

บทที่ 8

ผู้ป่วยโรคจิต

มานิต ศรีสุรภานนท์

โรคจิตจัดว่าเป็นกลุ่มโรคสำคัญกลุ่มหนึ่งของโรคทางจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตมักมีอาการทางจิตรุนแรงและสูญเสีย function ไปมาก ในบรรดาโรคจิตทั้งหมด โรคจิตเภท (schizophrenia) จัดว่าเป็นโรคสำคัญมากโรคหนึ่ง เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย โดยมี life-time prevalence ประมาณร้อยละ 0.5-1.0, ก่อให้เกิดการสูญเสีย function อย่างมาก เริ่มป่วยตั้งแต่อายุยังน้อย และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังในผู้ป่วยส่วนใหญ่

อาการโรคจิต (psychotic symptoms) เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งประกอบด้วยอาการดังตารางที่ 1 คำว่า “อาการโรคจิต” นี้มักใช้กับผู้ป่วยโรคจิตอื่นๆ แต่สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทแล้ว อาการดังกล่าวมีชื่อเรียกเฉพาะว่าอาการชนิดบวก (positive symptoms) และในผู้ป่วยโรคจิตเภทยังอาจพบอาการชนิดลบ (negative symptoms) ได้แก่ หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ พูดน้อย และเฉื่อยชา

ตารางที่ 1 อาการสำคัญของผู้ป่วยโรคจิต

delusions : อาการหลงผิด	ความคิดหรือความเชื่อที่ผิดๆ ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ฝังแน่น ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยเหตุผล ที่พบบ่อย ได้แก่อาการหวาดระแวงว่ามีคนปองร้ายตนเอง
Hallucinations : อาการประสาทหลอน	ผู้ป่วยมีการรับรู้โดยปราศจากสิ่งกระตุ้น ที่พบบ่อยได้แก่ อาการหูแว่ว อาการนี้จะต้องเด่นชัด (prominent) จึงจะมีน้ำหนักในการวินิจฉัย เช่น ได้ยินเสียงพูดเป็นเรื่องราว ได้ยินบ่อย
Disorganized speech	วลี ประโยค หรือหัวข้อการพูดที่ไม่ต่อเนื่องกันหรือไม่เกี่ยวข้องกันทำให้ฟังไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยพูดหรือต้องการสื่อเรื่องอะไร
Disorganized behavior	พฤติกรรมไม่อยู่กับร่องกับรอย อาจพบอาการร่วนวาย

การประเมินผู้ป่วย

ควรซักถามอาการจากทั้งผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ซักประวัติครอบครัวกลุ่มสิ่งต่างๆ เหล่านี้ คือ

1. พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปและอาการที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอาการโรคจิต (หรืออาการชนิดบวกของโรคจิตเภท) และอาการชนิดลบของโรคจิตเภท
2. อาการของโรคที่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยแยกโรค เช่น อาการทางอารมณ์ (mood symptoms), อาการสับสนหรือไม่รู้สึกรู้ตัว เป็นต้น
3. การเริ่มป่วย การดำเนินโรคก่อนที่จะมาพบแพทย์ การปรากฏขึ้นและการ

หายไปของอาการต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลา

4. สิ่งกระตุ้นหรือโรคทางกายที่เกิดขึ้นก่อนที่จะเริ่มมีอาการทางจิต (ทั้งด้านชีวภาพและด้านจิตสังคม) เช่น การเจ็บป่วยทางกาย การใช้ยารักษาโรคหรือสารเสพติด ความเครียดหรือความไม่สบายใจ เป็นต้น

5. ประวัติและการรักษาทางจิตเวชในอดีต

6. ประวัติการป่วยเป็นโรคจิตเวชและปัญหาในครอบครัว

การตรวจสภาพจิตควรให้ความสำคัญกับอาการที่เกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับการวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค คือ

1. อาการโรคจิตที่สามารถสังเกตได้ เช่น พฤติกรรมวุ่นวาย อารมณ์เฉยเมย พูดจาฟังไม่เข้าใจ พูดน้อย เป็นต้น นอกจากนี้ ควรตรวจด้วยว่าอาการโรคจิตที่พบในการซักประวัติ เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอนยังมีอยู่หรือไม่ในขณะที่ทำการตรวจสภาพจิต

2. อาการทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า อารมณ์ดีกว่าปกติ เป็นต้น

3. อาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางร่างกายโดยเฉพาะสมอง เช่น clouding of consciousness, disorientation, ความจำบกพร่อง เป็นต้น

4. อาการที่บ่งชี้ถึงการใช้สารเสพติด เช่น autonomic hyperactivity ซึ่งอาจพบได้ในภาวะเป็นพิษจากแอมเฟตามีน เป็นต้น

ควรตรวจร่างกายของผู้ป่วยโรคจิตโดยละเอียดในครั้งแรกที่ทำการรักษาผู้ป่วย และตรวจร่างกายตามสมควรเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีโรคทางกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่ควรทำในการประเมินผู้ป่วยครั้งแรก คือ การตรวจยาและสารเสพติดที่สงสัย (โดยเฉพาะการตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ) การตรวจเลือดทั่วไป (เช่น BUN, creatinine, electrolytes, liver function test), complete blood count และ urinalysis ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ควรทำตามความจำเป็นหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ซึ่งได้จากการซักประวัติหรือการตรวจร่างกาย

แนวการวินิจฉัย

หากตรวจพบว่าอาการโรคจิตเกิดจากโรคทางกายหรือการใช้สาร ให้การวินิจฉัยว่าเป็น **psychotic disorder due to a general medical condition** หรือ **substance-induced psychotic disorder** ทั้ง 2 โรคนี้ควรถูกคัดกรองออกก่อนที่จะพิจารณาให้การวินิจฉัยโรคจิตอื่นๆ

หากผู้ป่วยมีอาการชนิดบวกและ/หรืออาการชนิดลบของโรคจิตเภทเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน มีอาการโรคจิตชัดเจนเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และการทำงานหรือหน้าที่ต่างๆ บกพร่องลง ให้การวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิตเภท ในกรณีที่ผู้ป่วยมีมาไม่นาน ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยป่วยเป็น **schizophreniform disorder** (เป็นนานน้อยกว่า 6 เดือน) หรือ **brief psychotic disorder** (เป็นนานน้อยกว่า 1 เดือน) ตามลำดับ

หากผู้ป่วยมีอาการทางอารมณ์ที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น อาการซึมเศร้ามาก อาการ

ครั้งรุนแรงมาก โดยที่อาการโรคจิตและอาการทางอารมณ์เกิดขึ้นในเวลาใกล้เคียงกันและรุนแรงพอๆ กัน ให้การวินิจฉัยว่าเป็น **schizoaffective disorder** ในการให้การวินิจฉัยโรคนี้ แพทย์ควรระบุด้วยว่า ผู้ป่วยเป็น depressed type หรือ bipolar type

การวินิจฉัยแยกโรค

1. Delirium และ dementia: ผู้ป่วยทั้งสองโรคนี้อาจมีอาการโรคจิตร่วมด้วยได้ แต่มักมี cognitive impairment เป็นอาการเด่น ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมี cognitive impairment เพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย
2. โรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorders) เช่น bipolar disorder, โรคซึมเศร้า : ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน อาจมีอาการโรคจิตร่วมด้วยได้ แต่ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีอาการทางอารมณ์เด่นชัดกว่าอาการโรคจิต

การรักษา

ข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยโรคจิตไว้รักษาในโรงพยาบาล

1. มีความเสี่ยงที่จะทำร้ายผู้อื่น
2. มีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย
3. ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือวุ่นวายมาก

Schizophrenia, schizophreniform disorder และ brief psychotic disorder

ยารักษาโรคจิตจัดว่าเป็นการรักษาหลักของโรคในกลุ่มนี้ สำหรับผู้ป่วยทั่วไป ควรให้ยากลุ่มเดิม (conventional antipsychotics) เช่น haloperidol (ยารักษาโรคจิตชนิด high potency) ขนาด 5-12 มก./วัน (ยารักษาโรคจิตชนิด high potency) หรือ chlorpromazine (ยารักษาโรคจิตชนิด low potency) ขนาด 300-600 มก./วัน หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด extrapyramidal side effects หรือมีอาการชนิดลบเป็นอาการเด่น อาจให้ยากลุ่มใหม่ (atypical antipsychotics) เช่น risperidone, olanzapine หรือ quetiapine ปัจจัยอื่นที่ควรคำนึงถึงในการเลือกยารักษาโรคจิตที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย คือ ประวัติการตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตในอดีต (ทั้งประสิทธิภาพและผลข้างเคียง) ผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยยอมรับได้ ความต้องการและเศรษฐฐานะของผู้ป่วยและญาติ ชนิดของยาที่มีอยู่ในสถานพยาบาล และการใช้ยาที่แพทย์คุ้นเคย

เพื่อลดปัญหาเรื่องผลข้างเคียงของยาควรเริ่มให้ยาในขนาดต่ำก่อน หากผู้ป่วยไม่มีปัญหาในเรื่องผลข้างเคียงของยามากนัก ควรคงขนาดยาไว้อย่างน้อย 3 สัปดาห์ ก่อนที่จะทำการประเมินประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยา ควรให้ยาในขนาดที่เพียงพอเป็นเวลานานอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ก่อนที่จะระบุว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตตัวใดตัวหนึ่ง

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบขณะที่ยังกินยารักษาโรคจิตอยู่ ควรเพิ่มขนาดยาขึ้น ร่วมไปกับการให้จิตบำบัดชนิดประคับประคอง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการกำเริบของอาการโรคจิตเนื่อง

จากการไม่กินยา ควรตรวจประวัติการได้ยาในระยะเฉียบพลันครั้งก่อนแล้วเลือกให้ยาชนิดเดิม ในขนาดเท่าเดิมที่ผู้ป่วยเคยตอบสนองต่อการรักษา แต่หากผู้ป่วยไม่ยอมกินยาที่ให้ ควรให้ยาชนิดชนิดออกฤทธิ์สั้น (เช่น haloperidol ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 5-10 มก./วัน) ในช่วงแรก และเปลี่ยนเป็น ยากินทันทีที่ผู้ป่วยเริ่มร่วมมือในการกินยา

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาในกลุ่มเดิม อาจเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่มเดิมแต่เลือก ตัวที่มีโครงสร้างต่างจากยาตัวแรก หรือเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่มใหม่ และหากเปลี่ยนยาแล้วผู้ป่วย ยังไม่ตอบสนองต่อการรักษาอีกควรส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่จิตแพทย์

ในการให้ยาในกลุ่มเดิมควรระมัดระวังและบอกผู้ป่วยถึงผลข้างเคียงของยาที่พบได้บ่อย ผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยาในกลุ่ม low potency คือ ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก และปัสสาวะลำบาก ผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยาในกลุ่ม high potency คือ extrapyramidal side effects ส่วนยาในกลุ่มใหม่ก็อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้เช่นเดียวกับยากกลุ่มเดิม แต่พบได้น้อยกว่าและรุนแรงน้อยกว่า สำหรับแนวทางการจัดการผลข้างเคียงและอาการที่อาจพบร่วมด้วยสามารถดูได้จากตารางที่ 2

แนวทางการให้ยาเมื่อผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นแล้วมีดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วย brief psychotic disorder สามารถหยุดยาได้
2. ผู้ป่วย schizophreniform disorder ควรให้ยาในขนาดเดิมต่ออีก 6 เดือนจึงหยุดยาได้
3. ผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ยาในขนาดเดิมต่ออีก 6 เดือน แล้วลดขนาดยาลงจนถึงขนาดที่ต่ำที่สุดที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเป็นปกติอยู่ได้ (อาจเหลือเพียงร้อยละ 20 ของขนาดยาที่ใช้รักษาในระยะเฉียบพลัน) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกควรได้รับยาในขนาดต่ำนี้นาน 1-2 ปี ส่วนผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้งควรได้รับยาในขนาดต่ำนี้ นานอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต ในระยะนี้หากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการกินยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา ควรจัดการผลข้างเคียงต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการกินยาเนื่องจากการไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ควรให้ยาชนิดระยะยาว (long-acting antipsychotic depot) เช่น ฉีด haloperidol decanoas เข้ากล้ามเนื้อ ทุก 4 สัปดาห์ ในขนาดยาประมาณ 10-15 เท่าของขนาดยาที่ผู้ป่วยกินเป็นต้น

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง การรักษาทางจิตสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก ควรจัดหาการรักษาต่างๆ เหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วย และสถานพยาบาลที่แพทย์อยู่ไม่สามารถจัดหาการรักษาเหล่านี้ได้ อาจแนะนำให้ผู้ป่วยไปขอรับการรักษาทางจิตสังคมที่สำคัญบางประการจากสถานพยาบาลที่สามารถให้การรักษานั้นๆ ได้ การรักษาทางจิตสังคมที่สำคัญประกอบด้วย

1. การให้ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วย และเมื่อสามารถให้การวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนแล้ว ควรให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค สาเหตุ การดำเนินโรค การรักษาและบริการที่สามารถจัดหาให้แก่ผู้ป่วยได้
2. การประเมินสภาพครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยหาก

ตารางที่ 2 การรักษาผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและอาการที่พบร่วมด้วย

ผลข้างเคียงหรืออาการที่พบร่วมด้วย	การรักษา
1. Acute dystonia และ parkinsonism	- ลดขนาดยา - ให้อายา anticholinergic agents เช่น benhexol hydrochloride 5-15 มก./วัน - เปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมชนิด low potency หรือยากกลุ่มใหม่
2. Akathisia	- ลดขนาดยารักษาโรคจิตลง - ให้อายา anticholinergic (เช่นเดียวกับการรักษา acute dystonia และ parkinsonism) - เพิ่ม propranolol 30-60 มก./วัน หรือ benzodiazepines (เช่น diazepam 5-15 มก./วัน) - เปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมชนิด low potency หรือยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่
3. Tardive dyskinesia	- เปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ - ลดขนาดยา
4. Neuroleptic malignant syndrome	- หยุดยารักษาโรคจิตทันที ให้การรักษาแบบประคับประคอง และนำส่งโรงพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและจิตเวช
5. Sexual side effect หรือ amenorrhea	- เปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ - เพิ่ม bromocriptine -15 มก./วัน
6. Agitation, excitement หรือ anxiety	- เพิ่ม benzodiazepines (เช่น diazepam 5-15 มก./วัน)
7. Aggression และ violence	- เพิ่ม lithium, carbamazepine, valproate หรือ benzodiazepines
8. Substance abuse	- รักษา substance abuse ร่วมไปกับการรักษาโรคจิต
9. Insomnia	- เพิ่ม benzodiazepines (เช่น lorazepam 1-2 mg ก่อนนอน) - เปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์ง่วงนอน
10. Postpsychotic depression	- เพิ่มยาแก้ซึมเศร้า โดยเฉพาะยากกลุ่ม SSRI - เปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

ครอบครัวผู้ป่วยมีพยาธิสภาพ

3. การฝึกความชำนาญในการดำรงชีวิตพื้นฐาน การฝึกความชำนาญในการเข้าสังคม และการฟื้นฟูด้านอาชีพ

4. การเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันตามสมควร

Schizoaffective disorder

ควรให้ยารักษาโรคจิตในระยะเฉียบพลันทุกราย ร่วมไปกับการให้ยาแก้อึมเศร้า ในผู้ป่วย schizoaffective disorder, depressive type และให้ mood stabilizers ในผู้ป่วย schizoaffective disorder, bipolar type

เนื่องจากยาแก้อึมเศร้าอาจไปกระตุ้นให้เกิดอาการmania ได้ ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาแก้อึมเศร้าในผู้ป่วยที่เป็น bipolar type หรือหากจะให้ก็ต้องให้ mood stabilizers ร่วมด้วย

ขนาดยาที่เหมาะสมของยารักษาโรคจิต ยาแก้อึมเศร้า และ mood stabilizers จะเป็นเช่นเดียวกับขนาดยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และ bipolar disorder ตามลำดับ แต่อาจต้องระมัดระวังเรื่องปฏิกิริยาของยาที่มีต่อกันมากขึ้น

เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว ควรพยายามลดยาแก้อึมเศร้าและ mood stabilizers ลงจนเหลือยารักษาโรคจิตตัวเดียวในการป้องกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องได้ ยาแก้อึมเศร้า หรือ mood stabilizers ร่วมไปกับยารักษาโรคจิต ในการรักษาแบบป้องกัน

Psychotic disorder due to a general medical condition และ substance-induced psychotic disorder

ควรรักษาโรคทางกายที่เป็นเหตุหรือให้ผู้ป่วยหยุดยาที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการโรคจิตขึ้น การใช้ยารักษาโรคจิตเป็นการรักษาตามอาการ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยประเภทนี้มักต้องการยายารักษาโรคจิต ในขนาดที่ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท อาการของผู้ป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและในระยะยาวจะทุเลาเพียงใดขึ้นอยู่กับว่าโรคทางกายสามารถรักษาได้หรือไม่ หรือผู้ป่วยสามารถหยุดใช้ยาที่เป็นสาเหตุได้หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. มานิต ศรีสุรภานนท์, จำลอง ดิษยวณิช. โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ: schizophrenia and other psychotic disorders. ใน: มานิต ศรีสุรภานนท์, จำลอง ดิษยวณิช, บรรณาธิการ. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2542:139-63.
2. Herz MI, Liberman RP, Lieberman JA, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. In: American Psychiatric Association, ed. APA Practice Guidelines. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000;299-412.
3. McEvoy JP, Scheifler PL, Frances A. Expert consensus guidelines series. J Clin Psychiatry 1999; 60(Suppl 11):1-80.