

Articles from Ramamental

การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวิตกกังวล

2011-12-08 04:12:39 admin

มานิซ หล่อตระกูล พ.บ., ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ พ.บ., ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาวะวิตกกังวล (anxiety) เป็นปัญหาที่แพทย์พบได้บ่อย แม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะเป็นผู้ป่วยจิตเวช แต่แพทย์ทั่วไปจะเป็นผู้พบและรักษาผู้ป่วย anxiety disorder บ่อยกว่าจิตแพทย์ เนื่องจากจิตแพทย์ในประเทศไทยมีจำนวนน้อย และแม้แต่ในพื้นที่ที่มีจิตแพทย์อยู่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังไปพบแพทย์ทั่วไปมากกว่า เนื่องจากไม่ทราบว่าอาการของตนเป็นความผิดปกติทางจิตเวช หรือไม่ต้องการให้ผู้อื่นมองว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางจิตเวช.

การศึกษาระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชในชุมชน พบว่า anxiety disorders เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด¹ และนับวันแพทย์ก็จะยิ่งพบผู้ป่วยเหล่านี้มากขึ้น จากปริมาณประชากรที่เพิ่มขึ้น สภาพสังคมที่ซับซ้อนมากขึ้น ความสามารถของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์ที่สูงขึ้น และผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องของโรคมมากขึ้น. จึงจัดว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความสำคัญลำดับต้นๆ ที่แพทย์ทั่วไปควรให้ความสนใจติดตามวิทยาการหรือแนวคิดในการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคนี้ ซึ่งต่างไปจากแนวคิดแต่ก่อนค่อนข้างมาก. ปัจจุบันมีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการรักษาซึ่งผู้ที่มีใบจิตแพทย์สามารถนำไปใช้ได้อย่างสะดวก.

อาการสำคัญของภาวะวิตกกังวล

อาการเด่นของภาวะวิตกกังวล ได้แก่ มีความวิตกกังวลเกินกว่าที่ควรจะเป็น, คิดฟุ้งซ่าน, สะดุ้งตกใจง่าย, นอนไม่หลับ ใจลอย และหลงลืมง่าย. ร่วมกับมีอาการจาก autonomic nervous system ทำงานมากเกินไป ทำให้เกิดอาการใจสั่น, เหงื่อออก, หายใจได้ไม่เต็มที, มือเท้าชา, แน่นท้อง เป็นต้น.

อาการที่สื่อถึงภาวะวิตกกังวล

ภาวะนี้มักถูกมองข้าม หรือวินิจฉัยเป็นโรคอื่น ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักแจ้งแพทย์แต่อาการทางกาย ไม่คิดว่าเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลหรือปัญหาทางจิตใจ. ผู้ป่วยบางคนอาจใช้สำนวนหรือภาษาท้องถิ่นในการบอกเล่าอาการหรือปัญหาที่แพทย์ไม่เข้าใจ. อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญยิ่งคือ เวลาที่แพทย์พบผู้ป่วยมีไม่มาก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มาพบแพทย์แต่ละวันมีมากเกินกว่าที่แพทย์จะสามารถให้เวลากับผู้ป่วยแต่ละคนได้เพียงพอ การตรวจจึงต้องเน้นปัญหาทางร่างกายเป็นหลัก.

อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีลักษณะอาการดังตารางที่ 1 ร่วมกันหลายๆ ข้อ ควรสำเนียงกว่าอาการของผู้ป่วยอาจเป็นมาจากโรคทางจิตเวชในกลุ่ม anxiety disorders ได้.

ตารางที่ 1

แนวทางการวินิจฉัย

มีลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ดูว่าอาการของผู้ป่วยเป็นมาจากโรคทางกาย จากสารเสพติดหรือยาหรือไม่. ตัวอย่างเช่น hypoglycemia, hyperthyroidism, COPD, caffeine และ amphetamine เป็นต้น (ดูตารางที่ 2 ประกอบ). ผู้ป่วยบางคนอาจเป็นคนเรียกร่องความสนใจหรือมีบุคลิกที่ทำให้แพทย์เอนเอียงไปทางการวินิจฉัยว่ามี

ปัญหาทางจิตเวช.

ตารางที่ 2

ดูว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการเบื่อหน่าย ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และนอนหลับๆ ตื่นๆ. ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เครียด หรือผอมลงได้.

1. เมื่อพบว่าอาการของผู้ป่วยไม่ได้เป็นจากโรคทางกายและโรคซึมเศร้าแล้ว ให้พิจารณาต่อไปว่าผู้ป่วยเพิ่งเริ่มมีอาการหรือมีอาการมานานหลายๆ เดือน. ผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มมีอาการไม่นาน เช่นไม่ถึงเดือนส่วนใหญ่มักเป็นมากกว่าไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหากดดันจากภายนอกได้ (adjustment disorder). ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวลเป็นอาการเด่น ซึ่งจะเป็นความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับเรื่องที่มากดดันนั้น ส่วนอาการด้าน ANS มักไม่ชัดเจนนัก.
2. ผู้ป่วยในกลุ่ม anxiety disorder มักมีอาการมานานหลายๆ เดือน เช่น 5-6 เดือน บางรายมีอาการเรื้อรังมาเป็นปีๆ. ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรสอบถามอาการอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อช่วยในการระบุย่อยลงไปว่าผู้ป่วยป่วยเป็นโรคใดในกลุ่มโรควิตกกังวล (ดูตารางที่ 3 ประกอบ). เนื่องจากการรักษาจะแตกต่างกันในแต่ละโรค. โรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไปได้แก่ generalized anxiety disorder (GAD) และ panic disorder. ส่วน phobic disorder และ obsessive-compulsive disorder นั้นพบได้ไม่บ่อยนัก และอาการที่มีก็มักจะชัดเจน. ผู้ป่วย obsessive-compulsive disorder อาจไปพบแพทย์ด้วยอาการทางผิวหนังเนื่องจากล้างมือซ้ำๆ วันละหลายสิบครั้ง.

ตารางที่ 3

การรักษา

ผู้ป่วย phobic disorder นั้น การให้ยาคลายกังวลอาจช่วยได้บ้าง แต่การรักษาที่ได้ผลดี คือการรักษาด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัด โดยให้ผู้ป่วยค่อยๆ เผชิญกับสถานการณ์หรือสิ่งที่เขากลัวอย่างเป็นขั้นตอน. ส่วนโรคอื่นๆ ที่เหลือ การรักษาด้วยยาในปัจจุบันจัดว่าได้ผลค่อนข้างดี. อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยอยู่จำนวนหนึ่งที่เรอาจพบว่าผู้ป่วยมีมุมมองต่อสิ่งต่างๆ ในแง่มุมที่ทำให้ตนเองทุกข์ใจ หรือมีการปรับตัวต่อปัญหาที่ไม่เหมาะสม, เมื่อรักษาไปได้ระยะหนึ่ง มีสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่ดี เราเข้าใจปัญหาของเขามากขึ้น ก็ควรให้คำแนะนำหรืออาจช่วยชี้ให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมอื่นๆ. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะรับฟังแพทย์อยู่แล้ว ทำให้ที่ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยเช่นนี้ จะทำให้ผู้ป่วยยิ่งศรัทธาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น.

หลักการรักษาด้วยยา Benzodiazepine

1. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจากสภาพแวดล้อมที่กดดัน มีอาการนอนไม่หลับ รู้สึกตึงเครียด อาจให้เบนโซโซไดอะซีพินชนิด long acting ก่อนนอน. โดยทั่วไปแล้วเมื่อสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น หรือมีคุณให้คำปรึกษา ความวิตกกังวลก็จะลดลง ผู้ป่วยอาจจะเริ่มมีอาการง่วงซึมจากยา ซึ่งเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าควรลดยาลง. ส่วนใหญ่แล้วจะให้ยาอยู่ราว 2-4 สัปดาห์.³
2. การให้ยาควรให้ขนาดในที่พอเพียงกับการควบคุมอาการ หากขนาดต่ำไป ผู้ป่วยอาจเพิ่มยาเองจนเป็นนิสัย หรืออาจกังวลเรื่องอาการขึ้นมาอีก. ถ้าให้ยาแล้วผู้ป่วยไม่ง่วงหรือหากเป็นมือก่อนนอนแล้วยังนอนไม่หลับหรือหลับไม่ดีแสดงว่าขนาดยายังต่ำไป. บางคนนิยมให้ยานอนหลับ แต่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าจะทำให้ขาดโอกาสที่จะดูการตอบสนองของยาไป และยานอนหลับมักจะทำให้หลับได้สนิทดี ผู้ป่วยมักจะร้องขอบ่อยๆ ในภายหลังเพราะยาอื่นๆ ไม่ทำให้หลับได้ดีเท่า อาจทำให้เลิกยาก.
3. การใช้ยาเพื่อคลายความกังวลทั่วไป ควรเลือกใช้ยาที่มีกลุ่ม long หรือ very long acting เช่น ไดอะซีแพม โดยให้ยาก่อนนอนวันละครั้งหรือไม่เกิน 2 มื้อ/วัน โดยยาส่วนใหญ่จะให้มือก่อนนอน นอกจากจะได้ผลในการรักษา anxiety disorder แล้ว เบนโซโซไดอะซีพินยังได้ผลในการลดภาวะวิตกกังวลต่างๆ ไป เช่น ก่อนผ่าตัด ก่อนสอบ ย้าย

บ้าน ยาที่ใช้มักเป็นยา low potency ขนาดต่ำๆ และควรคำนึงถึงปัญหาจากอาการข้างเคียงของยาด้วย

4. การตอบสนองต่อยาแต่ละตัวในผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน บอกไม่ได้ว่าคนไหนตอบสนองต่อยาตัวไหน. หากให้ยาในขนาดที่เหมาะสมไปนานประมาณ 1-2 สัปดาห์แล้วอาการไม่ดีขึ้นก็ไม่น่าจะตอบสนองต่อการรักษาจากยาดังนั้น ควรพิจารณาตัวอื่น. ³
5. ฤทธิ์วงซึมของยาเบนโซไดอะซีพีนแต่ละขนานไม่ต่างกัน. การที่ผู้ป่วยจะวงซึมจากยาตัวไหนหรือไม่เป็น individual response และขึ้นกับความรุนแรงของอาการด้วย.
6. ในการหยุดยาเมื่อครบกำหนดรักษา ควรค่อยๆ ปรับลดลงทีละน้อย มักลดขนาดยาลงร้อยละ 25 ของขนาดสูงสุดที่เคยใช้ทุก 1-2 สัปดาห์ จนหยุดยาได้หมดใน 4-8 สัปดาห์ ^{4, 5}

การรักษา Generalize Anxiety Disorder

เนื่องจากโรคนี้อาจเป็นเรื้อรัง ยากที่จะหายขาด เป้าหมายของการรักษาคือ ให้อาการทุเลาลงระดับหนึ่ง อาจมีอาการอยู่บ้างแต่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ.

1. เบนโซไดอะซีพีน เป็นยาที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากมีความปลอดภัยสูง และช่วยคลายกังวลได้ดี. ยาทุกตัวได้ผลในการคลายกังวลพอๆ กัน. ⁴ ขนาดใช้โดยทั่วไป ได้แก่ ไดอะซีแพม 5-10 มก./วัน โดยให้ก่อนนอน จะช่วยให้หลับได้ดีและสามารถลดอาการวิตกกังวลในช่วงกลางวันได้. อย่างไรก็ตามอาจปรับขนาดยาขึ้นลงตามอาการและการตอบสนองของผู้ป่วย โดยอยู่ระหว่าง 4-20 มก./วัน หากผู้ป่วยยังมีอาการมากในช่วงบ่ายอาจให้ 1 ใน 3 ของขนาดยาต่อวันในตอนเช้าหรือกลางวัน.

อาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย ได้แก่ ง่วง, ซึม, อ่อนเพลีย, การปฏิบัติงานที่ต้องใช้ความละเอียดอ่อนบกพร่องลง ⁶. อาการง่วงซึมจะลดลงหลังใช้ยาไปนานประมาณ 1 สัปดาห์ ⁷.

มักเกรงกันว่าผู้ป่วยอาจมีการติดยาหากได้ยาไปนาน ทำให้ต้องเพิ่มขนาดยาขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาไม่พบว่าเป็นอย่างที่เกรงกัน. ฤทธิ์คลายกังวลของเบนโซไดอะซีพีนยังคงเดิมอยู่ตลอด. ⁷

2. ยาแก้เศร้า พบว่ายาแก้เศร้าในขนาดต่ำๆ มีฤทธิ์ในการคลายกังวล ⁸ แต่การตอบสนองต่อยาอาจใช้เวลาหลายสัปดาห์จึงเห็นผล. นิยมใช้ในผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังหรือต้องให้ยาเป็นระยะเวลานาน. ยาแก้เศร้าได้ผลดีในการลดอาการด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล คิดฟุ้งซ่าน หรือกลัดกลุ้มใจ. ⁹ ยาตัวที่นิยมใช้ ได้แก่ amitriptyline และ imipramine. โดยทั่วไปแล้วยาแก้เศร้าแบบ tricyclic ทุกตัวให้ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน. ¹⁰ การใช้ให้นิยามให้รับประทานก่อนนอน ซึ่งทำให้หลับได้ดี และลดอาการวิตกกังวลในวันรุ่งขึ้น ขนาดที่ใช้โดยทั่วไป 10-75 มก./วัน เพิ่มขนาดได้จนถึง 125-150 มก./วัน. ควรเริ่มต้นให้ในขนาดต่ำๆ เพราะผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียงได้ง่าย อาการข้างเคียงที่ผู้ป่วยมักทนไม่ค่อยได้คือ อาการจากฤทธิ์ anticholinergic ของยา ซึ่งบางคนมีปากคอแห้ง ท้องผูก หรือตาพร่ามาก.

3. Beta blockers พบว่าได้ผลดีเฉพาะต่ออาการใจสั่น และมือสั่น ไม่ได้ช่วยลดความวิตกกังวลแต่อย่างใด. การออกฤทธิ์ของยาค่อนข้างเร็วเห็นผลชัดใน 1 สัปดาห์ ¹¹ ควรใช้เฉพาะในรายที่มีอาการใจสั่นมากเท่านั้น และใช้ช่วงสั้นๆ ใน 1-2 สัปดาห์แรก.

ข้อควรตระหนักในการใช้รักษา GAD คือ การที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเร็วในช่วงแรกนั้น ไม่ได้หมายความว่า จะตอบสนองกับยาดีจนหายขาดเลย. อาการของผู้ป่วยในระยะยาวนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีก เช่น ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วย ทักษะการปรับตัวต่อปัญหา หรือสภาพแวดล้อมที่กดดันผู้ป่วยมีมากหรือน้อย เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่หยุดการรักษา จะกลับมามีอาการอีกภายใน 1 ปี. ¹²

การรักษา Panic Disorder

1. ควรแสดงความเข้าใจและยอมรับในอาการของผู้ป่วยว่ารุนแรงตามที่เขารู้สึกจริง ซึ่งถือ

เป็นสิ่งสำคัญมากในการรักษา ไม่ใช่ “ไม่เป็นอะไร อย่าคิดมาก” อย่างที่เราตรวจพบ อาจกล่าวได้ว่า “หมอเข้าใจว่า เวลาเป็นคงน่ากลัว ทรมาณมาก” .

2. ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า อาการที่เป็นจะไม่มีอันตรายถึงชีวิต เพราะไม่มีโรคทางกายที่รุนแรง การเกิดอาการเป็นเพราะระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งควบคุมอวัยวะภายในต่างๆ ทำงานไวเกินปกติ จึงตรวจไม่พบโรคอะไรที่หัวใจ หรือปอดตามที่เขาสงสัย. อาจวาดรูปสมอง โยงกับรูปหัวใจ หรืออวัยวะที่ผู้ป่วยเกิดอาการมากๆ ให้อู เพื่อช่วยให้เข้าใจง่ายขึ้น.
3. หากผู้ป่วยปฏิเสธว่า ตนไม่มีเรื่องเครียด. ไม่ต้องคาดคั้นว่า ผู้ป่วยต้องมีเรื่องเครียดแน่นอน. เนื่องจากบางรายอาจมีอาการขึ้นเองจากปัจจัยทางชีวภาพของเขา หรือบางรายก็ยังคงกังวลกับอาการ panic เกินกว่าจะเชื่อมโยงได้ว่า ความกังวลในชีวิตทำให้เขามีอาการ panic ได้.
4. ไม่ควรบอกผู้ป่วยว่าเป็นโรคหัวใจอ่อน หรือประสาทหัวใจ หรือโรคใดๆ ที่ตรวจไม่พบจริง.
5. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่า โรคนี้รักษาหายได้.
6. สอนการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเพื่อให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้บ้าง เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ หรือการกินยาที่แพทย์ให้พกติดตัวไว้.

มียากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนที่มี potency สูง เช่น alprazolam, clonazepam และยาแก้เศร้าหลายชนิดที่ได้รับการศึกษาทดลองแล้วสามารถรักษาโรค panic disorder ได้ผลดี.

ไดอะซีแพมซึ่งเป็นเบนโซไดอะซีพีนที่ใช้แพร่หลายนั้น สามารถใช้รักษาได้ แต่ต้องใช้ขนาดสูงถึง 20-30 มก./วัน ซึ่งผู้ป่วยอาจทนฤทธิ์ข้างเคียงเช่น ฤทธิ์ทำให้วังงซึมไม่ได้.¹³

ยาทั้ง 2 กลุ่มนี้มีข้อดีและด้อยต่างกันเบนโซไดอะซีพีนจะออกฤทธิ์รักษาอาการ panic ได้ในทันที ซึ่งต่างจากยาแก้เศร้า ซึ่งต้องรอผลถึง 2 สัปดาห์ ประกอบกับมีฤทธิ์ข้างเคียงประเภท anticholinergic และ orthostatic hypotension (ยกเว้นยาในกลุ่ม serotonin reuptake inhibitors) ซึ่งฤทธิ์ข้างเคียงดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยทนไม่ได้และหยุดกินยา หรือมีผลกับโรคทางกายใดๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อน. ส่วนข้อด้อยของเบนโซไดอะซีพีนโดยเฉพาะ alprazolam คือมีค่าครึ่งชีวิตสั้น จำเป็นต้องให้วันละ 3 ครั้ง (ยกเว้น clonazepam ซึ่งอาจให้วันละ 1-2 ครั้งได้) ทำให้อาจเกิด withdrawal syndrome ระหว่างมียาเช่น ตอนเช้าเมื่อเพิ่งตื่นนอนได้. แต่ก็เป็นยาที่ปรับขนาดได้สะดวกกว่ายาแก้เศร้ามาก ทั้ง alprazolam เองมีฤทธิ์แก้เศร้าอ่อนๆ ตรงข้ามกับ clonazepam ที่อาจทำให้ผู้ใช้เกิดซึมเศร้าได้.

การรักษาระยะเริ่มต้นจำเป็นต้องระงับอาการของโรคให้หมดไปก่อน จึงมักเริ่มให้เบนโซไดอะซีพีนแล้วปรับขนาดยาตามอาการและอาการข้างเคียงทุกสัปดาห์จนควบคุมอาการได้หมด (ใช้เวลาราว 4-6 สัปดาห์). คงยาในขนาดสูงสัปดาห์ไว้นาน 4-8 สัปดาห์ โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่าง 2-4 มก./วันของ alprazolam แล้วลดเบนโซไดอะซีพีนลงจนถึงขนาดต่ำที่สุดที่สามารถควบคุมอาการได้ไว้นานครบ 6 เดือน. จากนั้นลดขนาดลงช้าๆ ร้อยละ 25 ต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่านี้ จนหมดในเวลา 4-8 สัปดาห์. อาจให้ยาไว้รับประทุเฉพาะเมื่อเกิดอาการ. การให้แต่เบนโซไดอะซีพีนเพียงอย่างเดียวสามารถรักษา panic disorder ได้ แม้จะให้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ก็ไม่พบว่ามียาอาการดื้อยา (tolerance) จนต้องเพิ่มขนาดของเบนโซไดอะซีพีน.

การใช้ยาแก้เศร้านั้นมีหลักการในการปรับเพิ่มและลดขนาดคล้ายคลึงกับการใช้เบนโซไดอะซีพีน. พึงสังเกตว่า ขนาดเริ่มต้นของยาแก้เศร้า ในการรักษา panic disorder นั้นต่ำกว่าขนาดเริ่มต้นในการรักษาโรคซึมเศร้ามาก.

ในบางครั้ง เราอาจเริ่มให้ยาทั้งสองกลุ่มไปพร้อมๆกัน ทำให้ไม่จำเป็นต้องให้ยาแต่ละชนิดในขนาดสูงจนเกิดผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยทนไม่ได้. จนผ่านไป 2-4 สัปดาห์ซึ่งเราควบคุมอาการได้แล้ว และยาแก้เศร้าได้มีเวลาออกฤทธิ์เต็มที่แล้ว จึงค่อยๆ ลดเบนโซไดอะซีพีนลง เหลือยาแก้เศร้าเพียงกลุ่มเดียวไว้ควบคุมอาการจนครบ 6-9 เดือนดังที่กล่าวแล้ว.¹⁴

มักแนะนำให้ผู้ป่วยมี alprazolam หรือ lorazepam ติดตัวไว้รับประทุหากมีอาการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจมากขึ้นว่า สามารถดูแลตนเองได้ ไม่ต้องไปหาแพทย์เพื่อฉีดยาทุกครั้ง.

การรักษา Obsessive Compulsive Disorder

นอกจากยาแล้ว การรักษาที่ได้ผลดีคือ พฤติกรรมบำบัด¹⁵ โดยให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เขากังวลใจและมีให้ตอบสนองย้ำทำตามที่เคยกระทำ. ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีก้นล้างมือ ก็ให้จับของที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าสกปรก ให้รออยู่ช่วงหนึ่งจึงอนุญาตให้ล้างมือ การฝึกจะทำตามลำดับชั้นเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกกังวลน้อยไปหามาก.

1. ยาแก้เศร้า ยาที่รักษาได้ผลดีใน OCD เป็นยาที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ต่อ ระบบ serotonin เช่น clomipramine และยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) ทุกตัว^{16, 17} เช่น fluvoxamine.

1.1 clomipramine เริ่มต้นให้ขนาด 25 มก./วัน ปรับขนาดยาได้จนถึง 150-200 มก./วัน ควรให้ยาส่วนใหญ่ในตอนเย็นหรือก่อนนอน พบว่าโดยมากผู้ป่วยทนฤทธิ์ข้างเคียงจากยาขนาดสูงไม่ได้ .

1.2 fluvoxamine เริ่มต้นให้ขนาด 50 มก. /วัน แล้วค่อยๆเพิ่มยาจนได้ขนาด 150-300 มก./วัน อาการข้างเคียงที่อาจพบได้แก่ คลื่นไส้ มือสั่น ง่วงซึม .

ยา clomipramine อาจได้ผลดีกว่ายาในกลุ่ม SSRI^{18, 19} แต่ก็มีข้อจำกัดคืออาการข้างเคียงมาก ฤทธิ์ในการรักษาอาการอาจเห็นผลชัดหลังจากสัปดาห์ที่ 4 และอาการที่ดีขึ้นนั้นไม่ถึงกับไม่มีอาการเลยทีเดียว ผู้ป่วยมักกลับมามีอาการอีกได้บ่อยหลังจากหยุดยา. อย่างไรก็ตามพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นมาก สามารถเข้าสังคมได้ ความทุกข์ทรมานจากอาการลดน้อยลง .

2. ยาคลายกังวล ในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลอยู่สูงอาจใช้ยาในกลุ่มเบนโซโอดอะซีพีนในระยะสั้นๆ ยาในกลุ่มนี้ไม่มีผลในการรักษาอาการย้ำคิด หรืออาการย้ำทำ.¹⁹

เอกสารอ้างอิง

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity study. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19.
2. ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรควิตกกังวล. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :เอสซีพีริ้นท์, 2540.
3. Dubovsky SL, Weissberg MP. Clinical psychiatry in primary care. 3rd edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1986: 61-87.
4. Shader RI, Greenbelt DJ. Use of benzodiazepines in anxiety disorders. N Eng. J Med 1993; (19): 1398-405.
5. Wise MG, Taylor SE. Anxiety and mood disorders in medically ill patients. J Clin Psychiatry 1990; 51(Suppl): 27-32.
6. Hoehn-Saric R, McLeod DR. Generalized anxiety disorder. Psychiatr Clin North Am 1985; 8: 73-88.
7. Swinson RP, Pecknold JC, Kirby ME, et al. Benzodiazepine dependence. J Affective Disord 1987; 13: 109-18.
8. Khan RJ, McNair DM, Lipman RS, et al. Imipramine and chlordiazepoxide in

depressive and anxiety disorders, II: efficacy in anxious outpatients. Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 79-85.

9. Hoehn-saric R, McLeod DR. Clinical management of generalized anxiety disorder. In: Coryell W, Winokur G. The clinical management of anxiety disorders. New York: Oxford University Press, 1991: 79-100.

10. Bierut LJ. Anxiety disorders. In: Guze SB, ed. Washington University Adult psychiatry. St Louis: Mosby-Year Book, 1997: 143-55.

11. Roy-Byrne PP, Wingerson D. Pharmacotherapy of anxiety disorder. In: Tasmania A, Riba MB, eds. American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol. 11. Washington, Dc: American Psychiatric Press, 1992: 260-84.

12. Schweizer E, Rickels K. The long-term management of generalized anxiety disorder: issues and dilemmas. J Clin Psychiatry 1996; 57 (Suppl 7): 9-12.

13. Noyes R Jr, Perry P. Maintenance treatment with antidepressants in panic disorder. J Clin Psychiatry 1990; 51(Suppl 12): 24-30.

14. DuPont RL. Thinking about stopping treatment for panic disorder. J Clin Psychiatry 1990; 51 (Suppl 12): 38-45.

15. Bear L. Behavior therapy for obsessive compulsive disorder in the office-base practice. J Clin Psychiatry 1993; 54(Suppl6): 10-5.

16. Davidson JRT. Continuation treatment of panic disorder with high-potency benzodiazepines. J Clin Psychiatry 1990; 51(Suppl 12): 31-7.

17. Pigott TA, Dubbert B, L'Heureux F, Canter S, Murphy DL. Pharmacological treatment for obsessive compulsive disorder. In: Mavissakalian MR, Prein RF, ed. Long-term treatment of anxiety disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996: 311-42.

18. Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C, Wilkinson G. Efficacy of drug treatment in obsessive compulsive disorder. A meta-analytic review. Br J Psychiatry 1995; 166: 424-43.

19. Greist JH, Jefferson JW, Kobak KA, Katzelnick DJ, Serlin RC. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive compulsive disorder. A meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 53-60.

ตารางที่ 1 อาการของโรคในกลุ่ม anxiety disorders ที่ผู้ป่วยมักแจ้งแพทย์

อาการทางร่างกาย	อาการทางจิตใจ
หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยง่าย	เครียด กลุ้มใจ
อ่อนเพลีย แรงน้อย ไม่มีแรง หน้ามืด	คิดฟุ้งซ่าน วิดกกังวลไปหมด
ใจสั่น ใจหวิวๆ เจ็บแน่นหน้าอก	หงุดหงิดง่าย
ปวดหัว เวียนหัว ตื้อๆ	หลับยาก หลับๆ ตื่นๆ
ปัสสาวะบ่อย	สะดุ้งตกใจง่าย

ปวดแน่นท้อง จุกเสียด ลมขึ้น ก้อนติดคอ	ใจลอย สมาธิไม่ดี ชี้อัม
มือสั่น ตัวสั่น	
ชาตามเนื้อตัว มือเท้าเย็น ลมวิ้ง	

ตารางที่ 2 ภาวะทางร่างกายและยาที่ทำให้เกิดอาการ anxiety²

Medications and drugs caffeine, stimulants, alcohol or sedative withdrawal, opiates, cocaine, marijuana, hallucinogens, steroids, theophylline, sympathomimetics, thyroid replacement, dopamine
Cardiovascular disease
arrhythmia, congestive heart failure, pulmonary edema, coronary artery disease, mitral valve prolapsed
Respiratory disease
asthma, COPD, pulmonary embolism, pneumothorax
Endocrine and metabolic disorders
hyperthyroidism, hypothyroidism, hypoglycemia, Cushing's disease, anemia, hypercalcemia, hypocalcemia, carcinoid, insulinoma, hyperkalemia, hypernatremia
Neurological disorders
seizure disorder, vertigo, tumor, akathisia
Others
SLE, peptic ulcer

ตารางที่ 3 โรคในกลุ่ม anxiety disorders ที่พบบ่อย

โรค	ลักษณะสำคัญ
Generalized Anxiety Disorder (GAD)	มีความกังวลในเรื่องต่างๆไปในชีวิตประจำวัน ร่วมกับอาการ autonomic hyperactivity อ่อนเพลีย หลับยาก มักเป็นเรื้อรัง โดยมีอาการดังกล่าวมานานอย่างน้อย 6 เดือน
Panic Disorder	มีอาการ autonomic hyperactivity รุนแรงเป็นพักๆ โดยบางครั้งไม่มีปัจจัยกระตุ้น เป็นแต่ละครั้งนาน 10-15 นาที จากนั้น

	กลับเป็นปกติ อาจมีอาการบ่อยๆ หรือเป็นเพียงครั้งเดียวแต่ผู้ป่วยกลัวการเกิดอาการ panic ขึ้นอีก จนไม่อาจใช้ชีวิตตามปกติได้
Phobic Disorder	มีความกลัวต่อสิ่งของ หรือสถานการณ์บางอย่าง อย่างมากเกินเหตุ โดยที่ผู้ป่วยเองก็ทราบว่าไม่ควรกลัวถึงขนาดนั้น เช่น กลัวที่สูง กลัวลิฟต์ กลัวสัตว์ กลัวการอยู่ต่อหน้าผู้คนอื่นๆ
Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)	มีความย้ำคิดและอาจต้องทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำๆ เพื่อลดความกังวลจากความย้ำคิดนั้น ผู้ป่วยหมกมุ่นกับความคิ นั้นอยู่ตลอด เช่น ล้างมือ ตรวจสอบไฟหรือกลอนประตูก่อนนอน หลายๆ ครั้ง



Ramamental

Ramathibodi Mental Health Homepage



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Tweet

tumblr

my

Share



Email