

Articles from Ramamental

โรคจิตเภท (Schizophrenia)

2011-12-05 10:12:30 admin

มาโนช หล่อตระกูล

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ดังต่อไปนี้

ก. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

- 1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน
- 2) Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion, delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion, religious delusion หรือ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ หรือเป็นไปได้เลย อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider จัดว่าเป็น bizarre delusion

อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้างเช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ auditory hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นโดยผ่านทางภาษาพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการเช่น loose associations, incoherent speech, หรือ tangentiality เป็นต้น

Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรกแปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

ข. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

Asociality เก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

อาการเหล่านี้ไม่ได้เป็นตัวระบุว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทแน่นอน (pathognomonic) ในการวินิจฉัยยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ด้วย เนื่องจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ก็พบอาการในกลุ่มนี้ได้เช่นกัน แม้ว่าจะไม่บ่อยเท่า

1. Audible thoughts ผู้ป่วยมีหูแว่วเป็นเสียงพูด เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันกับที่คิดเนื้อหาใจความ เหมือนกับที่คิดทุกอย่าง ผู้ป่วยบางคนบอกว่าเป็นเสียงสะท้อนของความคิด
2. Voices arguing ผู้ป่วยมีหูแว่วได้ยินเสียงมากกว่าสองคนถกเถียง หรือออกความคิดเห็นกัน โดยมีเนื้อหาพาดพิงถึงตัวผู้ป่วย (ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สาม)
3. Voices commenting ผู้ป่วยมีหูแว่วเสียงพูดหรือวิจารณ์ถึงการกระทำหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย
4. Somatic passivity ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตนเองรวมไปกับการเชื่อว่า ความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้เป็นมาจากการกระทำของบุคคลหรืออำนาจภายนอก
5. Thought withdrawal ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าอยู่ ๆ ความคิดก็หายไปกระทันหัน จากการที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดออกไป
6. Thought insertion ผู้ป่วยรู้สึกว่าความคิดที่มีนั้นไม่ใช่ความคิดของเขา หากแต่เป็นจากบุคคลหรืออำนาจภายนอกสอดแทรกความคิดนั้นเข้าสู่ตนเอง
7. Thought broadcasting ผู้ป่วยรู้สึกว่าความคิดของตนเองแผ่ออกไปภายนอก จนคนอื่น ๆ รอบข้างทราบกันหมดว่าตนเองคิดอะไรอยู่
8. Delusional perception ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ปกติ แต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับ ความหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะเกิดเหตุการณ์นั้น ทั้งที่ไม่มีความเกี่ยวเนื่องกัน
9. Delusion of control ผู้ป่วยเชื่อว่าอารมณ์ความรู้สึก แรงผลักดัน หรือการกระทำที่มีในขณะนั้นมิใช่ของตนเอง หากเป็นจากอำนาจภายนอกมาควบคุมบังคับให้เป็นเช่นนั้น ตนเองเป็นเหมือนหุ่นที่คอยทำตามการควบคุม

การวินิจฉัย

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน

1. อาการหลงผิด
2. อาการประสาทหลอน
3. disorganized speech
4. grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior
5. อาการด้านลบ ได้แก่ flat affect, avolition หรือ avolition

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็น bizarre delusion, voice commenting หรือ voice discussing

B. มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้าน social/ occupational function มาก เช่น ด้านการงานสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่น หรือสุขอนามัยของตนเอง

C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ A) อย่างน้อย นาน 1 เดือน

และระยะที่เหลืออาจเป็น prodromal หรือ residual phase

การจำแนกกลุ่มย่อย

ตาม DSM-IV โรคจิตเภทแบ่งออกตามลักษณะอาการทางคลินิกออกเป็น 5 กลุ่มย่อยได้แก่

1. Catatonic type เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติเด่นด้านการเคลื่อนไหวได้แก่ stupor, negativism, rigidity, excitement หรือ posturing
2. Disorganized type ลักษณะสำคัญคือ ความคิดกระจัดกระจายไม่เป็นไปในแนวเดียวกัน แสดงออกมาทางคำพูดหรือท่าทาง เช่น incoherence, loosening of association มาก, หรือมีพฤติกรรมเรื่อยเปื่อย วุ่นวาย นอกจากนี้การแสดงออกด้านอารมณ์จะเรียบเฉย หรือไม่เหมาะสมอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการที่เข้ากันได้กับ catatonic type

ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการระหว่างอายุ 15-25 ปี การพยากรณ์โรคมักไม่ดี เนื่องจากมีอาการด้านลบเกิดขึ้นเร็ว

3. Paranoid type ลักษณะสำคัญคือ มีความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิด หรือหูแว่ว ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการของ catatonic หรือ disorganized type

เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยมักเริ่มเป็นขณะอายุมากกว่า 2 ชนิดแรก บุคลิกภาพโดยรวมไม่เสื่อมเท่า 2 ชนิดแรก

4. Undifferentiated type เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากันได้กับโรคจิตเภท แต่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้อย่างชัดเจนว่าเป็นชนิดใดใน 3 ชนิดข้างต้น

5. Residual type ผู้ป่วยเคยป่วยมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 ครั้ง ในขณะที่ประเมินไม่พบอาการด้านบวก หรืออาจมีแต่ไม่ใช่อาการเด่น ลักษณะอาการที่มีหลงเหลืออยู่ส่วนใหญ่เป็นอาการด้านลบ เช่น เก็บตัว เฉื่อยชา ไม่สนใจตัวเอง เป็นต้น

ระบาดวิทยา

อุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1000 ความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1000

ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต(lifetime prevalence) 7.0-9.0 ต่อ 1000

หญิงและชายพบได้พอ ๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง

อายุพบในช่วง 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น

สาเหตุ

ก. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1. พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นมีโอกาสสูง (ดูตารางที่ 2)

2. ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคนี้ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2

ตารางที่ 2. ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติ

ความสัมพันธ์	ความเสี่ยง (%)
ประชากรทั่วไป	1.0
พี่น้องของผู้ป่วย	8.0
ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วย	12.0
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ)	12.0
ลูกที่พ่อและแม่ป่วย	40.0
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน)	47.0

3. กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

4. ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

ข. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

1. เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้

ในแง่ของครอบครัวนั้น พบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย ๆ พบว่ามีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expressed-emotion) สูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement)

2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis)

ทราบจนถึงปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลาย ๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาวะกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาวะกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

การวินิจฉัยแยกโรค

1. Secondary and substance-induced psychotic disorders เนื่องจากอาการโรคจิตนั้นพบได้ในสภาวะผิดปกติทางกายได้บ่อย ๆ โดยเฉพาะในกรณีของ delirium และจากสารเสพติด เช่น เหล้า และแอมเฟตามีน นอกจากนี้ยังพบได้ในสภาวะที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อหรือเนื้องอกในสมอง เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบว่ามีสิ่งบ่งชี้บางอย่าง เช่น อาการเกิดขึ้นเร็ว ผู้ป่วยมีลักษณะเพ้อสับสน มีอาการขณะอายุมาก หรือตรวจพบความผิดปกติทางกายที่อาจเกี่ยวข้องกับอาการโรคจิต

2. Mood disorders ในภาวะ mania หรือ depression นั้นผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคจิตได้ซึ่งแยกจากโรคจิตเภท อาจสังเกตว่าก่อนจะมีอาการของโรคจิตผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ให้เห็นหรือไม่ ขณะที่ตรวยังมมีอาการเด่นออกมาทางด้านอารมณ์หรือไม่ นอกจากนี้ อาการโรคจิตการเปลี่ยนแปลงที่เป็น vegetative symptoms อาจช่วยบอกได้บ้าง นอกจากนี้ประวัติชนิดของความผิดปกติทางจิตเวชในญาติอาจช่วยด้วย เนื่องจากพบว่ามักจะเป็นเหมือนกัน

3. Delusional disorder ใน delusional disorder นั้น ลักษณะของอาการหลงผิดไม่ประหลาดเหมือนในโรคจิตเภท เนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็นเรื่องราว และโดยทั่ว ๆ ไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมมากกว่า

4. Personality disorder บางชนิด โดยเฉพาะใน cluster A จะมีความคิดที่บางครั้งฟังแล้วแปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม ซึ่งคล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แต่แยกโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะกำเริบ

การดำเนินโรค

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ก. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดื้อแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลลงเรื่อย ๆ

ข. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

ค. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่มีได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้

ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

ตารางที่ 3 The natural history of schizophrenia : a five-year follow-up

22 % กลุ่มที่ 1 มีอาการเพียงครั้งเดียว

35 % กลุ่มที่ 2 มีอาการหลายครั้ง โดยกลับสู่ภาวะปกติหรือเกือบปกติ

มีความบกพร่อง (impairment) หลัง 8% กลุ่มที่ 3 จากป่วยครั้งแรก และมีอาการกำเริบ เป็นระยะ ๆ โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ มีความบกพร่องเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

35% กลุ่มที่ 4 หลังการป่วยแต่ละครั้ง โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มามีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย (ดูตารางที่ 4) นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง

ตารางที่ 4. การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยากรณ์โรคดี	การพยากรณ์โรคดี
1. เริ่มมีอาการขณะอายุมาก	1. เริ่มมีอาการขณะอายุน้อย
2. มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน	2. ไม่พบปัจจัยกระตุ้น
3. อาการเกิดขึ้นเฉียบพลัน	3. อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป
4. มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย	4. อารมณ์เรียบเฉย แยกตัวเอง
5. ลักษณะอาการแบบ paranoid หรือ catatonic	5. ลักษณะอาการแบบ disorganized หรือ undifferentiated
6. เป็นกลุ่มอาการด้านบวก	6. เป็นกลุ่มอาการด้านลบ
7. การเข้าสังคม หน้าที่การงานเดิมดีก่อนเกิดอาการ	7. การเข้าสังคม หน้าที่การงานเดิมไม่ดีก่อนเกิดอาการ
8. มีประวัติ mood disorders ในครอบครัว	8. มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว
9. เป็นมาไม่นานก่อนรักษา	9. เป็นมานานก่อนรักษา
10. สมรส หรือมีญาติช่วยเหลือใกล้ชิด	10. โสด ไม่มีคนช่วยเหลือดูแล

การรักษา

ก. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

1. มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
2. มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
3. เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
4. มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหามากเกินไปจากเรื่องยาระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

ข. การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

การรักษานั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง

1) ระยะควบคุมอาการ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไป คือ chlorpromazine 300-500 มก./วัน หรือ haloperidol 6-10 มก./วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากอาจให้ benzodiazepine ขนาดสูงร่วมไปด้วย หากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้วอาการโรคจิตยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา

2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยายังเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อย ๆ ลดยาลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยาที่ใช้โดยเฉลี่ยประมาณ 100-300 มก. ของ chlorpromazine ต่อวัน ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยาอาจใช้ยาชนิดประเภท long acting

ระยะเวลาในการรักษานั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้น หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

ค. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

ง. การรักษาจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่น อาการด้านลบหรือภาวะที่หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เพียงแต่ผู้รักษาโรคเท่านั้น

1) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มาก

กว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (family counseling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกลัวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัด หรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

3) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ผลักทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

บรรณานุกรม

1. Andreasen NC, Flaum M. Schizophrenia: the characteristic symptoms. Schizophr Bull 1991; 17 : 27-49.
2. Black DW, Yates WR, Andreasen NC. Schizophrenia, schizophreniform disorder, and delusional disorder. In: Talbott JA, Hales RE, Yudofsky Sc, eds. American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry, 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994: 411-61.
3. Carpenter WT, Conley RR, Buchannan RW, Breie A, Tamminga CA. Patient response and resource management: another view of clozapine treatment in schiizophrenia. Am J Psychaitry 1995; 152: 827-832.
4. Kane JM, Marder SR. Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. Schizophr Bull 1993; 19: 287-302.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, eds. Synopsis of Psychiatry, 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994: 457-68.
6. Mellor CS. First rank symptoms of schizophrenia. Br J Psychiatry 1970;117:15-23.
7. Siris SG. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia : Implication for DSM-IV. Schizophr Bull 1991; 17(1):75-98.
8. Tsuang MT, Loyd DW. Schizophrenia. In: Winokur G, Clayton P, eds. The medical basis of psychiatry. Philadelphia: W.B.Saunder Company, 1986: 80-101.
9. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Geneva: World Health Organization, 1992: 86-95.
10. Zubin J, Steinhauer SR, Condray R. Vulnerability to relapse in schizophrenia. Br J Psychiatry 1992; 161(Suppl): 13-8.



Ramamental
Ramathibodi Mental Health Homepage



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Tweet

tumblr my Share Email