication (not controlled for the underlying psychiatric illness) - fewer data available for clozapine - glucose monitoring recommended
			- routine ultrasound monitoring of fetal size in late pregnancy recommended - clozapine has been associated with floppy baby syndrome and exposed infants should be monitored for agranulocytosis weekly for 6 months

*Food and Drug Administration (FDA): pregnancy categories

Category A

- Adequate and well-controlled trials have failed to demonstrate risk to the fetus in the first trimester of pregnancy and there is no evidence of risk in later trimesters.

Category B

- Animal reproduction studies have failed to demonstrate a risk to the fetus; AND
- There are no adequate and well-controlled studies in pregnant women.

Category C

- Animal reproduction studies have shown an adverse effect on the fetus; AND
- There are no adequate and well-controlled studies in humans, but potential benefits may warrant the use in pregnant woman.

Category D

- There is positive evidence of human fetal risk based on adverse reaction data from investigational/marketing experience or studies in humans.
- Potential benefits may warrant use of the drug in pregnant women despite potential risks.

Category X

- Studies in animal or humans have demonstrated fetal abnormalities; AND/OR
- There is positive evidence of human fetal risk based on adverse reactions from investigational or marketing experience; AND
- The risks involved in the use of the drug in pregnant women clearly outweigh the potential benefits.

โดยสรุป การใช้ยารักษาโรคจิตทั้งรุ่นแรกและรุ่นสองไม่ได้เพิ่มอัตราการเกิดความผิดปกติของตัวอ่อน (birth defects) อย่างไรก็ดี ข้อมูลทั้งหมดมาจากจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มากนัก ในขณะเดียวกัน การใช้ยารักษาโรคจิตทั้งสองรุ่นก็มีความสัมพันธ์กับการเกิด neonatal complications ต่างๆกันไป โดยเฉพาะยารักษาโรคจิตรุ่นสองนั้น มีโอกาสเกิด gestational metabolic complications และ large for gestational age (LGA) babies สูงกว่ารุ่นแรก ดังนั้น หากผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ยังไม่เคยได้ยารักษาโรคจิตใดๆมาก่อน ก็น่าจะพิจารณาเลือกใช้ยารักษาโรคจิตรุ่นแรกเป็นลำดับแรก¹⁵ แต่หากผู้ป่วยเคยมีประวัติตอบสนองต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตตัวใดตัวหนึ่งได้ดีมาก่อนก็ควรให้ยาเดิมนั้น ในขนาดที่ effective และเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 12 ยารักษาโรคจิตในหญิงให้นมบุตร¹⁶

ยารักษาโรคจิต	
ยารักษาโรคจิตรุ่นแรก FGA (first generation antipsychotics)	
chlorpromazine	สามารถตรวจพบยาในน้ำนมแม่ได้แต่ในปริมาณที่ไม่สัมพันธ์กับระดับยาในเลือดของแม่ ทารกอาจมีอาการง่วงซึมได้ แนะนำให้ประเมินติดตามอาการง่วงซึมและพัฒนาการของทารกต่อเนื่อง
fluphenazine	ไม่พบรายงานเผยแพร่ หากเป็นไปได้ควรพิจารณาทางเลือกอื่น
haloperidol	มีข้อมูลเพียงเล็กน้อยที่แสดงว่าหากได้รับยาถึง 10 mg ต่อวันจะสามารถตรวจพบระดับยาขนาดต่ำในน้ำนมแม่ได้ แต่ไม่มีผลต่อทารก ควรประเมินติดตามอาการง่วงซึมและพัฒนาการของทารกต่อเนื่อง
perphenazine	มีข้อมูลเพียงเล็กน้อยที่แสดงว่า หากได้รับยาถึง 24 mg ต่อวันจะสามารถตรวจพบระดับยาขนาดต่ำในน้ำนมแม่ได้ แต่ไม่มีผลต่อทารก ควรประเมินติดตามอาการง่วงซึมและพัฒนาการของทารกต่อเนื่อง
thioridazine	ไม่พบรายงานเผยแพร่ หากเป็นไปได้ควรพิจารณาทางเลือกอื่น
trifluoperazine	มีข้อมูลเพียงเล็กน้อยที่แสดงว่าหากได้รับยาถึง 10 mg ต่อวันจะสามารถตรวจพบระดับยาขนาดต่ำในน้ำนมแม่ได้ แต่ไม่มีผลต่อทารก ควรประเมินติดตามอาการง่วงซึมและพัฒนาการของทารกต่อเนื่อง
ยารักษาโรคจิตรุ่นสอง SGA (secondary generation antipsychotics)	
clozapine	แนะนำให้ใช้ยารักษาโรคจิตตัวอื่น เนื่องจากมีรายงานถึงฤทธิ์ง่วงซึมและผลต่อเม็ดเลือด
risperidone	มีข้อมูลเพียงเล็กน้อยที่แสดงว่าหากได้รับยาถึง 6 mg ต่อวันจะสามารถตรวจพบระดับยาขนาดต่ำในน้ำนมแม่ได้ แต่ข้อมูลการศึกษาผลระยะยาวยังจำกัด แนะนำให้เลือกยารักษาโรคจิตตัวอื่น

สรุปข้อมูลความปลอดภัยของการใช้ยารักษาโรคจิตในหญิงให้นมบุตร¹⁷

ยาที่สามารถใช้ได้ (possible use under medical supervision) ได้แก่ chlorpromazine, haloperidol, risperidone, zuclopentixol

ยาที่ยังไม่มีการศึกษารองรับ (not recommended) ได้แก่ perphenazine, fluphenazine, flupenthixol, clozapine, ziprasidone, aripiprazole

3.3 การดูแลระยะสงบและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

(maintenance phase & relapse prevention)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนหนึ่งมีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง เป็นๆหายๆ ทำให้จำเป็นต้องมีการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดการรักษา มีรายงานวิจัยว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคนี้ ร้อยละ 60 มักขาดยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ และการขาดการรักษาภายใน 1 ปีจะทำให้กลับเป็นซ้ำได้ถึงร้อยละ 60 เทียบกับการกินยาต่อเนื่องซึ่งมีการกลับเป็นซ้ำแค่ร้อยละ 20 การกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ ส่งผลต่อการบกพร่องทางสมองและหน้าที่การทำงาน ไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เหมือนเมื่อก่อนป่วย

เป้าหมายในการรักษาโรคจิตเภทมีตั้งแต่ การรักษาเพื่อควบคุมอาการโรคจิตที่รบกวนชีวิตผู้ป่วย การลดการกำเริบซ้ำของอาการโรคจิตที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือและทำงานไม่ได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจนสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้

ฉะนั้นเป้าหมายของการรักษาโรคจิตเภทจึงไม่เพียงแค่ควบคุมอาการของโรคเท่านั้น แต่ต้องป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย โดยเฉพาะการลดการกลับเป็นซ้ำ เป็นส่วนพื้นฐานในการทำให้สมองแย่ง ซึ่งส่งผลดีต่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การเริ่มกลับมามีอาการใหม่ ซึ่งสามารถสังเกตได้จากอาการที่เปลี่ยนแปลงไป หรือคะแนนจากการประเมินความรุนแรงของอาการสูงขึ้น หรือความสามารถในการทำงานหรือการดูแลตัวเองลดลง ได้แก่

1. การมีอาการโรคจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว หรือมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น หรือการทำลายข้าวของ

2. ญาติมีความรู้สึกเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

3. การรับไว้เพื่อรักษาในโรงพยาบาล

4. ระดับคะแนน Clinical Global Impression (CGI)* เปลี่ยนแปลงมากกว่า 6 หรือ The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)** มากกว่า 25 คะแนน (อาจใช้การเปลี่ยนแปลงจากระดับปกติเป็นเพิ่มขึ้น 10 จุด)

หมายเหตุ * Clinical Global Impression (CGI) ดูเอกสารหมายเลข 1 ในภาคผนวก

** The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ดูเอกสารหมายเลข 2 ในภาคผนวก

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่

1. การได้รับยาไม่สม่ำเสมอหรือการขาดยา ทั้งสองกรณีส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ ของอาการได้ในที่สุด มีรายงานว่า การใช้ยาโรคจิตชนิดฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว (long acting injection antipsychotics) สามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าการใช้ยาชนิดกิน และการกินยาโดยมีการให้คำแนะนำและการดูแลจากญาติ จะส่งผลดีทำให้การกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าการที่ผู้ป่วยกินยาเองตามลำพัง

2. การมีภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลหรือขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง
3. การขาดความสามารถในการทำหน้าที่ได้ปกติเหมือนผู้อื่น
4. ญาติมีท่าทีในด้านลบต่อผู้ป่วยหรือทอดทิ้งไม่ดูแล
5. การใช้สารเสพติด ได้แก่ บุหรี่ สุรา ยาบ้า กัญชา

การจัดการเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ

1. การค้นหาสัญญาณเบื้องต้นว่าผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำหรือไม่ (แบบประเมินอาการเตือน ดูเอกสารหมายเลข 3 ในภาคผนวก) และประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ

2. การดูแลทางสังคมจิตใจ
 - การสังเกตอาการและอาการข้างเคียงจากยา
 - การปรับระยะเวลาการนัดเร็วขึ้น
 - การให้ความรู้เรื่องการกินยาแก่ผู้ป่วยและญาติ
 - การส่งต่อเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลการกินยาอย่างต่อเนื่อง (home visit)
 - การบำบัดด้านการรู้คิดและพฤติกรรมโดยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรม

3. การรักษาด้วยยา

- การปรับขนาดของยาเพื่อลดอาการข้างเคียง
- การใช้ยาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว ได้แก่ fluphenazine decanoate, haloperidol decanoate

เน้นการรักษาด้วยยาโดยแพทย์ควบคู่กับการดูแลทางสังคมจิตใจโดยพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข พบว่าสามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ดีที่สุด คือ การมีกลยุทธ์ในการประเมินการกินยาอย่างต่อเนื่อง การจัดการที่ผสมผสานทั้งยาและสังคมจิตใจ จะดีกว่าการให้การรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว

การจัดการกับภาวะการกินยาไม่ต่อเนื่อง

1. กรณีที่ตอบสนองต่อยาไม่ดี (inadequate response)

หลังจากใช้ยามากกว่า 1 ขนาน (ใช้ทีละขนาน) ในขนาดยาที่เหมาะสม เป็นระยะเวลาที่นานพอให้พบ

1.1 การวินิจฉัยใหม่ และคำนึงโรคที่เกิดร่วมอื่นๆ

1.2 คัดแยก (rule out) ภาวะโรคจิตที่เกิดจากสุรา/สารเสพติดหรือสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

1.3 ความต่อเนื่องในการกินยา

ทางเลือกในการดูแลรักษา

- ให้พิจารณาการรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว
- พิจารณาปรับเพิ่มขนาดยา หรือเปลี่ยนเป็นยาโรคจิตชนิดอื่น
- พิจารณาใช้ยาโรคจิตรุ่นสอง เช่น risperidone

2. กรณีปัญหาทางจิตสังคม

2.1 ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง: พิจารณาการส่งต่อกลับบ้านหรือตามสิทธิของผู้ป่วย

2.2 กรณีผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจในการรักษา: ให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อปรับทัศนคติและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ

2.3 กรณีผู้ป่วยมีอาการซับซ้อน: ให้พิจารณาเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัว

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา (treatment resistant schizophrenia)

โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง นอกจากนั้นยังพบข้อมูลว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 20 – 30 ที่ตอบสนองไม่ดีต่อการรักษา¹⁸ จึงเริ่มมีการพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยและการประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา¹⁹ คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตอย่างน้อย 2 ชนิด จากกลุ่มยาที่ต่างกันขนาดยา 400-600 มิลลิกรัมต่อวันของ chlorpromazine equivalent โดยได้รับยาแต่ละขนานเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 สัปดาห์ แต่ยังคงไม่ตอบสนองต่อการรักษา²⁰

3.4 การบำบัดทางจิตสังคม

3.4.1 การประเมินความพิการ (และการออกเอกสารเกี่ยวกับความพิการ)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังเป็นผู้มีสิทธิได้รับการจดทะเบียนคนพิการเพื่อเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่ควรได้รับ ดังนั้นแพทย์ควรทราบหลักเกณฑ์การออกเอกสารรับรองความพิการ ประเภทที่ 4 ที่เป็นลักษณะความพิการเกี่ยวกับโรคจิต สมองผิดปกติ

คนพิการทางจิต หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางจิตใจ พฤติกรรมตามการวินิจฉัยระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลกประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆและมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ประกาศกำหนด

หลักเกณฑ์การประเมินความพิการทางจิต²¹

1. เป็นโรคจิตเภท ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD-10

2. มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม อันเป็นผลจากความผิดปกติจากข้อ 1 และประเมินด้วยแบบประเมินความพิการทางจิตซึ่งมีทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วยความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลืองานบ้าน ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการเรียน/ประกอบอาชีพ ถ้าได้คะแนนรวมตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปถือว่าเข้าเกณฑ์พิการทางจิต ที่สามารถออกเอกสารรับรองความพิการประเภท 4

การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพหรือข้อจำกัด ต้องมีหลักฐานที่สำคัญ ประกอบด้วย รายงานและสรุปผลการรักษา การประเมินการทำงาน และรายงานความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานอย่างน้อย 6 เดือนติดต่อกัน

กรณีที่มีความพิการทางจิตจะต้องมีการประเมินความสามารถ 9 ด้าน (International Classification of Functioning: ICF)* ประเมินและฟื้นฟูทางจิตสังคมโดยพยาบาลดังต่อไปนี้

1. การได้รับทักษะจากการเรียนรู้ (acquiring skills)
2. การสนทนา (conversation)
3. การทำความสะอาดร่างกายตนเอง (washing oneself)
4. การดูแลสุขภาพตัวเอง (looking after one's health)
5. การทำงานบ้าน (doing housework)
6. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน (complex interpersonal interactions)
7. สัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ (informal social relationships)
8. การได้งานทำ การรักษางานที่ทำอยู่และการยุติการทำงาน (acquiring, keeping and terminating a job)
9. นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง (recreation and leisure)

หมายเหตุ *แบบประเมินความพิการ และความสามารถ 9 ด้าน (international classification of functioning: ICF) ตามเอกสารหมายเลข 4 ในภาคผนวก

3.4.2 การให้สุขภาพจิตศึกษา สำหรับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล²² ประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท/โรคจิต สำหรับผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค อาการ การรักษาด้วยยา และทางจิตสังคม (ดูเอกสารหมายเลข 5 ในภาคผนวก) การแก้ไขผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท (ดูเอกสารหมายเลข 6 ในภาคผนวก) อาการเบื้องต้น (early sign) ก่อนการกำเริบของโรคจิต (ดูเอกสารหมายเลข 7 ในภาคผนวก) การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยญาติ (ดูเอกสารหมายเลข 8 ในภาคผนวก)
2. ความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด²³ เป็นกิจกรรมเพื่อให้ญาติตระหนักรู้ความเครียดของตนเอง (โดยอาจใช้แบบคัดกรองความเครียดของกรมสุขภาพจิต) และวิธีการผ่อนคลายตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล เช่น ฟังเพลง ฝึกการหายใจ พูดคุยกับคนรู้ใจ จะช่วยควบคุมอารมณ์และลดความขัดแย้งและลดการปะทะกับผู้ป่วย

3.4.3 การเยี่ยมบ้าน

วัตถุประสงค์เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อให้เยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อลดการกำเริบ ตลอดจนผู้ป่วยที่มีปัญหาการอยู่ร่วมกันกับครอบครัว

สิ่งที่ต้องประเมินในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน²⁴

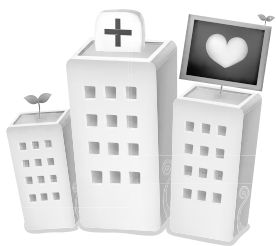
- อาการโรคจิตของผู้ป่วย เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น
- ความร่วมมือในการกินยา
- ผลข้างเคียงจากยา
- ทักษะการใช้ชีวิต เช่น การดูแลตนเอง การทำงาน การใช้ชีวิตในบ้าน ทักษะทางสังคม การใช้เวลาว่างให้มีประโยชน์ เป็นต้น
- คุณภาพชีวิต เช่น ความปลอดภัย การเงิน การได้รับความช่วยเหลือ การคบเพื่อน เป็นต้น
- พฤติกรรมที่ชุมชนไม่ยอมรับ เช่น เมาสุรา ก้าวร้าว ช่มชู้ กระทำอนาจารทางเพศ

เอกสารอ้างอิง

1. นันทิกา ทวิชาชาติ, ปรีชา อินโท, ธงชัย ทวิชาชาติ, อรพรรณ เมฆสุภะ, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไทย, อรรถพล สุคนธาภิรมย์ และคณะ. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร.จดหมายเหตุทางการแพทย์ฯ 2544; 84 (ฉบับพิเศษ1): S118-S126.
2. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์, วรวรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46(4); 335-343.
3. Thara, R. Twenty-year course of schizophrenia: the Madras Longitudinal Study. Canadian Journal of Psychiatry, 2004; 49: 564-569.
4. Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Burstein, R. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, 2013; 382 (9904): 1575-1586. 1575-1586.
5. Murray CJL, & Lopez AD. The Global Burden of Disease. Harvard University Press, 1996.
6. McDvory, J.I., Lieberman, J. A., Stroup, T. S., Davis, S. M., Meltzer, H. Y., Rosenheck, R. A., ... & Severe, J. Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. American Journal of Psychiatry.
7. Liberman RP, Falloon IRH, Wallace CJ. Drug – psychosocial interventions in the treatment of schizophrenia. In: Marabi M, ed. The Chronic Mentally Ill: Research and Services. New York: SP Medical and Scientific Books, 1984.
8. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. World Health Organization., 1993.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. P: 87 - 122.
10. Alkomiet Hasan, Peter Falkai, Thomas Wobrock, Jeffrey Lieberman, Birte Glenthøj, Wagner F. Gattaz, Florence Thibaut, Hans-Jürgen Möller & the World Federation of Societies of Biological Psychiatry Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance, The World Journal of Biological Psychiatry, 2012; 13(5): 318-378.
11. Working Group of the Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder. Mental Health Forum, coordination. Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder. Madrid: Quality Plan for the National Health System of the Ministry of Health

and Consumer Affairs. Agency for Health Technology Assessment and Research, 2009. Clinical Practice Guideline: CAHTA. Number 2006/05-2.

12. Practice guideline 2006: American Psychiatric Association, http://www.psych.org/mainmenu/psychiatricpractice/practice-guidelines_1.aspx.
13. เอกสารการบริหารจัดการยาที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ (High Alert Drugs) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2552, Ref 7 มาโนช หล่อตระกูล. (2546) . คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช . กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี กรุงเทพฯ.
14. Margaret S Chisolm, Jennifer L Payne. Management of psychotropic drugs during pregnancy. BMJ 2015;351:h5918
15. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2015.
16. Drugs and Lactation Database-Lact Med (2013). Retrieved May 15, 2013. Available at: <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>.
17. ธวัชชัย สืพหนาจ MOOD DISORDERS: A Heuristic and Practical Strategy for Thai Psychiatrists กระจุกาคม 2557 หน้า 70-93)
18. Ann M. Mortimer 1, Praveen Singh 1, Charles J. Shepherd 1, Junais Puthiryackal Clozapine for Treatment-Resistant Schizophrenia: National Institute of Clinical Excellence (NICE) Guidance in the Real World Clinical Schizophrenia & Related Psychoses April 2010; 49-55(5 T2))
19. Kinon, B.J., et al., Treatment of neuroleptic-resistant schizophrenic relapse. Psychopharmacol Bull, 1993;29(2):309-314., Ref 3 Christoph U. Correll, Taishiro Kishimoto, Jimmi Nielsen, and John M. Kane. Quantifying Clinical Relevance in the Treatment of Schizophrenia. Clin Ther. 2011 December; 33(12): B16–B39.)
20. The nice guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care-update edition The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2010: p.99)
21. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF. P.30-36. 2012
22. พิเชฐ อุดมรัตน์, สุกมล วิภาวิพลกุล, พันธณา กิตติรัตน์ไพบูลย์, บก. เทคโนโลยีการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
23. ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, บก. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
24. Liberman RP, Kopelowicz A, Smith TE. Psychiatric rehabilitation. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Volume II. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.



ภาคผนวก

เอกสารหมายเลข 1

Clinical Global Impression (CGI)

Clinical Global Impression (CGI)-Severity of illness

Considering your total clinical experience with these particular population, how mentally ill is the patient at this time?

- 0 = not assessed
- 1 = normal, not at all ill
- 2 = borderline mentally ill
- 3 = mildly ill
- 4 = moderately ill
- 5 = markedly ill
- 6 = severely ill
- 7 = among the most extremely ill patients

เอกสารหมายเลข 2

The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

ชื่อผู้ป่วยหรือ ID.....ผู้ประเมิน.....วันที่.....

- ☐ P1. อาการหลงผิด
- ☐ P2. ความคิดสับสน
- ☐ P3. อาการประสาทหลอน
- ☐ P4. อาการตื่นตระหนกกระวนกระวาย
- ☐ P5. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง
- ☐ P6. ความรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย
- ☐ P7. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร
- ☐ N1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ
- ☐ N2. การแยกตัวทางอารมณ์
- ☐ N3. มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง
- ☐ N4. อาการแยกตัวจากสังคม
- ☐ N5. มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม
- ☐ N6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สนใจอย่างต่อเนื่อง
- ☐ N7. การคิดอย่างตายตัว
- ☐ G1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย
- ☐ G2. อาการวิตกกังวล
- ☐ G3. ความรู้สึกผิด
- ☐ G4. ความตึงเครียด
- ☐ G5. ทำทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ
- ☐ G6. อาการซึมเศร้า
- ☐ G7. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า
- ☐ G8. การไม่ร่วมมือ
- ☐ G9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ
- ☐ G10. อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล
- ☐ G11. อาการสมาธิและความสนใจเสีย
- ☐ G12. การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย
- ☐ G13. การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจ หรือริเริ่มสิ่งต่างๆด้วยตนเอง
- ☐ G14. ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี
- ☐ G15. ความคิดหมกมุ่น

- ☐ G16. การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม
- ☐ S1. ความรู้สึกโกรธ
- ☐ S2. อึดใจรอการตอบสนองความต้องการไม่ได้
- ☐ S3. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

ระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิต

- 1 = ไม่มีอาการ
- 2 = มีอาการขั้นต่ำสุด
- 3 = มีอาการเล็กน้อย
- 4 = มีอาการปานกลาง
- 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 6 = มีอาการรุนแรง
- 7 = มีอาการรุนแรงมาก

เอกสารหมายเลข 3

แบบประเมินอาการเตือนก่อนกลับป่วยซ้ำ

แบบประเมินอาการเตือนก่อนกลับป่วยซ้ำ

ประเภทผู้ป่วย	มี	ไม่มี
ข้อ 1 นอนไม่หลับ		
ข้อ 2 ควบคุมการกระทำตนเองไม่ค่อยได้ เช่น นั่งไม่ติด พูดเสียงดัง ชอบออกนอกบ้าน มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม		
ข้อ 3 สนใจเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการอาบน้ำ รับประทานอาหาร การแปรงฟัน ลดน้อยลงกว่าเดิม		
ข้อ 4 พูดคนเดียว ยิ้ม หัวเราะคนเดียว		
ข้อ 5 แยกตัวอยู่คนเดียว เช่น อยากอยู่ตามลำพัง เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง		
ข้อ 6 ก้าวร้าว วุ่นวาย อาละวาดทำลายสิ่งของ ทะเลาะ จะทำร้ายผู้อื่น		
ข้อ 7 ตึงเครียด วิตกกังวล กลัว		
ข้อ 8 มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้		
ข้อ 9 รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า		
ข้อ 10 หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย		
ข้อ 11 มีความคิดหมกมุ่นในเรื่องบางเรื่อง เช่น คิดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ		
ข้อ 12 มีอาการระแวง เช่น คิดว่ามีคนไม่หวังดี มีคนคอยติดตาม ถูกกลั่นแกล้ง มีคนจะมาทำร้าย		
ข้อ 13 มีความคิดว่า มีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา เช่น เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์ เป็นบุคคลสำคัญ มีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์		

การแปลผล :

1. หากผู้ป่วยมีอาการเตือนในข้อ 1, 2, 4, 6, 10, 12 แพทย์ต้องหาสาเหตุที่อาการกำเริบ เช่น การใช้สุรา/สารเสพติด/การมีโรคทางกาย แล้วพิจารณาปรับยาหรือปรึกษาจิตแพทย์
2. หากผู้ป่วยมีอาการเตือนในข้อ 3, 7, 8, 11, 13 แพทย์ต้องหาสาเหตุที่อาการกำเริบร่วมกับให้สุขภาพจิตศึกษา
3. หากผู้ป่วยมีอาการเตือนในข้อ 5, 9 ควรประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q และ 8Q

ទេសាភិបាល 4

(International Classification of Functioning, Disability and Health)

สำหรับคนพิการที่มารับเอกสารรับรองความพิการเพื่อจดทะเบียนคนพิการ
ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาด้านภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

ชื่อผู้พิจารณา.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน []

การวินิจฉัยความบกพร่อง รหัส ICD-10-TM.....

การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ (ถ้ามี).....รหัส ICD-10-TM.....

สรุปว่า มีความพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ในประเภท

☐ การเห็น ☐ การได้ยิน ☐ การสื่อความหมาย ☐ การเคลื่อนไหว ☐ ร่างกาย
☐ จิตใจ ☐ พฤติกรรม ☐ ออทิสติก ☐ สติปัญญา ☐ การเรียนรู้

ระดับความบกพร่องในการทำงานของร่างกาย / ความลำบากในการทำกิจกรรม			.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
ลำดับ	รหัส ICF	ความหมายของรหัส							
1	d155	การได้รับทักษะจากการเรียนรู้							
2	d350	การสนทนา							
3	d510	การทำความสะอาดร่างกายตนเอง							
4	d570	การดูแลสุขภาพตนเอง							
5	d640	การทำงานบ้าน							
6	d720	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน							
7	d750	สัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ							
8	d845	การได้ทำงาน การรักษางานที่ทำอยู่ และการยุติการทำงาน							
9	d920	นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง							

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมตามรหัส ICD-10-TM (version 2012)

F00.- dementia in Alzheimer's disease

F01.- vascular dementia

F02.- dementia in other disease classified elsewhere

F03 unspecified dementia

F06.0 organic hallucination

F06.1 organic catatonic disorder

- F06.2 organic delusional [schizophrenia-like] disorder
- F06.3 organic mood [affective] disorder
- F20.- schizophrenia
- F21 schizotypal disorder
- F22.- persistent delusional disorder
- F25.- schizoaffective disorder
- F28 other nonorganic psychotic disorder
- F29 unspecified nonorganic psychosis
- F30.2 mania with psychotic symptoms
- F31.2 bipolar affective disorder, current episode, manic with psychotic symptoms
- F31.5 bipolar affective disorder, current episode, severe depression with psychotic symptoms
- F31.6 bipolar affective disorder, current episode, mixed
- F32.3 severe depressive episode with psychotic symptoms
- F33.3 recurrent depressive disorder, current episode, severe with psychotic symptoms

เอกสารหมายเลข 5

การให้สุขภาพจิตศึกษา : ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยและญาติ

การให้สุขภาพจิตศึกษา: ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยและญาติ

โรคจิตเภทคืออะไร

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติของสมองที่แสดงออกทางจิตใจและพฤติกรรม พบได้ประมาณ 5-10 คนในทุก ๆ 1,000 คน ผู้ชายมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 18-30 ปี ขณะที่ผู้หญิงมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 20-40 ปี ลักษณะที่บ่งชี้ว่าป่วยเป็นโรคนี้ คือ การมีพฤติกรรมแปลกๆ มีความเชื่อผิดๆ หรือไม่สมเหตุสมผล ได้ยินเสียงคนมาพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัว เห็นภาพหลอน พูดจาไม่ปะติดปะต่อ แยกตัว และขาดความกระตือรือร้นในเรื่องต่าง ๆ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการดังกล่าวหลายอาการ ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจมีเพียงหนึ่งหรือสองอาการก็ได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วร่วมด้วย เช่น อารมณ์ซึมเศร้า อาการย้ำคิดย้ำทำ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น

โรคจิตเภทเกิดขึ้นได้อย่างไร

ในปัจจุบัน เรายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภทแต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภทแล้ว เรามักพบว่าสมองของผู้ป่วยมีการทำงานต่างจากคนทั่วไป ข้อมูลในปัจจุบันพบว่า สารสื่อประสาทที่อยู่ในเซลล์ประสาทของสมองนั้นมีส่วนสัมพันธ์กับอาการของโรคจิตเภท เช่น สารโดปามีน สารซีโรโทนิน เป็นต้น ทำให้ยาที่สามารถไปออกฤทธิ์ต่อการทำงานของสารดังกล่าวจึงมีคุณสมบัติในการรักษาโรคจิตได้ นอกจากนี้ ผลการศึกษาส่วนใหญ่ยังสนับสนุนว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำให้ป่วย หมายความว่า ผู้ที่มีญาติป่วยเป็นโรคจิตเภท มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้ได้มากกว่าคนทั่วไป เช่น เด็กที่เกิดจากพ่อหรือแม่ที่ป่วยเป็นโรคนี้หนึ่งร้อยคน จะมีประมาณ 7-8 คนที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนหนึ่งที่ไม่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมแต่ผู้ป่วยและญาติไม่ควรโทษตนเองหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคนี้ เพราะเรารับรู้แล้วว่า โรคนี้ไม่ได้เกิดจากบุคลิกภาพที่อ่อนแอหรือการเลี้ยงดูที่ไม่ดีของครอบครัว

การวินิจฉัยโรคนี้ในปัจจุบันอาศัยข้อมูลจากผู้ป่วยและคนใกล้ชิดร่วมกับการสัมภาษณ์ทางคลินิก การตรวจร่างกาย และการตรวจสภาพจิตจากแพทย์เป็นหลัก เพราะเรายังไม่มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่จะใช้ตรวจเพื่อบอกว่าป่วยเป็นโรคนี้ได้ การส่งตรวจพิเศษเพิ่มเติมมักจะทำต่อเมื่อแพทย์สงสัยว่า ผู้ป่วยอาจมีโรคทางกายอื่นร่วมด้วย หรือเพื่อแยกโรคทางกายอื่น ๆ ที่มีอาการแสดงคล้ายโรคจิตเภทออกไป

ในระยะสั้น ผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรหลังจากที่มีอาการโรคจิตแต่ละครั้ง

อาการทางจิตใจและพฤติกรรมที่กล่าวมาแล้วมักเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเอง ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ตามปกติ รวมทั้งอาจมีอาการทางจิตอื่นๆ ตามมาได้ เช่น อาการซึมเศร้ารุนแรง การฆ่าตัวตาย เป็นต้น ผู้ป่วยราวร้อยละ 60-70 มักมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาโรคจิต อย่างไรก็ตาม ยารักษาโรคจิตเป็นยาที่ออกฤทธิ์ช้า โดยทั่วไปต้องใช้เวลาอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์กว่าที่จะเริ่มเห็นผลจากการเริ่มหรือปรับยาแต่ละครั้ง

ในระยะยาว ผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคลมชัก โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง แต่การรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดอาการทางจิตและลดการกำเริบของโรคได้เป็นอย่างดี ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตครั้งแรกจึงควรรับประทานยาต่ออีกราว 1-2 ปีหลังจากที่หายเป็นปกติแล้ว ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการสองครั้งหรือมากกว่าควรรับประทานยาต่ออีกอย่างน้อย 5 ปีหรือตลอดชีวิตหลังจากที่หายเป็นปกติแล้ว

นอกจากการรับประทานยาแล้ว สภาพแวดล้อมที่ไม่ดีในครอบครัวก็มีส่วนในการทำให้เกิดการกำเริบของอาการโรคจิตด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะครอบครัวที่พยายามควบคุม วิพากษ์วิจารณ์ และไม่ยอมรับผู้ป่วยอย่างมาก หากท่านสงสัยว่าครอบครัวของท่านอาจมีลักษณะดังกล่าว ท่านควรแจ้งและขอคำปรึกษาจากแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ถ้าท่านเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ท่านควรทำตัวอย่างไร

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง การเข้าใจถึงความเจ็บป่วยนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญ หลังจากอ่านเอกสารนี้จบแล้วหากท่านยังมีข้อสงสัยใด ๆ ท่านควรขอคำอธิบายเพิ่มเติมจากทีมผู้รักษาของท่าน ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็น ท่านไม่ควรหยุดยาเอง และหากท่านมีปัญหาใด ๆ เกี่ยวกับการรักษา เช่น ผลข้างเคียงของยา (ดูเอกสารหมายเลข 6 ในภาคผนวก เรื่อง การแก้ไขผลข้างเคียงของการรักษาโรคจิตเภท) ปัญหาในการเดินทางไปรับการรักษา ท่านควรปรึกษาปัญหาดังกล่าวกับทีมผู้รักษาของท่านเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ๆ

เนื่องจากการสูบบุหรี่อาจทำให้ระดับของยาในเลือดลดลงได้ ดังนั้นเพื่อให้แพทย์จัดยาให้ท่านได้ง่ายขึ้น ท่านจึงควรลดหรือเลิกสูบบุหรี่ ส่วนการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดก็เช่นกันอาจทำให้อาการโรคจิตของท่านกำเริบหรือควบคุมได้ยาก ท่านจึงควรลดหรือเลิกการดื่มสุราหรือสารเสพติดอื่นใดด้วย สำหรับการทำให้จิตใจให้ผ่อนคลาย เช่น การทำงานอดิเรกที่ท่านชอบ หรือการออกกำลังกายเป็นประจำจะเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านทั้งในด้านการควบคุมมิให้อาการโรคจิตกำเริบและยังทำให้สุขภาพโดยรวมของท่านดีขึ้นอีกด้วย

ถ้าญาติท่านป่วยเป็นโรคจิตเภท ท่านควรทำตัวอย่างไร

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง การเข้าใจถึงความเจ็บป่วยนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญ หลังจากอ่านเอกสารนี้จบแล้วหากท่านยังมีข้อสงสัยใดๆ ท่านควรขอคำอธิบายเพิ่มเติมจากทีมผู้รักษาของท่าน

ผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะในรายที่เป็นเรื้อรัง เนื่องจากการกินยาไม่สม่ำเสมอหรือจากสาเหตุอื่นใดก็ตามที่ทำให้ไม่สามารถรักษาให้หายจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลจากญาติ การดูแลที่ดีพบว่าจะช่วยลดการกำเริบและจำนวนครั้งที่ต้องเข้านอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลลงได้ (ดูเอกสารหมายเลข 8 ในภาคผนวก เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยญาติ) สิ่งที่ท่านควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย คือ การช่วยคิด วางแผน และช่วยเหลือในขณะที่ผู้ป่วยมีปัญหาไม่สบายใจ นอกจากนี้ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะการรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัด ก็เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง ในกรณีที่ท่านพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตอีก (ดูเอกสารหมายเลข 7 ในภาคผนวก เรื่อง อาการเบื้องต้น (early sign) ก่อนการกำเริบของโรคจิต) หรือมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้นท่านควรรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์โดยเร็ว

เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้บางรายอาจไม่สามารถดูแลตนเองได้เป็นครั้งคราวหรืออย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยรายดังกล่าวจึงอาจต้องพึ่งพาท่านในเรื่องส่วนตัวหลาย ๆ อย่างหากท่านมีปัญหาใดๆในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ท่านควรแจ้งแก่แพทย์หรือผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทราบ เพื่อร่วมกันปรึกษาหารือถึงวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยแบ่งเบาภาระของท่านในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

เอกสารหมายเลข 6

การให้สุขภาพจิตศึกษา: การแก้ไขผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

การให้สุขภาพจิตศึกษา: การแก้ไขผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

ยารักษาโรคจิตก็เป็นเช่นเดียวกับยารักษาโรคอื่น ๆ ที่อาจมีผลข้างเคียงบ้าง ความรุนแรงของผลข้างเคียงของยาอาจแตกต่างกันได้ในแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะชนิดและขนาดของยาที่ใช้รักษา และความไวในการเกิดผลข้างเคียงของผู้ป่วยแต่ละคน ผลข้างเคียงบางอย่างอาจไม่รบกวนมากหรือรบกวนมากเฉพาะในช่วงแรก (เช่น ในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกเมื่อเริ่มใช้ยา) หลังจากนั้นความรุนแรงจะค่อย ๆ ลดลงจนหายไป ผลข้างเคียงบางอย่างอาจรบกวนมากและเกิดขึ้นหลังจากใช้ยาแล้วหลายเดือนหรือหลายปี หากท่านสงสัยว่า ยาที่ท่านได้รับมีผลข้างเคียง ท่านควรแจ้งให้แพทย์ทราบ

ทางเลือกที่แพทย์มักใช้ในการแก้ไขกับผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต คือ

1. เปลี่ยนยา
2. ลดขนาดยาต่อวันลง
3. ลดขนาดยาที่รับประทานในแต่ละครั้ง แต่เพิ่มความถี่ของการรับประทานยาขึ้น (ขนาดยาต่อวันยังคงเท่าเดิม)
4. เพิ่มยาบางตัวที่สามารถลดผลข้างเคียงลง

ในเบื้องต้น ท่านสามารถแก้ไขผลข้างเคียงของยาได้ด้วยตัวเองดังนี้

1. การหิวบ่อย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น: แก้โดยกินอาหารที่ให้พลังงานน้อย เช่น ผักหรือผลไม้ที่ไม่หวาน ลดอาหารมันและมีรสหวาน หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลม (น้ำเปล่าดีที่สุด เนื่องจากไม่ให้พลังงานเลย)
2. ท้องผูก: ออกกำลังกายและกินอาหารที่มีกากมาก ๆ โดยเฉพาะผักและผลไม้ ดื่มน้ำมากๆ
3. มีน้ิรีษะ: ค่อย ๆ ลุกจากท่านอนหรือท่านั่งช้า ๆ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อนหรือเย็นเกินไป และหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา
4. ง่วงนอน: ปรึกษาแพทย์ว่าสามารถปรับยาส่วนใหญ่หรือทั้งหมดให้ไปกินก่อนนอนได้หรือไม่ สามารถเปลี่ยนเป็นยาอื่นที่มีผลข้างเคียงด้านการง่วงนอนน้อยได้หรือไม่ ถ้าไม่สามารถเลี่ยงได้ ควรเพิ่มเวลานอนตอนกลางคืนเพื่อให้สามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ ในเวลากลางวันได้ตามปกติ
5. ปากและคอแห้ง: แก้โดยดื่มน้ำบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและกาแฟ (เพราะจะทำให้เสียน้ำ) และเคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล
6. ผิวไหม้: หลีกเลี่ยงการอยู่กลางแจ้งแดดจัด ๆ ใส่เสื้อผ้า สวมหมวก หรือทาครีมกันแดด

เอกสารหมายเลข 7

การให้สุขภาพจิตศึกษา: อาการเบื้องต้น (early sign) ก่อนการกำเริบของโรคจิต

การให้สุขภาพจิตศึกษา: อาการเบื้องต้นก่อนการกำเริบของโรคจิต

โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยมักมีอาการเบื้องต้นที่พอสั่งเกตได้ก่อนที่จะมีอาการโรคจิตรุนแรง การสังเกตเห็นและแก้ไขอย่างรวดเร็ว อาจช่วยหยุดยั้งการเกิดอาการโรคจิตหรือช่วยลดความรุนแรงของอาการโรคจิตที่จะเกิดขึ้นได้ อาการเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคจิตดังกล่าวอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน ที่อาจพบได้ คือ

- สมาธิหรือความจำไม่ดี
- ความคิดไม่ค่อยโลดแล่นเหมือนเดิม รู้สึกคิดช้า
- ความคิดแล่นเร็วเกินไป
- วิดกกังวลหรือตื่นเครียด
- ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย
- โกรธหรือหงุดหงิดง่าย
- อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
- นอนไม่หลับ
- กินอาหารมากขึ้นหรือน้อยลง
- ไม่มีเรี่ยวแรงหรือไม่อยากทำอะไร
- มีความรู้สึกว้าวุ่นต่าง ๆ รอบตัวเปลี่ยนไป
- ไม่ไว้วางใจหรือระแวงผู้อื่น

นอกจากนั้นญาติอาจสังเกตว่าก่อนอาการโรคจิตกำเริบ ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น แยกตัวมากขึ้น ความกระตือรือร้นในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ตลอดจนการเรียนหรือการทำงานของผู้ป่วยแย่ลง เป็นต้น

หากท่านพบว่าญาติของท่านที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีอาการเบื้องต้นดังกล่าว ท่านควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ โดยด่วน เพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วยกำลังจะมีการกำเริบของโรคจิตใช้หรือไม่ และเพื่อขอคำปรึกษาว่าจะแก้ไขอย่างไร

เอกสารหมายเลข 8

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยญาติ

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยญาติ

คำแนะนำต่อไปนี้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยให้ท่าน (ในฐานะญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท) สามารถแก้ไขกับพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วยได้ดีขึ้น แต่โปรดทราบว่า ท่านอาจไม่สามารถทำได้ตามทุกคำแนะนำ เนื่องจากบางคำแนะนำอาจเหมาะกับผู้ป่วยบางรายหรือบางสถานการณ์เท่านั้น หากท่านพบว่าท่านได้พยายามที่จะแก้ไขกับพฤติกรรมผิดปกติอย่างเต็มความสามารถแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมนั้นอยู่ ท่านควรปรึกษาทีมผู้รักษาของท่านเพื่อหาทางอื่นในการแก้ไขกับพฤติกรรมผิดปกติดังกล่าวต่อไป

นอกจากนี้ โปรดระลึกว่า พฤติกรรมผิดปกติหลาย ๆ อย่าง อาจเป็นอาการของโรค (เช่น หูแว่ว ภาพหลอน) หรือผลข้างเคียงของยา (เช่น นอนมาก) สามารถแก้ไขได้ด้วยยาให้ยาอย่างเหมาะสม

1. เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกำเริบหรือการป่วยใหม่ ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงควรติดต่อยาที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ญาติควรดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง และควรปรึกษาแพทย์ก่อนเสมอที่จะไปลด หรือเพิ่ม หรือหยุดยากินเอง
2. ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ญาติควรชักจูง โน้มน้าวให้ผู้ป่วยกินยา ถ้าไม่ได้ผลให้ปรึกษาแพทย์ ซึ่งแพทย์อาจให้ยาฉีดรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว (นาน 2-4 สัปดาห์) แทน
3. ญาติควรกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ เพื่อฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยให้กลับมาให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ หรือมีเวลาว่างมากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเฉื่อยชา ซึ่งจะเป็นภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต หลังการรักษาผู้ป่วยอาจมีความสามารถในหลายๆ ด้าน (เช่น การดูแลตนเอง การทำงาน การเข้าสังคม) ลดลง
4. ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติทั่วไปโดยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายปัญหา เพื่อผู้ป่วยและญาติจะได้เข้าใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน
5. สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และให้คำปรึกษาแนะนำ
6. ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมผิดปกติ (เช่น พุดคนเดียว กลัวคนมาทำร้าย) ญาติไม่ควรตกใจหรือกลัว ควรพยายามชักจูงให้ผู้ป่วยหันไปสนใจสิ่งอื่น ญาติไม่ควรตำหนิตายผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่ได้รับกวนผู้ป่วย ญาติควรเข้าใจว่าพฤติกรรมและอาการที่ผิดปกตินั้นเกิดจากโรคที่สัมพันธ์กับความแปรปรวนของสารสื่อประสาทในสมอง ผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจทำและไม่สามารถหยุดการกระทำได้โดยง่าย
7. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ โดยเริ่มจากการพูดคุยกับคนในบ้านก่อน ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยแยกตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว

รายนามคณะที่ปรึกษาทิตติมศักดิ์ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้พัฒนา และคณะทำงาน

คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์)

คณะที่ปรึกษาทิตติมศักดิ์

- | | | |
|-----------------|--------------|-----------------------|
| 1. น.ต.บุญเรือง | ไตรเรืองวรรณ | อธิบดีกรมสุขภาพจิต |
| 2. นพ.พงศ์เกษม | ไข่มุกด์ | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต |

คณะผู้เชี่ยวชาญ

- | | | |
|-----------------------|-------------------|--|
| 1. ศ.นพ.พิเชฐ | อุดมรัตน์ | ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. ศ.นพ.มานิต | ศรีสุรภานนท์ | ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 3. แพทย์หญิงปัทมา | ศิริเวช | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา |
| 4. แพทย์หญิงพันธุ์นภา | กิตติรัตน์ไพบุลย์ | สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ |
| 5. นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 6. นางสาวลักษณ | สุวรรณไมตรี | สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 7. นายแพทย์สันติชัย | ฉ่ำจิตรชื่น | โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 8. แพทย์หญิงรักสุตา | กิจอรุณชัย | โรงพยาบาลศรีธัญญา |

คณะผู้พัฒนา ระยะที่ 1

- | | | |
|---------------------|--------------|--|
| 1. แพทย์หญิงมันทนา | กิตติพิรัช | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ |
| 2. แพทย์หญิงจิตติมา | สงวนชัยกุล | นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา |
| 3. นายแพทย์วรวิฑู | สุพิชญ์ | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลโนนสูง จ.นครราชสีมา |
| 4. นายแพทย์มนตรี | แสนนา | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลตระการพืชผล จ.อุบลราชธานี |
| 5. แพทย์หญิงวรกานต์ | เจริญสวัสดิ์ | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวารินชำราบ จ.ศรีสะเกษ |
| 6. แพทย์หญิงจตุพร | เต็มทานาม | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จ.สกลนคร |
| 7. นายแพทย์นเรศ | มณีเทศ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จ.สกลนคร |

คณะผู้พัฒนา ระยะที่ 2

- | | | |
|---------------------|--------------|--|
| 1. นายแพทย์มนตรี | แสนนา | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลตระการพืชผล จ.อุบลราชธานี |
| 2. แพทย์หญิงวรกานต์ | เจริญสวัสดิ์ | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวารินชำราบ จ.อุบลราชธานี |
| 3. แพทย์หญิงพรทิพย์ | แก้วสว่าง | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ |
| 4. แพทย์หญิงจตุพร | เต็มทานาม | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จ.สกลนคร |
| 5. แพทย์หญิงมันทนา | กิตติพิรัช | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ |

คณะผู้พัฒนา ระยะที่ 3

1. แพทย์หญิงมณฑนา	กิตติพิรัช	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์
2. แพทย์หญิงบุษกร	พัชเภาศัลย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาบอน จ.นครศรีธรรมราช
3. นายแพทย์สมบูรณ์	บุญเอี่ยม	นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลทองแสนขัน จ.อุตรดิตถ์
4. นายแพทย์ธนพงษ์	โลกคำลือ	นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลพิชัย จ.อุตรดิตถ์
5. นายแพทย์ปิยพันธุ์	ภูโอบ	นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลสว่างแดนดิน จ.สกลนคร
6. แพทย์หญิงจตุพร	เต็มทานาม	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร จ.สกลนคร
7. นายแพทย์ปฐมพงศ์	จิตรน้อม	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลปากพลี จ.นครนายก
8. นายแพทย์วิชานันท์	ธนกัญจนพงศ์	นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลรามัน จ.ยะลา

คณะทำงานสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

1. นายวีร์	เมฆวิสัย	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
2. นางสาวธนเนตร	ฉันทลักษณ์วงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
3. นางสาวอุษา	ลิ้มข้าว	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
4. นางพาริณี	ปลัดปกครอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
5. ว่าที่ร้อยเอกกฤตเมธ	ตุ้มฉาย	นักเทคโนโลยีสารสนเทศ
6. นางสาวเปมิกา	ติงสมบัติยุทธ์	นักจัดการงานทั่วไป
7. นางสาวภรณ์ทิพย์	เชิดชูสุวรรณ	นักจัดการงานทั่วไป
8. นางสาวมัญญา	เหรียญตระกูล	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
9. นางสาววราภรณ์	อุทรานิช	พนักงานพิมพ์ ส 3

คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท

สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ

ฉบับแพทย์



กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต