



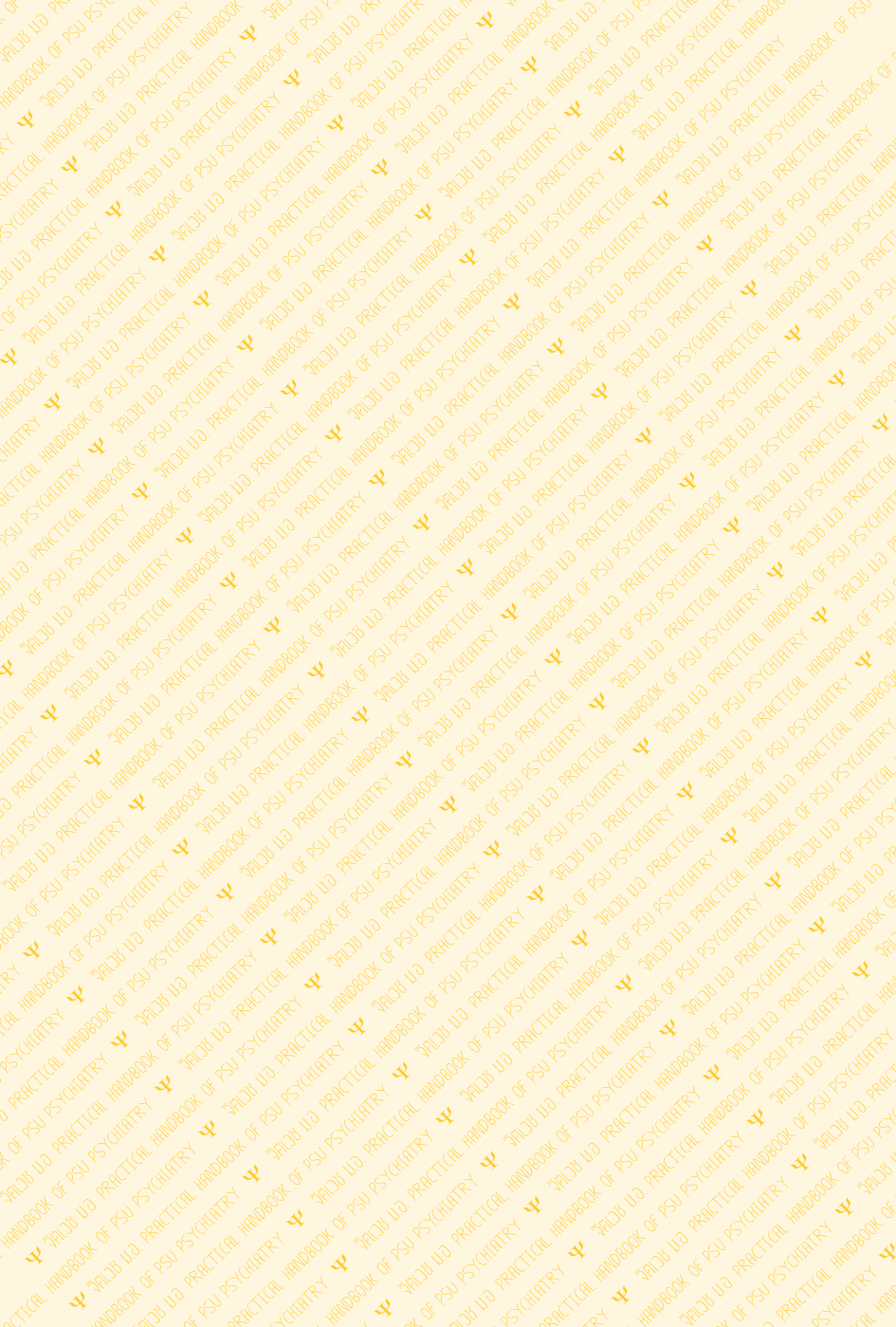
จิตเวช น.อ.

PRACTICAL HANDBOOK OF PSU

PSYCHIATRY

(พิมพ์ครั้งที่ 5)

จารุรินทร์ ปตานพวงศ์ |



จิตเวช ม.อ.
PRACTICAL HANDBOOK OF PSU
PSYCHIATRY

ฉบับครั้งที่ 5

จากรินทร์ ปิตานพวงศ์

สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



จิตเวช ม.อ.

PRACTICAL HANDBOOK OF PSU

PSYCHIATRY

ราคา 200 บาท

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

จารุรินทร์ ปิตานพงค์.

จิตเวช ม.อ. = Practical handbook of PSU psychiatry.-- พิมพ์ครั้งที่ 5.-- สงขลา : [ม.ป.พ.], 2567.
226 หน้า.

1. จิตเวชศาสตร์. I. วิสวัช แดงอ่อน, ผู้วาดภาพประกอบ. II. ชื่อเรื่อง.

616.89

ISBN (e-book) 978-616-271-769-7

- ผู้แต่ง** : จารุรินทร์ ปิตานพงค์
รูปเล่ม/ปก/ : หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วาดภาพประกอบ (วิสวัช แดงอ่อน)
พิมพ์ที่ : สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992), กทม.
พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม 2561 (จำนวน 700 เล่ม)
พิมพ์ครั้งที่ 2 : เมษายน 2562 (จำนวน 1,000 เล่ม)
พิมพ์ครั้งที่ 3 : มีนาคม 2563 (จำนวน 1,000 เล่ม)
พิมพ์ครั้งที่ 4 : มิถุนายน 2564 (จำนวน 700 เล่ม)
พิมพ์ครั้งที่ 5 : กรกฎาคม 2564 (e-book)

จัดพิมพ์โดย : สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จัดจำหน่ายโดย

หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลคอกหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
โทร. 0-7445-1148 โทรสาร 0-7421-2900
ติดต่อสั่งซื้อได้ที่ <http://medinfo2.psu.ac.th/bookunit/bookcorner.html>

(สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537)

คำนำ

Practical handbook of PSU psychiatry จิตเวช ม.อ. เป็นคู่มือที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติให้กับนักศึกษาแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติฉุกเฉิน และบุคลากรทางการแพทย์ ได้มีแนวทางด้าน symptom approach และดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในเบื้องต้น ในบางบทจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับการตอบข้อคำถามจากผู้ป่วยที่พบบ่อย ผู้เขียนจึงเสนอการประยุกต์เนื้อหาจิตเวช ผสานเข้ากับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้เขียน เพื่อเป็นคำตอบที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับการใช้ในบริบทโรงพยาบาลทั่วไป อย่างไรก็ตาม ปัญหาจิตเวช หรือโรคจิตเวชบางโรคที่มีความซับซ้อน มีความจำเป็นต้องส่งปรึกษาจิตแพทย์ต่อไป

ขอขอบคุณศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์พิเชฐ อดมรัตน์ ที่ได้ช่วยอ่านและให้คำแนะนำบางประการเพื่อนำมาปรับปรุงในบางส่วนของคู่มือเล่มนี้

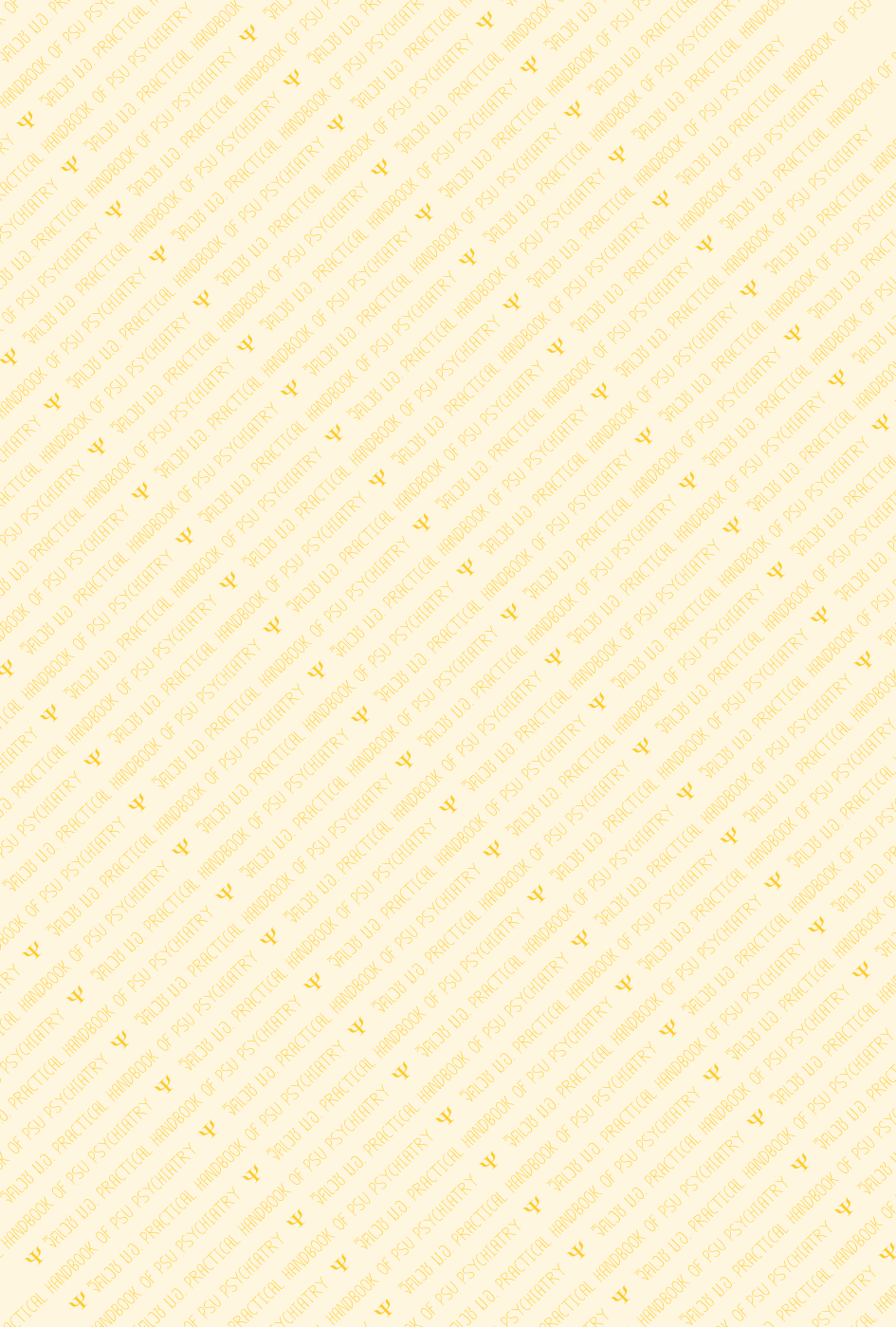
ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติฉุกเฉินและบุคลากรทางการแพทย์ ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์

สารบัญ

บทที่	เรื่อง	หน้า
1	อารมณ์เศร้า (depressive mood)	1
2	การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า	7
3	ผู้ป่วยพยายามปลิดชีวิตตนเอง (attempted suicide)	17
4	ยาแก้ซึมเศร้า (antidepressive drug)	23
5	กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders)	33
6	โรคตื่นตระหนก (panic disorder)	39
7	นอนไม่หลับ (insomnia)	49
8	ยาคลายกังวล (anxiolytics)	55
9	โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive disorder)	65
10	อาการทางกายและโรคที่สัมพันธ์ (somatic symptom and related disorders)	69
11	อาการโรคจิต (psychosis)	75
12	โรคจิตเภทและโรคจิตอื่น ๆ (schizophrenia and other psychotic disorder)	81
13	ยารักษาโรคจิต (antipsychotic drug)	91
14	โรคอารมณ์สองขั้ว หรือโรคอารมณ์แปรปรวน (bipolar disorder)	105
15	ยาปรับอารมณ์ (mood stabilizers)	113
16	ภาวะเพ้อ (delirium)	121
17	ภาวะเพ้อจากการขาดสุรา (delirium tremens)	129

บทที่	เรื่อง	หน้า
18	อาการแสดงที่สัมพันธ์กับสารเสพติด	139
19	ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช	145
20	ผู้ป่วยก้าวร้าว	151
21	การสื่อสารรูปแบบ PSU model	157
22	เรื่องเล่าเพื่อเยียวยาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	161
23	เทคนิคการสนทนาเรื่องความตาย	169
24	ตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	175
25	โรคสมาธิสั้น (attention deficit/hyperactivity disorder)	181
26	ออทิสติก (autism spectrum disorder)	187
ภาคผนวก		
1	Survival note: หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวช	192
2	Survival note: การสั่งยาจิตเวช	198
ดัชนี		202





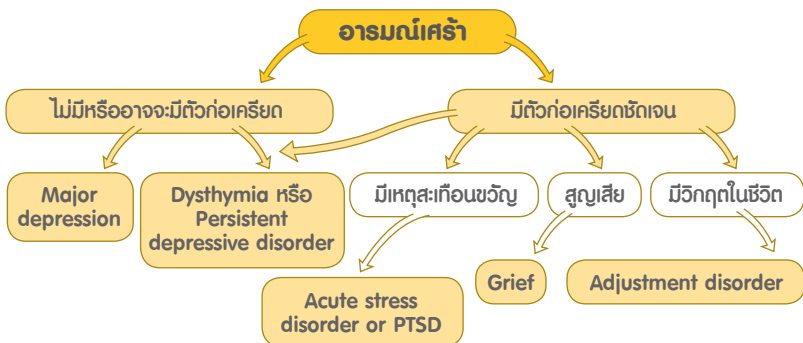
บทที่ 1

อารมณ์เศร้า

(Depressive mood)

การวินิจฉัยแยกโรค

ถ้าใช้ลักษณะความเครียด (stress) หรือตัวก่อเครียด (stressor) มาวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า สามารถแยกโรคได้ดังต่อไปนี้



1. ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder)

ผู้ป่วยที่มีภาวะการปรับตัวที่ผิดปกติ จำเป็นต้องมีเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่ทำให้เกิดวิกฤตทางอารมณ์นำมาก่อนเสมอ เช่น ตกงาน ออกหัก สอบตก มีปัญหาครอบครัว เป็นต้น หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล นอนไม่หลับ หรือปรับตัวต่อความเครียดนั้นไม่ได้ ถึงขั้นสูญเสียการเรียน หน้าที่การงาน การดำเนินชีวิต หรือบทบาททางสังคม

2. ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (normal grief or uncomplicated bereavement)

ความเศร้าโศกจากการสูญเสียนั้น ผู้สูญเสียจะมีความเครียดจากการสูญเสียหรือตายจาก (loss) ของบุคคลอันเป็นที่รัก หรือบางครั้งเป็นสัตว์เลี้ยงที่ผูกพันกันมานาน ซึ่งในภาวะสูญเสียปกติ ผู้สูญเสียจะมีความเศร้าที่ไม่รุนแรงเหมือนกับอารมณ์เศร้าที่พบในโรคซึมเศร้า เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 1-2 สัปดาห์ อารมณ์เศร้าของผู้สูญเสียจะเบาบางลง สามารถกลับมาดำรงชีวิตได้เป็นปกติตามเดิม แต่ถ้ายังคงมีอาการเศร้าหลงเหลืออยู่ อารมณ์เศร้านั้นจะไม่มี ความรุนแรง และค่อย ๆ หายไปภายใน 1-3 เดือน

3. โรคเครียดเฉียบพลัน (acute stress disorder) และโรคเครียดภายหลังภัยอันตราย (post traumatic stress disorder, PTSD)

เป็นภาวะที่ผู้ป่วยประสบกับความเครียดที่มีลักษณะแตกต่างจากความเครียดในภาวะปกติ กล่าวคือ เป็นความเครียดจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (traumatic event) ที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ เช่น ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ ประสบภัยพิบัติ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกล่วงละเมิดทางเพศ

เป็นต้น ทำให้ผู้ประสบเหตุเกิดอาการในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1) **ด้านอารมณ์** มีความรู้สึกตื่นตระหนก สะดุ้ง ตกใจง่าย หวาดกลัว และเครียดง่ายกับเรื่องธรรมดา
- 2) **ด้านความคิด** หวนระลึกถึงภาพเหตุการณ์ร้ายซ้ำ ๆ (re-experience) โดยคิดถึงหรือฝันถึง
- 3) **ด้านร่างกาย** มีอาการใจสั่น สมอ่งมินชา งุนงง เหมือนกับช่วงที่ตกอยู่ในสถานการณ์ร้ายที่ผ่านมานั้นอีก
- 4) **ด้านพฤติกรรม** หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะเชื่อมโยงกับสถานการณ์ร้ายนั้น ๆ

ถ้าอาการที่เกิดขึ้นนั้นหายไปภายใน 1 เดือน หลังประสบเหตุการณ์ สะเทือนขวัญจะเรียกว่า acute stress disorder แต่ถ้าอาการคงอยู่นานมากกว่า 1 เดือน จะเรียกว่า post traumatic stress disorder (PTSD)

อย่างไรก็ตามอารมณ์ที่พบในโรคเครียดเฉียบพลันหรือภายหลังภัยอันตราย ส่วนใหญ่จะเป็นอารมณ์หวาดกลัว ตื่นเต้น ตกใจง่าย มากกว่าเป็นอารมณ์เศร้า ยกเว้นในกรณีที่ผู้ประสบเหตุร้ายนั้นมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือมีความคิดว่าตนเองเป็นต้นเหตุของการเกิดเหตุร้าย หรือการสูญเสียนั้น ทำให้ผู้ประสบเหตุคนดังกล่าวมีความรู้สึกผิดและมีอารมณ์เศร้าได้

4. โรคซึมเศร้า (major depressive disorder)

ตามปกติโรคซึมเศร้า จะมีความเครียดนำมาก่อน หรือไม่ก็มีได้ถ้าไม่มีความเครียด หรือ วิกฤตชีวิตใด ๆ นำมาก่อน ในอดีตจะเรียกโรคซึมเศร้าในลักษณะนี้ว่า “endogenous depression” ซึ่งหมายถึงโรคซึมเศร้าที่เกิดจากการมีความผิดปกติของสารส่งผ่านประสาท (neurotransmitter) หรือสารเคมี ในสมองเป็นหลัก

แต่ถ้าผู้ป่วยมีความเครียดนำมาก่อน อารมณ์เศร้าที่พบในโรคซึมเศร้านั้นจะมีความแตกต่างจากอารมณ์เศร้าที่พบในภาวะการปรับตัวที่ผิดปกติ (adjustment disorder) กล่าวคือ อารมณ์เศร้าในโรคซึมเศร้าจะมีความรุนแรงมากกว่าและมีอาการร่วมอื่น ๆ ที่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า กล่าวคือ

1) มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ (depressive mood) เกือบตลอดเวลา และเป็นทุกวันนานติดต่อกันมากกว่า 2 สัปดาห์

สำหรับอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุ อาจมีการแสดงออกของอารมณ์ที่แตกต่างไปจากอารมณ์เศร้าของคนทั่วไปคือ มักมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย น้อยใจ ร้องไห้ง่าย หรือหงุดหงิดมากกว่าปกติ บางรายอาจแสดงอารมณ์เศร้าออกมาเป็นอาการทางด้านร่างกายที่มากเกินจริง (somatic complain) หรือพูดถึงอารมณ์เศร้าในลักษณะเปรียบเปรย อุปมาอุปไมย เป็นนามธรรม เช่น รู้สึกจิตใจห่อเหี่ยวเหมือนแสงเทียนใกล้จะดับ เหมือนใบไม้แห้งที่กำลังร่วงหล่นจากต้น

2) หมดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบ (loss of interest) เช่น เดิมชอบดูละครทีวี ติดตามข่าวสาร แต่ตอนนี้กลับรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สนใจ ไม่อยากทำอะไร เก็บตัว อยู่คนเดียวเงียบ ๆ ผู้ป่วยบางรายยังคงดำเนินกิจวัตรประจำวัน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ เพียงแต่ความรู้สึกต่อการทำกิจกรรมเหล่านั้นอาจเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ไม่รู้สึกมีความสุขหรือสนุกสนานต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ เหมือนเดิม

3) มีความคิดในแง่ลบ (negative thought) ทั้งต่อตนเอง ต่อชีวิตในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไร้ค่า หรือเป็นคนบาป คนผิด รู้สึกผิดหวังกับชีวิตที่ผ่านมา มองชีวิตในปัจจุบันว่า ล้มเหลว และคาดการณ์ชีวิตในอนาคตว่าคงไม่มีสิ่งดีเกิดขึ้น จึงอยากปลิดชีวิตตนเอง

4) มีอาการร่วมอื่น ๆ เช่น อาการทางกาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และนอนไม่หลับ เป็นต้น

5. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia หรือ persistent depressive disorder)

โรคซึมเศร้าเรื้อรัง คือโรคซึมเศร้าที่มีอารมณ์เศร้าเป็น ๆ หาย ๆ เรื้อรังต่อเนื่องนานติดต่อกันมากกว่า 2 ปี โดยอารมณ์เศร้าที่พบในโรคซึมเศร้าเรื้อรังนั้นจะรุนแรงน้อยกว่าที่พบในโรคซึมเศร้า ส่วนลักษณะอาการแสดงอื่น ๆ จะมีความคล้ายคลึงกับที่พบในโรคซึมเศร้า เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป รู้สึกไม่พอใจในตนเอง รู้สึกตนเองไม่ประสบความสำเร็จ พลังลดลง มองโลกแง่ร้ายและขาดสมาธิ รวมทั้งสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติงาน หรือดำเนินชีวิตตามปกติ โดยผู้ป่วยมีอาการเช่นนี้เกือบทุกวันจนดูเหมือนเป็นเรื่องธรรมดาเป็นเวลาต่อเนื่องนานอย่างน้อย 2 ปี

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังอาจไม่จำเป็นต้องมีความเครียดนำมาก่อน แต่ถ้ามีความเครียดร่วมด้วย มักพบโรคซึมเศร้าเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาชีวิต หรือมีปัญหาครอบครัวที่ซับซ้อนและเรื้อรัง

Keynote

ถ้าผู้ป่วยประสบกับความเครียดที่ไม่รุนแรงถึงกับชีวิต และเป็นความเครียดที่พบได้ทั่วไป ผู้ป่วยอาจป่วยเป็นภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) หรือโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ซึ่งวินิจฉัยแยกโรคทั้งสองออกจากกันโดยใช้ลักษณะความ

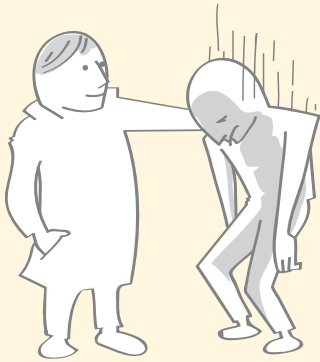
รุนแรงของอารมณ์เศร้า ถ้าอารมณ์เศร้านั้นมีความรุนแรงมากและมีอาการร่วมอื่น ๆ ที่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

ถ้าผู้ป่วยมีการสูญเสียหรือตายจากของบุคคลอันเป็นที่รัก และมีอารมณ์เศร้าที่ไม่รุนแรง รวมทั้งอารมณ์เศร้านั้นคงอยู่ไม่นานเกิน 1-2 สัปดาห์ หรือหายไปภายใน 1-3 เดือน ให้วินิจฉัยว่าเป็นความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief and bereavement)

แต่ถ้าอารมณ์เศร้านั้นเกี่ยวข้องกับการประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ให้ดูที่ระยะเวลาการคงอยู่ของอาการ ถ้าอาการหายไปภายใน 1 เดือน ให้วินิจฉัยว่าเป็น acute stress disorder แต่ถ้าอาการคงอยู่นานมากกว่า 1 เดือน ให้วินิจฉัยว่าเป็น post traumatic stress disorder หรือ PTSD

บรรณานุกรม

1. กมลเนตร วรณเสวก. ภาวะซึมเศร้า. ใน: นันทวัช สิริธิรักษ์, กมลเนตร วรณเสวก, กมลพร วรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันท์เวช, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราช DSM-5. กรุงเทพฯ:ประชุมสาส์นไทยการพิมพ์;2558:169-78.
2. พิเชฐ อุดมรัตน์. การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าในเวชปฏิบัติ: คำถามและคำตอบ. ใน: พิเชฐ อุดมรัตน์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, บรรณาธิการ. การวินิจฉัยและการรักษาโรคทางจิตเวชสำหรับแพทย์ทั่วไป. สงขลา:ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2551: 11-29.



บทที่ 2

การดูแลรักษา ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า

หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าคือ ให้การรักษาตามคำวินิจฉัยโรค กล่าวคือ

1. ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder)

นอกจากให้การรักษาด้วยยาตามอาการ เช่น ให้ยาในกลุ่ม benzo diazepine (BZDs) lorazepam 0.5-1 mg รับประทานก่อนนอน เพื่อช่วยผู้ป่วยในเรื่องการนอน หรือ clorazepate 5 mg รับประทานก่อนนอน เพื่อช่วยคลายความกังวลแล้วนั้น การบำบัดทางจิตใจจัดเป็นการรักษาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการปรับตัวผิดปกติ

เนื่องจากความเครียดทำให้ผู้ป่วยมีวิกฤตทางอารมณ์ (emotional crisis) ดังนั้นการรักษาด้วย crisis intervention โดยใช้เทคนิค narrative therapy เพื่อนำพาให้ผู้ป่วยออกจากเรื่องเล่าที่เป็น thin story โดยการสำรวจ thick story ของตนเอง ทำให้ค้นพบตัวตน (self) ที่เข้มแข็ง และมีพลังบวกอยู่ภายใน (inner power) นำมาเยียวยาตัวตนที่เปราะบาง ทำให้เกิดตัวตนใหม่ (self transformation และ self healing) โดยตัวตนที่เข้มแข็งนี้จะนำทางชีวิตที่ตกต่ำให้พลิกฟื้นขึ้นมาใหม่ ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง และมองเห็นหนทางที่จะนำมาใช้ฝ่าทางตันชีวิต มองเห็นทางออก หรือเจอแสงสว่างที่ปลายอุโมงค์ชีวิตของตนเอง ถือเป็นหนึ่งในแนวทางที่ช่วยยกระดับตัวตน (self esteem) ให้ผู้ป่วยผ่านพ้นวิกฤตอารมณ์นั้นไปได้

เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยชีวิตานาภิบาล (palliative patient) ที่มีความเครียดจากความเจ็บป่วยทำให้มีปฏิกิริยาอารมณ์เศร้า (depressive reaction) การบำบัดรักษาด้วย narrative therapy จะทำให้ผู้ป่วยชีวิตานาภิบาลมองเห็นความหมายชีวิตที่ผ่านมา (meaning of life) และเห็นทางออก (solution) ของชีวิต มีแนวทางเพื่อทำให้ชีวิตของตนเองเกิดความสุขก่อนที่จะล้มหายใจจะสิ้นสุดลง สิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยคลายความเศร้าจากความเจ็บป่วย เพราะเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ผู้ป่วยจะมองย้อนดูชีวิตที่ผ่านมา ก็พบความสุขที่บรรจุนอยู่มากมาย ทำให้ใจเต็ม รู้สึกอิ่มเอมใจ ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีคลายอารมณ์เศร้าให้กับผู้ป่วยชีวิตานาภิบาล ทำให้ลดการใช้ยาแก้ซึมเศร้าและไม่ต้องเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยา

2. ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief and bereavement)

ถ้าเป็นความเศร้าโศกจากการสูญเสียตามปกติ (normal grief) อาจไม่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยา เนื่องจากกระบวนการทางสังคมจะช่วยเยียวยาความเศร้าโศกของผู้สูญเสียให้ผ่านพ้นวิกฤตอารมณ์

เศร้านั้นไปได้ ตามปกติอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียนั้นจะเบาบางลงภายใน 1-2 สัปดาห์ และคงอยู่ไม่นานเกิน 1-3 เดือน เมื่อเวลาผ่านไปผู้สูญเสียจะกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติสุขได้เหมือนเดิม

แต่ถ้าเป็นความเศร้าโศกจากการสูญเสียแบบมีพยาธิสภาพ (pathological grief) อารมณ์เศร้าโศกจะคงอยู่นานเกิน 1-3 เดือน และอารมณ์มีความรุนแรงมากเหมือนกับที่พบในโรคซึมเศร้า รวมทั้งมีอาการร่วมอื่น ๆ ที่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ในกรณีเช่นนี้ควรให้การรักษามือถือกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการใช้ยาแก้อึมเศร้าร่วมกับทำจิตบำบัด

3. โรคเครียดเฉียบพลัน (acute stress disorder) และ โรคเครียดหลังภัยอันตราย (post traumatic stress disorder, PTSD)

จากการประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญทำให้มีอาการเศร้า หรือรู้สึกผิดต่อสิ่งที่เกิดขึ้น รวมทั้งมีความคิดหวนระลึกถึงเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำ ๆ (re-experience) ไม่ว่าจะหวนคิดถึง หรือฝันถึงภาพตอนที่ประสบเหตุร้าย ร่วมกับมีอาการทางด้านร่างกาย เช่น ใจสั่น สะดุ้ง ตระหนก ตกใจง่าย สมองมึนงง เหมือนกับช่วงที่ตกอยู่ในสถานการณ์ร้ายนั้น และอาการมีความรุนแรงถึงขั้นรบกวนการทำงาน การนอน หรือการใช้ชีวิตประจำวัน ในกรณีเช่นนี้ควรให้การบำบัดรักษาด้วยยา จนอาการของผู้ป่วยสงบลงนาน 6-9 เดือน จึงพิจารณาลดยาและหยุดยา โดยยาที่นิยมใช้ คือ

1) กลุ่มยาคลายกังวล หรือ ยากลุ่ม BZDs

ตัวอย่างเช่น clorazepate (tranxene) 5-10 mg/d รับประทานในช่วงเย็นหรือก่อนนอน เพื่อลดความวิตกกังวลหรือความกลัวที่ท่วมท้น ร่วมกับ lorazepam 0.5-1 mg รับประทานก่อนนอน เพื่อช่วยเรื่องการนอนหลับ

2) กลุ่มยาแก้ซึมเศร้า

ตัวอย่างเช่น fluoxetine 20-40 mg/d รับประทานในช่วงเช้า หรือ sertraline 50-100 mg/d รับประทานในช่วงเช้าหรือก่อนนอน เพื่อรักษาอาการด้านความคิดหวนระลึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่าง ๆ ซ้ำ ๆ และอารมณ์เศร้า หรือรู้สึกผิดต่อสิ่งที่เกิดขึ้น

3) Beta-blocker

ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้ยา propranolol 10-40 mg/d เพื่อลดอาการทางด้านร่างกาย เช่น ใจสั่น

4. โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia หรือ persistent depressive disorder)

หลักการรักษาโรคซึมเศร้านั้นขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค กล่าวคือ

1) รับผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (hospitalization) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้ารุนแรง และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

2) ให้ยาแก้ซึมเศร้า ชนิดรับประทานซึ่งมีหลายกลุ่ม คือ

2.1 tricyclic antidepressants (TCAs) เช่น nortriptyline 25-100 mg/d, amitriptyline 25-100 mg/d, imipramine 25-100 mg/d

2.2 selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เช่น fluoxetine 20-40 mg/d, fluvoxamine 50-300 mg/d, sertraline 50-100 mg/d, escitalopram 10-20 mg/d

2.3 กลุ่มอื่น ๆ เช่น mianserin, mirtazapine, venlafaxine, agomelatine, vortioxetine เป็นต้น

3) จัดบำบัด เป็นวิธีบำบัดด้านจิตใจ ที่ใช้ร่วมกับการรับประทานยาแก้ซึมเศร้า ซึ่งได้แก่

3.1 narrative therapy

การทำ narrative interview จะทำให้ผู้ป่วยค้นพบพลังภายใน (inner power) ตนเอง ที่จะมาเยียวยาจิตใจและยกระดับตัวตน (self esteem) จนเกิด self healing และ self transformation ทำให้จิตใจเข้มแข็งขึ้น และมีมุมมองเชิงบวกมานำพาชีวิตให้ดำเนินต่อไป

3.2 psychoeducation

การให้คำแนะนำเรื่องสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าและการรักษา เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ ดังนั้นคำแนะนำที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น โรคซึมเศร้าไม่ใช่โรคจิตใจอ่อนแอหรือไม่เข้มแข็ง แต่เป็นโรคที่เกิดจากสารส่งผ่านประสาท หรือสารเคมีในสมอง เช่น norepinephrine, serotonin มีความผิดปกติ หรือเสียสมดุล หรืออาจกล่าวได้ว่า โรคซึมเศร้า คือ โรคสมองขาดสารความสุข ดังนั้นมีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ซึมเศร้า เพื่อเติมสารความสุขให้กับสมอง ทำให้รู้สึกมีความสุขมากขึ้น สำหรับคำแนะนำเรื่องการรักษาโรคซึมเศร้า อาจให้คำแนะนำเป็นขั้นตอนดังนี้

(1) โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาให้หายได้

(2) ในการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรก ควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องนานอย่างน้อย 1-2 ปี เมื่อครบกำหนดเวลาดังกล่าว สามารถลดขนาดยาลงและหยุดยาได้ แต่ถ้าโรคซึมเศร้านั้นมีความรุนแรง และมีแนวโน้มทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต เช่น การเรียน การทำงาน ก็ควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องนานมากกว่า 2 ปี หรือจนกว่าจะเรียนจบหลักสูตร หรือปรับตัวต่อการทำงานได้ ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการป่วยซ้ำจนต้องหยุดพักการเรียน หรือถูกออกจากงาน

(3) ถ้าเกิดการป่วยซ้ำครั้งใหม่ (recurrent) ควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้อักเสบซ้ำ ชนิดเดิม ขนาดเดิม ตามที่ผู้ป่วยเคยตอบสนองมาก่อน และใช้เวลาในการรับประทานยาให้นานมากกว่าที่ใช้ในการป่วยครั้งแรก กล่าวคือ ในการป่วยซ้ำครั้งที่ 2 อาจให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้อักเสบซ้ำนาน 3-4 ปี หรือตามดุลพินิจของแพทย์ แต่ถ้าเป็นการป่วยซ้ำครั้งที่ 3 เป็นต้นไป ควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้อักเสบซ้ำต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

(4) ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้า ความปรารถนาอยากให้ผู้ป่วยร่าเริง ออกไปพบปะผู้คน หรือออกกำลังกาย ในบางครั้งอาจไม่เป็นผลเนื่องจากโรคซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเศร้า เมื่อ ไม่อยากทำอะไร และไม่ออกไปไหน ผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำตามคำแนะนำเหล่านี้ได้ และในทางกลับกันคำแนะนำเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงหรือมีอาการเศร้าเพิ่มขึ้น เนื่องจากรู้สึกผิดต่อผู้ให้คำแนะนำ ดังนั้นอาจรอให้อาการทุเลาลงก่อน จึงกระตุ้นผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสนใจ

คำแนะนำที่ควรให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ ให้รับประทานยาแก้อักเสบอย่างต่อเนื่อง และพบแพทย์ตามเวลานัดอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยในการอดทน รอเวลา ให้ยาแก้อักเสบออกฤทธิ์รักษาทำให้อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยหายไป ซึ่งต้องใช้เวลาน้อย 2-6 สัปดาห์

3.3 group psychotherapy

กิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัว จัดเป็นวิธีรักษาร่วมอย่างหนึ่ง เพื่อเพิ่มความเข้าใจ เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ยังช่วยเสริมสร้างตัวตน สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

Double depression และ dysthymia

มีข้อพิงสังเกตรคือ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอย่างเดียว แต่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าซ้อนทับอยู่บนโรคซึมเศร้าเรื้อรัง หรือที่เรียกว่า “double depression” ดังนั้นเมื่อให้การรักษารโรคซึมเศร้าจนอารมณ์เศร้าที่รุนแรงนั้นหายไป ผู้ป่วยจะกลับเข้าสู่อาการของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง กล่าวคือ ผู้ป่วยจะยังคงมีอาการเศร้าหลงเหลืออยู่ในระดับน้อย ๆ ที่ไม่รุนแรงเป็น ๆ หาย ๆ และเรื้อรัง ทำให้ดูเหมือนว่าโรคซึมเศร้านั้นรักษาไม่หายขาด

ในส่วนการรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia หรือ persistent depressive disorder) คือการใช้ยาแก้มซึมเศร่ากลุ่ม SSRIs ตัวอย่างเช่น fluoxetine 20 mg รับประทานในช่วงเช้า หรือ fluvoxamine 100-300 mg รับประทานในช่วงก่อนนอน โดยมีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังรับประทานยาแก้มซึมเศร่าต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคที่มีลักษณะเรื้อรัง

Pseudodementia

คือโรคซึมเศร่าทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่อหน่าย ขาดความสนใจในสิ่งรอบตัว ขาดสมาธิ ในการจดจำสิ่งต่าง ๆ หรือขาดความคิดสร้างสรรค์ ผู้ป่วยมักตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยคำว่า “ไม่ทราบ” หรือ “I don't know” ทำให้ดูเหมือนว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการคิด และมีความจำลดลง เหมือนป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมเทียม (pseudodementia)

Keynote

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอารมณ์เศร้า ให้วินิจฉัยแยกโรคว่าเป็นภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) ความเศร้าโศกจากการสูญเสียแบบมีพยาธิสภาพ (pathological grief) หรือไม่มีพยาธิสภาพ (normal grief) หรือโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) แล้วให้การบำบัดรักษาตามการวินิจฉัยโรคนั้น ๆ

เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ ดังนั้นแพทย์ควรให้การรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า ร่วมกับทำจิตบำบัดและกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัด รวมทั้งให้คำแนะนำเรื่องโรค ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อโรคซึมเศร้าแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาโรคซึมเศร้าจนหายขาดได้

บรรณานุกรม

1. กมลเนตร วรณเสวก. ภาวะซึมเศร้า. ใน: นันทวัช สิทธีรักษ, กมลเนตร วรณเสวก, กมลพร วรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยา คามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราช DSM-5. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์;2558:169-78.
2. จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์. จิตบำบัดแบบเรื่องเล่า การหาความหมายและทางออกแบบสั้นในชีวิตประจำวัน. สงขลา: นครินทร์เวชสาร. 2558;33: 305-13.



3. พิเชฐ อุดมรัตน์. การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าในเวชปฏิบัติ: คำถามและคำตอบ.
ใน: พิเชฐ อุดมรัตน์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, บรรณาธิการ.
การวินิจฉัยและการรักษาโรคทางจิตเวชสำหรับแพทย์ทั่วไป. สงขลา:
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;
2551:11-29.

