

Inter Interesting Topic

เรื่อง Posttraumatic Stress Disorder

วันอังคารที่ 7 ธันวาคม 2542

เวลา 13.30 - 15.30 น.

ประธาน ผศ.นพ.สเปญ อุ๋นอองค์

ผู้เสนอรายงาน แพทย์หญิงบุญพร้อม เชษฐรัตนนท์

* บทนำ

เหตุการณ์ที่เป็นภัยอันตราย เป็นหายนะที่เกิดขึ้นในโลก ไม่ว่าจะเกิดขึ้นในอดีตหรือปัจจุบันอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติโดยไม่อาจคาดเดาได้ หรือเป็นฝีมือมนุษย์ทำให้เกิดขึ้น ยังมีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของมนุษย์ทุกคนที่รับทราบเหตุการณ์เหล่านั้น ในสมัย U.S. Civil War มีกลุ่มทหารที่มีอาการทางหัวใจ จึงเรียกว่า “Irritable Heart” ซึ่งอาการคล้ายกับ Posttraumatic stress disorder ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 เรียกกลุ่มอาการจากการเผชิญเหตุการณ์ในสนามรบว่า “Shell Shock Syndrome” ในสงครามโลกครั้งที่ 2 ผู้รอดชีวิตจากค่ายกักกันนาซี และผู้รอดชีวิตจากระเบิดในญี่ปุ่น มีอาการคล้ายกันเรียกว่า “Combat neurosis” หรือ “Operational Fatigue” ซึ่งไม่เพียงแต่ทหารเท่านั้นที่มีอาการ ผู้คนทั่วไปก็มีอาการรู้สึกกลัว กระสับกระส่าย อ่อนเปลี้ยเพลียแรง นอนไม่หลับ ฝันร้าย หวนระลึกถึงเหตุการณ์เหล่านั้นอยู่เรื่อยๆ ร่วมกับมีอาการทางจิตใจมากมาย ซึ่งปัจจุบัน DSM-IV เรียกความผิดปกตินี้ว่า Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) ในแง่ของการวินิจฉัยอาจไม่ค่อยเป็นปัญหาเท่าใดนัก แต่ในแง่ของการรักษา การดำเนินโรคอาจเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนได้ภายหลัง ดังนั้น ผู้เสนอจึงได้รวบรวมข้อมูลเพื่อนำเสนอในแง่ของนิยาม ระบาดวิทยา สาเหตุ อาการทางคลินิก การวินิจฉัย การดำเนินโรคและการรักษาที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน และแนวทางป้องกันในอนาคต

* นิยาม

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) ถูกกำหนดเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกใน DSM - III ซึ่งรวมถึง Posttraumatic condition ในทหารผ่านศึกสงครามเวียดนาม

ปัจจุบัน DSM-IV criteria สำหรับ PTSD จะคล้ายกับใน DSM - III-R ความผิดปกตินี้ได้ถูกแบ่งอยู่ในกลุ่ม anxiety disorder และมีอาการสำคัญของ extreme precipitating stressor, intrusive recollections, emotional numbing ว่า “เป็นเหตุการณ์ที่นอกเหนือจากประสบการณ์ในชีวิตประจำวันปกติของมนุษย์” ซึ่งยังมีความคลุมเครือและไม่น่าเชื่อถืออยู่ จึงได้นิยาม criteria ขึ้นใหม่ โดยแบ่งออกเป็น acute และ chronic

บางคนไม่เห็นด้วยกับนิยาม PTSD ว่าเป็น anxiety disorder ถึงแม้ว่าจะมีอาการ anxiety เป็นอาการเด่นก็ตาม อาการ depression และ dissociation ก็เป็นอาการเด่นเช่นกัน นอกจากนี้ PTSD criteria ก็มี stress ที่แตกต่างไปจาก anxiety หรือโรคอื่นๆ เช่น brief reactive psychosis, acute stress disorder, pathological bereavement และ adjustment disorder

ICD -10 ได้จัดโรคที่เกี่ยวข้องกับ stress ทั้งหมด เป็น stress related disorder

โรคใน Spectrum เดียวกับ PTSD คือ acute stress disorder จัดอยู่ในกลุ่ม anxiety disorder Acute stress disorder คล้ายกับ PTSD แต่ต่างกันตรงที่ระยะเวลาเกิดอาการ คือภายใน 1 เดือน หลังเกิดเหตุการณ์

* อาการทางคลินิก

อาการที่เกิดขึ้นภายหลัง มี traumatic event ได้แก่ความรู้สึกมีนินชา ,คิดคำนึงถึงประสบการณ์นั้นซ้ำมี increase autonomic arousal เหตุการณ์ที่ประสบนั้นทำให้เกิดความเจ็บปวด ทิ่มแทงสะสม จนทำให้ฝันถึงในเวลากลางวันหรือฝันร้ายในเวลากลางคืน ภาวะความแปลกแยกอาจเกิดขึ้นได้จากช่วงเวลาเป็นนาทีหลาย ๆ วัน ความรู้สึกงุนงง หรืออารมณ์เฉยชา อาจแสดงออกไปในรูปแบบไม่ตอบสนองต่อโลกภายนอก ขาดอารมณ์ร่วมกับบุคคลอื่น เบื่อหน่ายในกิจกรรมประจำ และไม่สามารถแสดงอารมณ์ต่างๆได้ อาการ excessive autonomic arousal อาจรวมถึง hyperactivity และ irritability การตอบสนองมีลักษณะตื่นตระหนกมากเกินไป, สมาธิไม่ดี การนอนหลับผิดปกติ ผู้ป่วยที่ถูกข่มขืนหรือถูกทำร้ายอาจมีอาการกลัวที่จะออกไปข้างนอกคนเดียว โดยไม่มีกำหนดเวลา สถานการณ์ต่างๆที่อาจก่อให้เกิดเหตุการณ์นั้นจะถูกหลีกเลี่ยงอย่างเป็นระบบ

อาการอื่นๆได้แก่ ความรู้สึกผิดที่ผู้ป่วยสามารถรอดมาได้ ความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถป้องกันเหตุการณ์นั้น, อารมณ์เศร้า ,วิตกกังวล, Panic attack, ภายและโมโห อารมณ์ที่มึนนั้นอาจอยู่นาน เช่น หงุดหงิด พลุุ่งพล่าน ก้าวร้าว ควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้แก่ ๗ Substance abuse, self-injurious, suicidal attempt, occupational impairment, มีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

* ระบาดวิทยา

แม้ว่าจะมีความแตกต่างของแต่ละบุคคลในปฏิกิริยาต่อ Stress เมื่อเกิดมี extreme stress (เช่น ความแออัดในค่ายกักกัน หรือในสนามรบ) อัตรา morbidity ก็เพิ่มขึ้นอย่างมาก (Eitinger 1971, Krysstal 1968)

Posttraumatic syndrome อาจพบได้ถึง 30 % ของเหยื่อความวิบัติต่างๆในระยะยาว ผลของสุขภาพร่างกายอาจคงอยู่ได้นานถึง 30 ปี หลังเกิดเหตุการณ์ แม้ว่าโรค PTSD นี้ จะมีการศึกษามากขึ้น ในกลุ่มที่คัดเลือกแล้ว เช่น ผู้รอดชีวิตจากสมรภูมิจากภัยธรรมชาติ The Epidemiologic catchment Area (ECA) พบว่า life time prevalence มี 1 % (0.5 % in men, 1.3 % in women) (Helzer et al. 1987)

ธรรมชาติของ precipitating trauma มีความแตกต่างกันในระหว่าง 2 เพศ การอยู่ในสมรภูมิหรือพบเหตุการณ์ที่บุคคลบาดเจ็บรุนแรงขึ้นเสียชีวิต พบได้มากในผู้ชาย ในขณะที่

การทำร้ายร่างกายหรือปฏิบัติกรต่าง ๆ ต่อร่างกาย มีผล trauma ต่อผู้หญิงประมาณครึ่งหนึ่ง อาการที่พบมักไม่ครบ criteria พบได้บ่อยในประชากรทั่วไป อัตราของ morbidity พบสูงมากขึ้น ในผู้ที่มี affective disorder และ OCD ร่วมด้วย ผู้ชายไม่มีความเสี่ยงต่อ panic disorder หรือ Phobia ผู้หญิง

จะมีความเสี่ยงต่อ panic หรือ phobia เพิ่มขึ้นประมาณ 3-4 เท่า

การศึกษาอื่นซึ่งสำรวจ life time prevalence ใน young adults เท่ากับ 9.2 % ซึ่งสูงกว่าข้อมูลของ ECA ซึ่งในผู้หญิงมี Prevalence เช่น young adults เท่ากับ 9.2 % ซึ่งสูงกว่าข้อมูลของ ECA ซึ่งในผู้หญิงมี Prevalence 11.3 % ในผู้ชายมี 6 % นอกจากนี้

comorbidity ที่พบร่วมบ่อยๆได้แก่ OCD, agoraphobia ,panic และdepression ความสัมพันธ์กับ drug หรือ alcohol abuse พบว่าไม่สัมพันธ์กันมากนัก

ปัจจุบัน life time prevalence ของ PTSD พบว่ามีประมาณ 7.8 % (National comorbidity Survey)

ปริมาณผู้หญิงจะมากกว่าผู้ชาย โดยในผู้ชายจะพบว่า Stress ที่พบบ่อย คือ การเผชิญสงคราม และใน ผู้หญิงคือการถูกทารุณทางเพศ (Kessler et al 1995)

สาเหตุ

1. Role of stressor

ความรุนแรงของ stress ใน PTSD จะมีมากกว่าใน PTSD จะมีมากกว่าใน adjustment disorder ซึ่งอยู่ในขอบเขตของ common life experience อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของ stress กับผลของอาการมักไม่สามารถคาดเดาได้ เช่นการศึกษาเรื่อง ความโศกเศร้า จากความตาย และหย่าร้างจัดว่าอยู่ใน usual human experience และสามารถก่อให้เกิดกลุ่มอาการ reexperiencing the trauma ได้ (Horowitz of al 1980)

ดังนั้นเหตุการณ์ไม่ว่าจะเป็นการถูกข่มขืน,ถูกบุกรุกบ้าน สามารถทำลายความมั่นคง ความเชื่อมั่น และความปลอดภัย นำไปสู่ PTSD เมื่อ stress ถึงขั้น extreme (เช่นการถูกข่มขืน, สมรภูมียืดเยื้อ,ถูกทรมาน) อัตรา ของ morbidity จะเพิ่มขึ้นสูงอย่างเห็นชัด เช่น ECA study พบว่าชายที่ รอดจากชีวิตสงครามเวียดนาม 4 % ที่ไม่ได้รับบาดเจ็บ มี PTSD ขณะที่ 20 % ของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมี PTSD

ปัจจุบันมีความสนใจไปยัง dissociation และ ความสัมพันธ์ต่อ post traumatic symptoms study

2. Premorbid Predictors

พบว่าการตัดขา

แม้ว่า PTSD อาจเกิดได้กับบุคคลที่ไม่มี preexisting psychopathology แต่บาง study เสนอว่า predisposing psychological factor หรือ adverse childhood experiences อาจทำให้เกิด vulnerability ต่อ PTSD (Horowitz et al 1980) นอกจากนี้การมีประสบการณ์ trauma มากๆ ยิ่งทำให้บุคคลนั้นมีอาการหลังมี stress ful lite event และมักมี Hanma ในอนาคตอีกด้วย (vander kolk 1989)

Me Farlane พบว่า severity of exposure to disorder เป็นปัจจัยสำคัญในการบอก posttraumatic morbidity ในขณะที่ preexisting to disorder เป็นตัวบ่งบอกการคงอยู่ของ posttraumatic symptom ภายหลังผ่านไป 29 เดือน ตัวอย่าง เช่น เด็กชายที่มีประวัติ conduct problem ก่อนอายุ 15 ปี จนถูกคาดหวังกลายเป็น PTSD ผู้ป่วยที่มี premortbid เรื่อง anxiety หรือมีประวัติครอบครัวเป็น anxiety มักจะตอบสนองต่อ trauma ด้วย pathological anxiety และกลายเป็น PISD ในภายหลัง (Serignar 1984)

ความแตกต่างของ risk factor ต่อ การ expose to tranma ได้แก่ เพศชาย เด็กที่มี conduct problem (Breslauetal 1991) ,extroversion , family Hx. of subsance abuse or psychiatric problem risk factor ต่อการ develop PTSD ได้แก่ การแยกจากพ่อแม่ anxiety depression family Hx. of anxiety (Breslan and Davis 1992)

เปรียบเทียบ nonchronic PTSD ,chronic PTSD ที่เป็นนานกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์กับเพศ หญิง,higher of comorbid anxiety and depressive disorder และ family Hx. of antisocial behavior

ในการศึกษาทหารที่ผ่านการศึกเวียดนาม,มีลักษณะของผู้ที่เป็น PTSD จะมีอัตรา childhood phyoical มากกว่าผู้ที่ไม่เป็น PTSD เช่นเดียวกับอัตรา traumatic event ที่สูงกว่า ช่วงก่อนเข้ากองทัพ (Bremner et. al. 1993)

3. Biological Theories

กว่าศตวรรษที่ผ่านมา Janet ได้บรรยายถึง break down ในการปรับตัวในสภาวะปกติ กระบวนการและการกระทำที่อาจเป็นผลจาก overwheming trauma และให้สังเกต emotion และ physical overreaction ที่เกิดขึ้น ต่อการเผชิญเหตุการณ์เผชิญซ้ำ (Vander Kolk and der Hart 1989) Freud ได้อธิบายว่า biological basis to posttraumatic symptom จะแสดง ออกทางร่างกายในรูป Fixation to the trauma (1919/1955) Pavlov ได้แสดงการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอัตโนมัติในระยะยาวที่ผลต่อการเผชิญ trauma ซ้ำๆ (1927/1960) Kardiner ได้บรรยายปรากฏการณ์ของ War traumatic neurosis ซึ่งมีลักษณะ สำคัญ คือ 1) persistence of startle response 2) Fixation on the trauma 3) atypical dream life 4) explosive out burst และ 5) overre construction of personality เขาได้เรียกสภาวะนี้ ว่า physioneurosis (1959)

: Noradrenergic System

การตอบสนองทาง neurobiological ต่อ acute stress และ trauma เกี่ยวข้องกับภายหลังฮอร์โมนหลายชนิดได้แก่ catecholamine และ cortisol เมื่อเกิด PTSD จะทำให้การตอบสนองต่อ stress dysregulation และมี chronic autonomic hyperactivity set in แสดงออกในรูปของ positive symptom คือ hyperarousal และ intensive recollection

มีข้อมูลสนับสนุนสมมุติฐานนี้กว้างมาก ระบบ adrenergic symptom เริ่มจาก locus coeruleus ควบคุม arousal การทดลองในสัตว์เมื่อไม่สามารถหลบหนีการถูกช็อคด้วยไฟฟ้า จะมีการเพิ่มระดับ turnover ของ norepinephrine ร่วมกับการตอบสนองของ central norepinephrine

ผู้ป่วยในระดับ physiological response ที่สูงขึ้นต่อ stress stimuli ได้แก่ การเพิ่ม BP, HR, respiration, galvanic skin response และ electromyographic activity (Kolb 1987, Pitman et al 1987) ในระยะยาวพบว่ามีระดับ urine catecholamines norepinephrine และ yohimbine (Southwick et al 1993) ก่อให้เกิด flash back และเพิ่มจำนวนอาการหลักของ PTSD การทดลองของจำนวนและลด Sensitivity ของ α_2 - adrenergic receptor อาจจะเป็นผลของ chronic noradrenergic hyperactivity ได้ดูรายงานใน PTSD ด้วย (Perry et al 1987)

model ที่ใช้อธิบายอาการ positive symptom ของ PTSD ซึ่งประกอบด้วย intrusive recollection เช่นฝันร้าย ผวา จะถูกเก็บไว้ในความทรงจำ และถูกกระตุ้นโดย oversensitization ของระบบ limbic system อาจสรุปอีกนัยหนึ่งว่า ต้นเหตุของอาการเป็นผลจากการมีประสบการณ์ trauma ซ้ำๆ และเกี่ยวข้องกับ hyperarousal ซึ่งดำเนินการกระตุ้น limbic neuron และลด firing threshold

การศึกษาทางอ้อมโดยการรักษา PTSD ด้วย carbamazepine ช่วยให้อาการที่รบกวนจิตใจลดลง แต่อาการมินชาไม่เปลี่ยนแปลง (Lipper et al 1986)

การทดลองในหนู ซึ่งไม่สามารถหนี stress ได้ จะมีการตอบสนอง โดย hippocampus ผลิต norepinephrine แม้ในภาวะ stress น้อยกว่าก็ตาม (Petty et al 1994)

: Endogenous opioid system

สัตว์ทดลองที่มี prolong หรือ repeated incapacity to stress จะเกิดอาการ analgesia ซึ่งเป็นผลจากการหลั่ง endogenous opioid ซึ่งสามารถถูก block ให้ด้วย opiate antagonist คือ naloxone (Kelly 1982; Maier et al 1980) คล้ายกับคนเราซึ่งถ้ามีประสบการณ์ที่ยาวนาน หรือ trauma ซ้ำๆ ส่งผลให้การหลั่ง endogenous opiate ทำงาน แม้มี stress เพียงเล็กน้อยๆ แสดงออกโดยมีอาการใช้ความรู้สึกและเฉยชา (Van der Kolk et al 1984)

: Serotonergic System

แม้การศึกษาอยู่ในกลุ่มเด็กเล็ก แต่ serotonergic system ก็มีบทบาทต่ออาการของ PTSD (Ven der Kolk and Saporta 1991) ส่วน Septohippocampal ประกอบด้วย Serotonergic pmpl ซึ่งมีประสาทที่ยับยั้งหรือระงับพฤติกรรม ซึ่งภาวะที่ขาด serotonergic จะเกิดอาการ impulsive aggression ในสัตว์ทดลองพบว่า การไม่สามารถหนีจากไฟช็อคซ้ำๆ จะทำให้ระดับ serotonin ลดลง ดังนั้นผู้ป่วย PTSD ที่มีอาการกระสับกระส่ายอาจสัมพันธ์กับ serotonergic dysfunction ผลการทดลองรักษาด้วย SSRI อาจเป็นสิ่งที่ได้ผลดีที่สุด ต่อ negative และ positive symptom ของ PTSD (Davidson et al, 1991; Me Dugle et al. 1991; Jay 1992)

: Hypothalamic Pituitary – Adrenal axis

มีหลักฐานหลายอย่างที่แสดงความสัมพันธ์ของ PTSD กับ chronic dysregulation ของ HPA axis ซึ่งคุณลักษณะเช่นนี้ต่างจากโรคทางจิตเวชอื่น เช่น Depression มีการค้นพบระดับ urinary cortisol concentration ที่ต่ำลง และสัดส่วน urinary norepinephrine – cortisol ที่สูงขึ้น (ร.พ. Mason et al. 1998) การตอบสนองลักษณะ blunted ACTH ต่อ CRF การลดการหลั่ง cortisol การลดจำนวน lymphocyte glucocorticoid receptor ภายหลังการฉีด Dexamethasone ช่วยสนับสนุน Model เรื่อง negative feedback sensitivity of HPA axis ใน PTSD (Vehuda et al 1993, 1995 a)

Neuroanatomic and neurophysiological finding

Study หลายอัน แสดงผลว่า อาการ PTSD เช่นในเด็กที่มีประวัติการทำร้ายร่างกายหรือทารุณทางเพศ มี certain type ของ cognitive deficit ซึ่งเกี่ยวข้องกับความจำ โดยเฉพาะการเสีย short verbal memory (Bremner et al. 1993) นอกจากนี้ยังมีรบกวนต่อ short term recall ด้วย (Vehuda et al. 1995 b) ซึ่ง function deficit เรื่อง verbal memory นี้ มี correlated กับการลด volume ของ Rt. hippocampus เมื่อตรวจด้วย MRI (Bremner et al. 1995)

เมื่อตรวจ Positron – emission tomography กับ การกระตุ้นให้เกิดอาการ PTSD ด้วย audiotaped traumatic events พบว่ามีการกระตุ้นต่อ Rt. Limbic และ paralimbic system รวมทั้ง visual cortex อีกด้วย (Rasmussen et al. 1996)

: Genetic Predisposition

การศึกษากลุ่มทหารผ่านศึกเวียดนามที่เป็นแฝดกัน พบว่ามี genetic factor ร่วม 13–34% ซึ่งกลุ่มระดับอาการ PTSD มีต่างกันออกไป โดยไม่มีผลตอบสนองของ environment มาเกี่ยวข้อง (Trone et al. 1993)

* การดำเนินโรค และพยากรณ์โรค

Serignar (1984) ได้แบ่งการดำเนินโรค ของ PTSD ออกเป็น 3 stage คือ

Stage 1 ปฏิกริยาตอบสนองต่อ trauma ในบุคคลที่ไม่มีแนวโน้มจะเป็นโรคอาจมีเพียงอาการจากการหลั่ง adrenalin เพียงระยะสั้นๆ แต่ในบุคคลที่มีแนวโน้มจะเป็นโรค จะมีอาการมากขึ้น คือ anxiety ตื่นตระหนกเกินควร มี preoccupation หลังเกิดเหตุการณ์บ่อยๆ

Stage 2 มีอาการแบบ stage 1 แต่ระยะเวลาที่เป็นอยู่ 4-6 สัปดาห์

มีความรู้สึก hopeless, loss of control, increase autonomic arousal ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนเป็นส่วนรวมของ trauma ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน มี phobic avoidance

stage 3 เป็น chronic PTSD ผู้ป่วยจะรู้สึกไร้ความสามารถ demoralization และ despondency มีความคิดหมกมุ่นเรื่อง physical disability แสดงออกทางกาย มี chronic anxiety และ depression นอกจากนี้อาจพบปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและการทำงาน

❖ การวินิจฉัย

PTSD วินิจฉัยได้ไม่ยากถ้ามีประวัติเผชิญต่อ traumatic event ชัดเจน และมีอาการวิตกกังวลอย่างมากตามมาอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 1 เดือน อาการอื่นๆได้แก่มี arousal and stimulation of ANS, numbing to responsiveness และพยายามหลีกเลี่ยงหรือมี reexperience of traumatic event นั้นๆ

อย่างไรก็ตามความรุนแรงของอาการวิตกกังวลซึมเศร้า หรืออาการทางกายและพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นนั้นอาจไม่มีความสัมพันธ์กับ traumatic event คือไม่ขึ้นกับความรุนแรง traumatic event ซึ่งอาจจะทำให้วินิจฉัยผิดเป็นอย่างอื่นได้

❖ การวินิจฉัยแยกโรค

1. Organic mental disorder

ถ้ามีประวัติอุบัติเหตุทางศีรษะจะต้อง rule out สาเหตุทาง organic เสมอ สมongที่ได้รับอุบัติเหตุอาจมี mild concussion ซึ่งในระยะแรกไม่มีอาการทางระบบประสาท แต่อาจมีอาการในระยะยาว การชักประวัติ ตรวจร่างกายอย่างละเอียด และตรวจทางห้องปฏิบัติการจะช่วยวินิจฉัยได้

ภาวะ malnutrition อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างที่มี prolong stress

ความผิดปกติของ cognition, memory การเปลี่ยนแปลง

ระดับความรู้สึก, focal neurological sign บ่งบอกถึงสาเหตุทาง organic

2. Mood and anxiety disorder

: major depression อาจมี overlap กับ PTSD พบได้บ่อยกว่า major depression เป็น complication ของ PTSD เมื่อเกิดเช่นนี้แล้วจะต้องรักษา major depression อย่างเต็มที่เพราะว่าอัตรา comorbidity มีสูงขึ้นต่อการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ก็พบ dysthymia ได้ภายหลังเกิด PTSD

: phobic disorder ผู้ป่วยจะมีอาการ anxiety ในสถานการณ์ที่กลัว ซึ่งจะลดลงได้โดยพฤติกรรมหลีกเลี่ยง แต่ใน PTSD อาการ phobia คล้ายกับ special phobia ซึ่ง nature ของ precipitant ในกลุ่มอาการ PTSD จะต่างจาก simple phobia

: GAD

ความแตกต่างอยู่ที่ onset และ course ของโรค ใน GAD อาการจะค่อยเป็น ค่อยไป และการดำเนินโรคมัก fluctuation ขึ้นกับ stressors ในขณะที่ PTSD มี acute onset ตามด้วย chronic course นอกจากนี้มี phobic symptom ซึ่ง GAD ไม่มี

ใน DSM-IV จะไม่วินิจฉัย GAD หากมีอาการของ PTSD

: Panic disorder

อาจมี panic attack ภายหลัง PTSD ได้ซึ่ง traumatic stimuli มักเป็นเดี่ยวๆ

: Adjustment disorder

ความแตกต่างอยู่ที่ stressor ใน adjustment จะรุนแรงน้อยกว่า และอยู่ใน range ของ common experience และไม่มีอาการของ reexperience the trauma, prognosis ดี

: Compensation neurosis (factitious disorder and malingering)

อาการใน factitious disorder สามารถบังคับได้ ผู้ป่วยต้องการ patient role มักมีประวัติการรักษาโรคทางกายที่แปลกๆ

อาการในกลุ่ม malingering มักไม่สามารถคาดเดาได้ อาจมีพฤติกรรม antisocial, substance abuse และประวัติการดำเนินชีวิตที่พิศดาร ข้อมูลมักไม่สอดคล้องกับประวัติที่มี

❖ การรักษา

1. จัดกลุ่มและเลือกวิธีการรักษาโดยรวม

1.1 การรักษาแรกเริ่ม

แนะนำทั้ง psychotherapy และ medication โดยมักเริ่มด้วย psychotherapy เป็นอันดับแรก แต่ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาด้วยยาจะใช้วิธี combine ทั้งสองแบบรวมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีผู้ป่วยเป็นเรื้อรังและอาการมาก

1.2 ลำดับการรักษาเมื่อมี psychiatric comorbidity

แนะนำให้ใช้วิธี combine ทั้งสองแบบตั้งแต่แรกเริ่มเลย และถ้ามีเรื่อง substance abuse หรือ dependence ก็อาจรักษา substance abuse ก่อนก็ได้เพราะความสำเร็จในการรักษาจะยากขึ้น

1.3 ระดับการให้การดูแลระยะแรกเริ่มรักษา (3 เดือนแรกหรือจนกว่าจะ stable)

แนะนำให้ทำ psychotherapy สัปดาห์ละครั้ง แบบ individual ครั้งละประมาณ 60 นาที และการให้ยาสัปดาห์ละครั้งในช่วงเดือนแรกหลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นทุก 2 สัปดาห์

2. การเลือกวิธีจิตบำบัดระยะแยก

- Anxiety management โดยวิธี
 - ; relaxation training สอนให้ผู้ป่วยควบคุมความกลัว ความวิตกกังวล ผ่อนคลายกลุ่มกล้ามเนื้อต่างๆ อย่างเป็นระบบ
 - ; breathing retraining สอนวิธีหายใจช้าๆ ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยผ่อนคลายเป็นระบบ และหลีกเลี่ยงการหายใจเร็วที่จะทำให้เกิด hyperventilation เมื่อมีความรู้สึกไม่สบายใจหรือมีการตื่นตัวทางร่างกาย
 - ; positive thinking and self-talk สอนวิธีการคิดแง่บวกแทนการคิดในแง่ลบ
 - เช่น เมื่อรู้สึกว่าการกำลังจะควบคุมตัวเองไม่ได้ ให้คิดใหม่ว่าเคยทำได้ก่อนหน้านี้และสามารถทำได้อีกครั้ง
 - ; assertiveness training สอนวิธีแสดงอารมณ์ แสดงความเห็นที่เหมาะสมโดยไม่แปลกแยกจากผู้อื่น
 - ; thought stopping ใช้เทคนิคหยุดความคิดโดยการตะโกน
- Cognitive therapy การช่วยเหลือเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อ การสรุปรวบยอดที่ไม่เป็นความจริง หรือความคิดอัตโนมัติที่จะนำไปสู่การรบกวนหน้าที่การทำงาน เช่น ผู้ที่เป็นเหยื่อของ trauma มักมีความรู้สึกผิดซึ่งไม่มีความเกี่ยวข้องกับ trauma นั้นๆ

เหยื่อที่ถูกข่มขืนมักจะตำหนิตนเอง ทหารผ่านศึกอาจรู้สึกผิดที่เพื่อนรัก
ถูกฆ่า จุดมุ่งหมายในการทำ cognitive therapy เพื่อช่วยสอนให้ผู้ป่วยได้รู้ถึง
dysfunctional cognition ของตนเอง แล้วนำไปใช้แก้ไขสถานการณ์โดยคำนึงถึงความ
จริงเพื่อให้มีสมดุลของอารมณ์

- Exposure therapy เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์
เฉพาะ
อย่าง, ผู้คน, วัตถุ, หรืออารมณ์ที่โน้มน้าเข้ามาเกี่ยวข้องกับ stressor และ
กระตุ้นให้
เกิดความตึงเครียดในปัจจุบัน อาจทำได้ 2 ทาง คือ
; imaginal exposure โดยการนึกถึงเหตุการณ์ traumatic memories
ซ้ำ ๆ จน
กว่าจะไม่เกิดความตึงเครียดมากนัก
; in vivo exposure การเผชิญกับสถานการณ์จริงในปัจจุบันซึ่งไม่มี
อันตราย
แต่ในบุคคลที่มีแนวโน้มว่าจะมีความกลัวรุนแรง ควรหลีกเลี่ยง
(เช่น การ
ขับรถอีกครั้งหลังมีอุบัติเหตุรถยนต์ หรือการใช้ลิฟต์อีกครั้งภายหลัง
ถูก
ทารุณทางเพศ) การเผชิญหน้าเหตุการณ์ซ้ำจะช่วยให้ผู้นั้นรู้สึกว่
สถานการณ์ที่กลัวนั้นไม่น่ากลัวอีกต่อไปถ้าสามารถ
นานพอแทนที่จะหลีกเลี่ยง
- Play therapy การเล่นในเด็กจะช่วยนำไปสู่หัวเรื่องซึ่งไม่สามารถทราบได้
โดยตรง
และช่วยลำดับกระบวนการ ช่วยเตือนความจำของเด็ก
- Psychoeducation การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการ
ของ

นั้นเป็น

PTSD และวิธีการต่างๆในการรักษา, การ reassure ว่าอาการของ PTSD

และหากมี

สิ่งปกติและจะมีอยู่เพียงช่วงเวลาสั้นๆ สามารถหายได้เมื่อเวลาผ่านไป
comorbidity อื่นๆ ก็ให้ความรู้เรื่องนั้นได้ด้วย

reprocessing

วิธีการอื่นๆ ที่อาจใช้ เช่น eye movement desensitization

(EMDR), hypnotherapy, psychodynamic psychotherapy

2.1 เทคนิคจิตบำบัดสำหรับอาการเป้าหมาย

เทคนิคจิตบำบัดที่ใช้มากและมีประโยชน์ที่สุด ได้แก่ exposure therapy, cognitive therapy และ anxiety management ส่วน psychoeducation จะใช้เส้นทางที่สองซึ่งขึ้นอยู่กับผู้เชี่ยวชาญด้วย สำหรับเด็กนั้น play therapy เป็นวิธีการที่ใช้รักษาอาการเป้าหมายเฉพาะอย่าง

2.2 เทคนิคจิตบำบัดสำหรับ PTSD ที่มี comorbidity

anxiety

แนะนำให้ใช้ cognitive therapy เมื่อมี PTSD ร่วมกับ mood หรือ disorder หรือ cluster B personality disorder ร่วมด้วย

แนะนำให้ใช้ anxiety management เมื่อมี anxiety comorbidity หรือ substance abuse problems และอาจใช้ exposure therapy ใน anxiety disorder ได้ อีกด้วย

2.3 เลือกกลุ่มจิตบำบัดโดยพิจารณาอายุผู้ป่วย

play therapy มีประโยชน์ในเด็กเล็กและอาจรวมถึง young adolescents สำหรับ exposure therapy เหมาะอย่างยิ่งกับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ

ยอมรับ

2.4 เลือกเทคนิคจิตบำบัดโดยพิจารณาประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การ

และ

และความเร็วในการให้ผล most effective technique คือ exposure therapy

cognitive therapy

เทคนิคที่ให้ผลเร็วคือ exposure therapy

เทคนิคที่ใช้ได้ทุกชนิดของ trauma คือ cognitive therapy, exposure therapy

และ anxiety management

เทคนิคที่ปลอดภัย คือ anxiety management, psychoeducation, cognitive therapy

เทคนิคที่ได้รับการยอมรับมากคือ psychoeducation, cognitive therapy,

anxiety management

อย่างไรก็ตามเชื่อว่าการใช้ combine therapy จะดีกว่าใช้วิธีใดวิธีเดียว
ซึ่งขึ้นอยู่กับ clinical judgment และความชอบของผู้ป่วยด้วย

3. การเลือกใช้ในระยะเวลาแรกเริ่ม

3.1 แบ่งตามอาการเป้าหมาย

newer antidepressant กลุ่ม SSRI* ช่วยให้อาการดีขึ้น Mood stabilizer ช่วยให้อาการหงุดหงิดโมโหง่ายทุเลาลง และ Benzodiazepine อาจใช้ใน ระยะสั้นๆ แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง มิฉะนั้นอาจเกิดปัญหา substance abuse ได้

* SSRI = sertraline, paroxetine, fluoxetine, fluvoxamine, citalopram

3.2 แบ่งตามชนิดของ stressor

แนะนำให้ใช้ newer antidepressant ในทุกชนิดของ stressor ได้แก่ SSRI, Nefazodone, Venlafaxine

3.3 ยาที่ใช้ใน PTSD ที่มี comorbidity ทางจิตเวชร่วมด้วย

แนะนำให้ใช้ newer antidepressant ยกเว้น mania ซึ่งจะใช้ mood stabilizer ในกรณีมี bipolar disorder ร่วมด้วยไม่ว่าจะอยู่ในระยะ depressed หรือ manic ก็ตาม

3.4 ยาที่ใช้ใน PTSD ที่มี comorbidity ทางกายร่วมด้วย

ยังคงแนะนำให้ใช้ newer antidepressant เช่นเดียวกับกรณีที่มี comorbidity ทางจิตเวช

3.5 การเลือกใช้ในหญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

แนะนำมิให้ใช้ยาใดๆ แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้เลือกใช้ SSRI

3.6 การเลือกยาโดยพิจารณาประสิทธิภาพ, ความปลอดภัย และการยอมรับใน กลุ่มอายุต่าง

ในแง่ประสิทธิภาพความปลอดภัย และการยอมรับในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ

เลือกใช้ได้ทั้ง SSRI, Nefazodone และ Venlafaxine สำหรับผู้ใหญ่หรือวัยรุ่นในแง่ประสิทธิภาพนอกเหนือจากยาข้างต้นและอาจเลือก TCA ในแง่ความปลอดภัยอาจเลือก Buspirone และในแง่การยอมรับ อาจเลือก Benzodiazepine หรือ Buspirone ได้อีกด้วย

3.7 นิยามของการให้ยารักษาเริ่มแรกอย่างเพียงพอ
ระยะเวลาพิจารณาการเปลี่ยนยาหรือเพิ่มยาอื่น

	No response	Partial response
Antidepressant	6 wk	8 wk
Antipsychotic	3 wk	4 wk
Benzodiazepine	2 wk	3 wk
Buspirone	4 wk	5 wk
Mood stabilizer	4 wk	6 wk
Antiadrenergic	2 wk	3 wk

นิยามผลการรักษา

Remission/good response : > 75% ที่อาการลดลงและคงตอบสนองเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

Partial response : 25%–75% ยังคงมีอาการอยู่

No response : <25% ที่อาการลดลง

Persistently refractory : ตอบสนองน้อยหรือไม่ตอบสนองหลังจากรักษาหลายวิธีทั้งจิตบำบัดและรักษา

ด้วยยา

➡ เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา แนะนำให้รักษาแบบเดียวกับรักษา suicidal หรือ aggressive tendencies ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยจิตบำบัดอย่างเดียวหรือได้ยาอย่างเดียว ก็ให้รักษาทั้งสองแบบด้วยกัน หรืออาจเปลี่ยนการรักษาโดยใช้วิธีที่ยังไม่ได้ใช้มาก่อนก็ได้

การรักษาโดยจิตบำบัดในภายหลัง แนะนำให้เพิ่มเทคนิคการรักษาหนึ่งหรือสองวิธี psycho education ก็ช่วยให้อาการดีขึ้นได้มาก

การเลือกใช้ยาตัวถัดไป

การรักษาเริ่มแรก	เปลี่ยนเป็น
An SSRI	<ul style="list-style-type: none"> venlafaxine, nefazodone, TCA, MAOI, SSRI ตัวอื่น ๆ, Mood stabilizer
Nefazodone	<ul style="list-style-type: none"> SSRI, venlafaxine, TCA, MAOI, Mood stabilizer
Venlafaxine	<ul style="list-style-type: none"> SSRI, TCA, Nefazodone, MAOI, Mood stabilizer
A mood stabilizer given for explosive, irritable, aggressive, or violent behavior	<ul style="list-style-type: none"> Another mood stabilizer, SSRI, Atypica antipsychotic, venlafaxine, nefazodone, TCA

การรักษาเริ่มแรก	เปลี่ยนเป็น
A mood stabilizer given for a patient with PTSD and comorbid bipolar disorder	<ul style="list-style-type: none"> continue mood stabilizer, Add an SSRI atypical antipsychotic
An atypical antipsychotic given for explosive, irritable, aggressive or violent behavior	<ul style="list-style-type: none"> Mood stabilizer, Antidepressant, Another atypical antipsychotic
An atypical antipsychotic given for prominent flashbacks/dissociative symptoms/psychotic symptom associated with PTSD	<ul style="list-style-type: none"> Mood stabilizer, Antidepressant, Another atypical antipsychotic, conventional antipsychotic

➡ เมื่อผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาเพียงบางส่วน

เช่นเดียวกับกรณีไม่ตอบสนองต่อการรักษา แนะนำให้รักษาด้วยวิธีเดิมต่อไป และเพิ่มวิธีการรักษาอื่นที่ยังไม่ได้ใช้ เช่น การรักษาด้วยยาหรือจิตบำบัด

หากรักษาด้วยเทคนิคจิตบำบัดเพียงเทคนิคเดียวให้เพิ่มเทคนิคอื่นร่วมด้วย และอาจเสริมด้วย psychoeducation

หากผู้ป่วยตอบสนองเฉพาะต่อยา แนะนำให้เพิ่มยาอื่นร่วม ที่นิยมใช้เป็น adjunctive medication มากที่สุดคือ mood stabilizer

➤ เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาหลายวิธีก่อนหน้านี้

แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ตอบสนองต่อการรักษาหลายวิธีก่อนหน้านี้ ก็ไม่ควรหมดหวัง ขึ้นต่อไปที่ต้องทำคือประเมินสาเหตุ ที่อาจเป็นไปได้ทำให้ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (เช่น substance abuse problems, comorbid psychiatric conditions) แนะนำให้ใช้วิธีการรักษาร่วมทั้ง ยาและจิตบำบัดอย่างเป็นระบบ และมีลำดับ จะช่วยให้ค้นพบวิธีที่เหมาะสมสำหรับแต่ละคนได้ในที่สุด

➤ เมื่อผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี

การทำจิตบำบัด

ระยะเวลาที่ใช้

★ กรณี acute PTSD ให้คงต่อไปนาน 3 เดือน และ booster session ทุก 2-4 สัปดาห์

★ กรณี chronic PTSD ให้คงต่อไปนาน 6 เดือน และ booster session ทุก 2-4 สัปดาห์

ในระยะแรก สำหรับในระยะหลังอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความต้องการ และระดับของ recovery ข้อบ่งชี้ในการ continuing booster session ได้แก่มี current life stressors, poor social support, high suicidal risk in the past, Hx of violence, persistence of some symptoms, poor functioning when symptomatic, มี Axis I หรือ Axis II comorbid disorder ร่วมด้วย

การรักษาด้วยยา

ระยะเวลาที่ใช้รักษาก่อนลดขนาด	<ul style="list-style-type: none">● acute PTSD : 6-12 mo● chronic PTSD with excellent response : 12-24 mo และนานกว่านั้นถ้ามีข้อบ่งชี้ ด้านล่างนี้
ข้อบ่งชี้สำหรับให้ยาระยะยาว	<ul style="list-style-type: none">● current life stressors● Poor social supports● Persistence of some symptoms● high suicidal risk in the past

	<ul style="list-style-type: none"> ● Hx of violence ● Presence of comorbid Axis I disorder(s) ● long duration of PTSD symptoms ● Poor functioning when symptomatic ● Hx. of severe PTSD symptoms
ความถี่ของ medication visit	<ul style="list-style-type: none"> ● เดือนที่ 3-6 : ทุกเดือน ● เดือนที่ 6-12 : ทุก 1-2 เดือน ● หลังจากเดือนที่ 12 : ทุก 3 เดือน
วิธีการหยุดยา	<ul style="list-style-type: none"> ● หลีกเลียงกลุ่มอาการขาดยา ให้ลดระดับยาทุก 2 สัปดาห์ขึ้นไป ใน 1 เดือน ยกเว้น benzediazepine ให้ลดระดับยาทุก 1 เดือนหรือมากกว่า ● เพื่อลดการ relapse ในรายที่เสี่ยงต่อการเกิดซ้ำ ถ้าใช้มานานให้ลดระดับยาภายใน 4-12 สัปดาห์ ยกเว้น benzodiazepine แนะนำให้ลดระดับยาโดยใช้เวลา 12 สัปดาห์ขึ้นไป

Medication	Acute phase				Highest target dose (mg/d)
	Adult starting dose (mg/d)	Average target dose (mg/d)			
		Adult	Child	Older adult	
SSRI					
Citalopram	20	20-40	20	20	60
Fluoxetine	10-20	20-50	10-20	20	80
Fluvoxamine	50	100-250	50	100	300

Paroxetine	10-20	20-50	20	20	50
Sertraline	25-50	50-150	50	75	200
Other antidepressant					
nefazodone	100	300-500	200	250	600
venlafaxine	75	75-225	50	150	225
Mood stabilizer					
divalproex	500	500-1500	750	750	2000
Antipsychotic					
haloperidol	2	2-10	1-5	3	20
resperidone	1	2-6	1-5	7.5	20
olanzapine	5	5-15	5	7.5	20
quetiapine	50	100-400	-	150	800
Anti-anxiety medication					
buspiron	15	20-60	20	30	60
alprazolam	1	1-4	1	1.5	4
clonazepam	1	1-4	1.5	1.5	4

ขนาดยาที่ใช้รักษา

การเสริม compliance

โดยทั่วไป ใช้ Psycho education การทบทวน เหตุผลในการมารับรักษา สม่่าเสมอ ให้โอกาส ผู้ป่วย ได้เลือกรายการรักษ และเชื่อมโยงสิ่งอื่นที่สำคัญในระยะต้น ๆ

แผนงาน ให้ใช้การประเมินเพื่อรักษาปัญหา substance abuse ให้ความมั่นใจและรักษาแบบเข้าใจง่ายและรวดเร็ว

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางยา ให้เลือกยาโดยพิจารณาอาการข้างเคียง เริ่มขนาดยาในระดับต่ำ และค่อย ๆ เพิ่มระดับเพื่อเลี่ยง อาการข้างเคียง

การป้องกัน PTSD และหลีกเลี่ยง chronicing

แนะนำให้ใช้ education เพิ่มเติม normalization guilt relief และการถ่ายทอดอารมณ์ สำหรับทุกคนที่มีอาการหลังเกิดความตึงเครียดรุนแรง ถ้าอาการเป็นมานาน มากกว่า 1 เดือน แนะนำให้เพิ่มเทคนิค psychotherapy เฉพาะร่วมด้วย ร่วมกับพิจารณาให้ยาห้องกันความเรื้อรังชนิดนี้

- การติดตามการรักษา chronic PTSD โดยวิธี cognitive therapy และ imaginal exposure พบว่ามี significance improvement ทั้ง 2 วิธี แม้ว่าจะไม่

แตกต่างกัน แต่มีจำนวนผู้ป่วย
โดย imaginal exposure มากกว่า (Tarrier-N

ที่มีอาการแย่งในรายที่ over treatment
al,1999)

- การรักษา PTSD ด้วย nefazodone พบว่ามี significant improvement ของ mean score ในเรื่องของ intrusive, avoidant/numbing และ hyperarousal cluster on global PTSD scale โดยรวมมีการตอบสนอง 43% ที่ช่วงท้ายระยะเวลา 12 สัปดาห์ และ 60% ในราย ที่รักษาครบถ้วน (Davidson JR et al, 1998)
- การรักษา PTSD ด้วย antidepressant ในทหารที่มี major depression พบว่า 50% มีอาการ ดีขึ้น เมื่อรักษาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน โดย SSRI (sertraline, fluoxetine) จะเด่นกว่า norepinephine reuptake (nortriptyline, desipramine) (Dow-B;Kline-Bm 1997)
- การรักษา PTSD ในผู้ที่ถูกข่มขืน ด้วย sertraline พบว่าลดคะแนนของอาการ PTSD ได้ 53% ในผู้ป่วย 4 ราย จาก 5 ราย (Gil-Rivas-V et al, 1996)
- การรักษา PTSD ด้วยวิธี exposure และ/หรือ cognitive restructuring พบว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือร่วมกัน 2 วิธี ช่วยให้อาการดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับ relaxation (Marks-I et al, 1998)
- การรักษา PTSD ด้วย fluvoxamine ในผู้ป่วยที่เป็นทหารผ่านศึกเวียดนาม มีผลช่วยรักษาอาการ core intrusion, avoidance และ arousal of PTSD (Marmar-CR et al, 1996)
- การศึกษาคำอธิบายผลของ psychological testing neuroimaging ในผู้ป่วย PTSD ที่รักษาด้วย Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ผลที่ได้ หลังจากรักษาคืออาการ distress น้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับผล psychotest และเมื่อตรวจเรื่อง traumatic memory ด้วย SPECT scanning พบว่ามี hyperactive ของสมองบริเวณ anterior cingulate gyrus กับ left frontal lobe หมายความว่า การรักษาที่ประสบ ผลสำเร็จนั้นไม่ใช้ว่าลดอาการ arousal บริเวณ limbic level แต่เป็นผลมาจากความสามารถในการแยกความแตกต่างจากเหตุการณ์จริงกับจินตนาการ (Levin-P et al, 1999)
- การติดตามการรักษา PTSD ด้วย eye movement desensitization and reprocessing พบว่าลดอาการได้ 84% ในรายที่ได้รับวินิจฉัยเป็น PTSD และ 68% ลดอาการ PTSD symptoms (Wilson-SA et al, 1997)
- การรักษาผู้ป่วย PTSD ด้วย bupropion พบว่าอาการ hyperarousal ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังมีนัยสำคัญน้อยกว่าอาการ depression ที่ดีขึ้น ไม่มี

ความเปลี่ยนแปลงอาการ intrusive, avoiding หรือระดับคะแนน CAPS ทั้งหมดแต่อย่างใด แต่มีข้อสังเกตว่า bupropion เป็นยาที่ผู้ป่วยสามารถ tolerate ได้ดี (Canive-JM. et al, 1999)

- การตรวจระดับ platelet imipramine binding ในผู้ป่วย PTSD ก่อนและหลังรักษาด้วย phenelzine พบว่าไม่มีความแตกต่างของ platelet imipramine binding ในผู้ป่วย PTSD และกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังไม่มี ความแตกต่างทั้งใน PTSD ก่อนและหลังรักษาด้วย phenelzine การให้ phenelzine จึงไม่มีประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ (Weizman-R et al, 1996)

สรุปการดูแลรักษาเบื้องต้นสำหรับ Posttraumatic Stress Disorder

I การวินิจฉัย

ต้องมีการเผชิญหน้า ต่อ extreme stressor และเกิดกลุ่มอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน

ตัวอย่าง extreme stressor ได้แก่

- Serious accident หรือ natural disaster
- Rape หรือ criminal assault
- Combat exposure
- Child sexual หรือ physical abuse หรือ severe neglect
- Hostage/imprisonment/torture/displacement as refugee
- Witnessing a traumatic event
- sudden unexpected death of a loved one

บุคคลนั้นมีอาการ 3 แบบ ต่อไปนี้

★ Re-experience of the traumatic event ดังนี้

- intrusive distressing recollection of the event
- flash backs (รู้สึกเหมือนเหตุการณ์นั้นได้เกิดขึ้นอีกครั้งเมื่อตื่นขึ้นมา)
- Nightmares
- exaggerated emotional and physical reaction to triggers that remind the person of the event

★ Avoidance and emotional numbing ดังนี้

- extensive avoidance of activities, places, thought, feelings, or conversation related to the trauma
- loss of interest

- feeling detached from others
- restricted emotions

★ Increased arousal ดังนี้

- difficult sleeping
- Irritability or outburst of anger
- difficulty concentrating
- Hypervigilance
- exaggerated startle response

ควรถามถึงเหตุการณ์อันตรายและอาการที่ผู้ป่วยมีเช่น depression, anxiety หรือ substance abuse เพราะว่ามันจะพบร่วมกับ PTSD

II การป้องกันและแทรกแซงระยะแรก

- ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจว่าเป็นธรรมชาติที่จะหัวเสียและไม่สบายใจช่วงสั้น ๆ หลังเกิด trauma
- ให้ความรู้เรื่อง acute stress reaction และ PTSD
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดถึง trauma และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อน ๆ
- ให้ความรู้กับครอบครัวและบุคคลรอบข้างเกี่ยวกับความสำคัญของการพึ่งพาอารมณ์ปกติของผู้ป่วย
- ช่วยผู้ป่วยและครอบครัว ได้ยอมรับว่าการพูดเรื่องเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ จะช่วยให้หายได้เร็ว
- เสริม emotion support
- ลดความรู้สึกผิดที่มารบกวน
- ส่งต่อไปยังกลุ่ม support หรือ trauma counseling
- พิจารณาให้ยาช่วยหลับ ระยะสั้นถ้านอนไม่หลับ

III เลือกการรักษา

ถ้ามีอาการมากกว่า 1 เดือน โดยไม่ดีขึ้น

1. เสนอหรือส่งต่อไปรักษาด้านจิตใจ
2. อาจให้ยาถ้า
 - อาการรุนแรง และ/หรือ คงอยู่ตลอด
 - หน้าที่ในแต่ละวัน ถูกขัดขวางอย่างมาก

- นอนไม่หลับรุนแรง
- มีปัญหาจิตเวชอื่นร่วมด้วย (eg. Depression, anxiety, suicidal thought)
- มีประสบการณ์เกี่ยวกับ stress มาก
- ได้รับการทำจิตบำบัด และยังคงมีอาการหนักอยู่

IV การใช้ยา

เริ่มด้วย SSRI อย่างน้อย 8 สัปดาห์, ประเมินการตอบสนองทุก 1-2 สัปดาห์ และเพิ่มขนาดเมื่อจำเป็นตามต้องการ

หลังจากได้รับ SSRI 8 สัปดาห์

- ไม่ตอบสนอง ให้เปลี่ยนยาเป็น nefazodone หรือ venlafaxine
- ถ้าตอบสนองบางส่วน เพิ่ม mood stabilizer เช่น divalproex

ถ้าผู้ป่วย มีปัญหาอื่นร่วมด้วยพิจารณา

- severe insomnia ให้ trazodone ระยะเวลาสั้น ๆ
- significant anxiety ให้ benzodiazepine ระยะเวลาสั้น ๆ หรือ buspirone ระยะเวลายาว
- comorbid bipolar disorder หงุดหงิดง่าย โกรธ หรือก้าวร้าว เพิ่ม mood stabilizer

Note : การให้ benzodiazepine ควรให้ด้วยความระมัดระวัง ในผู้ป่วยที่มี current substance abuse หรือประวัติ substance abuse problems

V การทำจิตบำบัด

- Anxiety management โดยฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการหายใจ การคิดในแง่บวกและพูดกับตัวเอง การหยุดความคิด
- Cognitive therapy ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล โดยเฉพาะความรู้สึกผิดที่ไม่เป็นจริง
- Exposure therapy โดยฝึกการเผชิญหน้าเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกังวล

VI ขนาดยาที่ใช้ในผู้ป่วย (mg/d)

Medication	Starting	Average	Max
SSRI			
sertraline	25-50	50-150	
200			
paroxetine	10-20	20-50	50

fluoxetine	10-20	20-50	60
fluvoxamine	50	100-250	
300			
citalopram	20	20-40	60
Other antidepressant			
nefazodone	100	300-500	
600			
venlafaxine	75	75-225	
225			
Mood stabilizer			
divalproex	500	500-1500	
2000			
Anti-anxiety medication			
bupiron	15	20-60	60
alprazolam	15	1-4	4
clonazepam	15	1-4	4

**VII เมื่อใดที่ควรส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชดูแล
ควรส่งต่อผู้ป่วยพบผู้เชี่ยวชาญหากมีลักษณะต่อไปนี้**

- ผู้ป่วยยังคงมีอาการของ PTSD ซึ่งไม่ตอบสนองต่อยาใดเลยในขนาดและระยะเวลาที่เพียงพอแล้ว
- ผู้ป่วยมี suicidal thought/behavior
- ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาอาการข้างเคียงจากยา
- ผู้ป่วยมีปัญหาจิตเวชรุนแรงอื่นร่วมด้วย และไม่ดีขึ้นต่อการรักษา
- ผู้ป่วยมีปัญหา substance abuse
- ผู้ป่วยมีความเครียดหรือไม่มี social support

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorder. DSM-IV 4th ed Washington D.C. : American Psychiatric Association, 1994:393-444
2. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, eds. Synopsis of Psychiatry 8th ed. Baltimore : Willinms & Wilkins, 1997: 617-623
3. รัตนา สายพานิชย์, สมบัติ ศาสตรรุ่งภัค, Posttraumatic stress และ Acute stress disorder ใน : มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์ บรรณาธิการจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2541:176-179
4. แสงจันทร์ วุฒิกานนท์. โรคทางจิตเวชเนื่องจากภัยอันตราย ใน : สมภพ เรืองตระกูล ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6) กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2542:30-36
5. Hale HE, Yudofsky SC : Essentials of Clinical psychiatry. 3rd ed, washinton D.C. 1999 : 386-396
6. TARRIER-N, Pi grim-H, Sommerfied - C, Faragher-B, ReyouldS-M, Graham-G, Barronclough-C : A randomize trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the

treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *J consult-Clin-Psychol* 1999 Feb;67(1):13-18

7. Davidson-JR, weisler-RH, Malik-ML, connor-KM : Treatment of post traumatic stress disorder with nefazodone. *Int -Clin-Psychopharmacol.* 1998 May; 13(3):111-113
8. Pantalon-MV, Motta-RW : Effective ness of anxiety managment training in the treatment of post traumatic stress disorder : a prelimi nary report : *J-behav-ther-Exp-Psychiatry* 1998 Mar;29(1):21-29
9. Mark-I, Lovell-K, Noshirvari-H, Livanou-M, Thrasher-S : treatment of post tramaatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring : a controlled study. *Arch-Gen-Psychiatry* 1998 Apr;55(4):317-325.
10. Dow-B, Kline-N : Antidepressant treatment of post trammatic stress disorder and major depression in referans : *Ann-Clin-Psychiatry.* 1997 Mar;a(1):1-5
11. Fontana-A, Rosenheck-R : Effectiveness and cost of the inpatient treatment of post trumatic stress disorder : Comparison of Three models of treatment : *Am-J-Psychiatry.* 1997 Jun;154(6);758-765.
12. Gil-Rivas-V, Fiorentivie-R, Anglin-MD : Sexual abuse, physical abuse, and post traumatic stress disorder among women participating in out patient drug abuse treatment : *J-Psychoctive-Drugs.* 1996 Jan-Mar;28(1);95-102.
13. Marmar-CR, Schoenfeld-F, Weiss-DS, Metzler-T, Zatzick-D, W-R, Smiga-S, Tedott-L Neylan-T : open trial of Shivoxamine treatment for combat-related posttrammate stress disorder : *J-Clin-Psychiatry* 1996;57 suppl 8 : 66-70;discussion 71-72
14. Edna B. Foa, Jonathan R.T. Davidson, Allen Frances ; The Expert Consensus Guideline series Treatment of Posttrumatic stress Disorder : *J-Clin-Psychiatry* 1999;60 suppl 16:6-74

DSM-IV Diagnostic Criteria For Posttraumatic Stress Disorder

A : The person has been exposed to a traumatic event in which both of following were present :

1. The person experienced, witnessed, or was confronted with an event or events that involved actual or threatened death or serious injury or threat to the psysical integrity of self or other
2. The person respons involved intense fear, helplessness, or horror

Note : In children , this may be expressed instead by disorganized or agitated behavior

B : The traumatic event is persistently reexperienced in one (or more) of the following ways:

1. Recurrent and intrusive distressing recollections of the event , including image , thoughts, or perceptions:

Note : In young children , repetitive play may occur in which themes or aspects of trauma are expressed.

2. Recurrent distressing dream of the event.

Note : In children , there may be frightening dreams without recognizable content.

3. Acting or feeling as if the traumatic event were recurring including a sense of reliving the experience , illusion hallucinations, including those occur on awakening or when intoxicated.

Note : In young children , trauma - specific reenactment may occur

4. Intense psychological distress at exposure to internal and external cues that symbolize

or resemble an aspect of traumatic event

5. Physiologic reactivity on exposure to internal or exposure event

C. Persistent avoidance of stimuli associated with the trauma and numbing of general responsiveness

(not present before the trauma) , as indicated by three (or more) of the following

1. Efforts to avoid thoughts , feelings , or conversation associated with the trauma.
2. Effort to avoid activities , places , or people that arouse recollection of the trauma
3. Inability to recall an important aspect of the trauma.
4. Markedly diminished interest or participation in significant activities.
5. Feeling of or detachment from others.
6. Restricted range of affect (eg.unable to have loving feelings)
7. Sense of a foreshortened future (e.g does not expect to have a career,marriage,children,or normal life span)

D. Persistent symptom of increased arousal (not present before the trauma) as indicated by two (or more) of the following difficulty falling or staying asleep.

1. Irritability or outburst of anger.
2. Difficulty concentrating.

3. Hypervigilance.
4. Exaggerated startle response.

G. Duration of the disturbance symptom in criteria B,C,D is more than 1 month

F. The disturbance causes clinically important areas of functioning

Specify if

Acute : if duration of symptoms is less than 3 months

chronic : if duration of symptoms is 3 months or more

Specify if

With delayed onset : if onset symptoms is at least 6 months after the
stressor