

บทที่ 7

ผู้ป่วยวิตกกังวล

พิเชษฐ อุดมรัตน์

โรควิตกกังวล (anxiety disorders) เป็นโรคที่พบได้มากในกลุ่มประชากรทั่วไป สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคจิตเวชในหมู่บ้านภาคใต้ก็พบโรคประสาทวิตกกังวล (anxiety neurosis) สูงถึงร้อยละ 13.3-25.9 แพทย์จะกล่าวได้ว่า ในชีวิตของความเป็นแพทย์นั้นเกือบจะไม่มีใครที่ไม่เคยพบผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวล ดังนั้นแพทย์ทุกคนจึงควรจะมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ เพื่อจะได้วินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ปัจจุบัน DSM-IV ได้แบ่งโรคในกลุ่มนี้ออกเป็น 12 โรค แต่ในที่นี้จะกล่าวโดยละเอียดเพียง 2 โรคเท่านั้น คือโรคแพนิค (panic disorder, PD) กับโรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder, GAD) เนื่องจากพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป

การประเมินผู้ป่วย

ขั้นตอนในการประเมินผู้ป่วยวิตกกังวลที่ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย (เช่น ปวดหัว ใจสั่น เหงื่อแตก เป็นลม นอนไม่หลับ) และบางส่วนมาพบแพทย์ด้วยอาการทางจิตใจ (เช่น เครียด กลัว หงุดหงิด กังวล ไม่สบายใจ) และบางส่วนก็อาจมาพบแพทย์ทั้งอาการทางกายและทางจิตใจ มีดังนี้

1. ประเมินว่าอาการวิตกกังวลนั้นเกิดจากโรคทางอายุรกรรมใดๆ หรือไม่ (เช่น thyrotoxicosis, pheochromocytoma) ถ้าใช่ให้นึกถึง anxiety disorder due to a general medical condition

2. ประเมินว่าอาการวิตกกังวลนั้นเกี่ยวข้องกับยา แอลกอฮอล์ หรือสารใดๆ (เช่น กัญชา แคลเฟอีน แอมเฟตามีน) หรือไม่ ถ้าใช่ให้นึกถึง substance-induced anxiety disorder

3. ประเมินว่าอาการวิตกกังวลนั้นเป็นอาการในโรคจิตเวชอื่นๆ หรือไม่ เช่น psychotic disorders, mood disorders (โดยเฉพาะ major depression), adjustment disorder เป็นต้น และให้ถือเป็นกฎเลยว่าต้องนึกถึงโรคซึมเศร้า (major depression) ก่อนจะวินิจฉัยโรคในกลุ่ม anxiety disorders เสมอ ทั้งนี้เพราะพบว่าแพทย์ทั่วไปมักจะวินิจฉัย major depression พลาดไปว่าเป็น anxiety disorder อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยอยู่กลุ่มหนึ่งที่ป่วยทั้ง 2 โรค (comorbidity) เช่น เป็นทั้งโรคแพนิคและโรคซึมเศร้า

4. เมื่อแน่ใจว่าผู้ป่วยเป็นโรคในกลุ่ม anxiety disorders ให้ประเมินก่อนว่าผู้ป่วยมีอาการ panic attack เกิดขึ้นซ้ำๆ หรือไม่ เพราะถ้ามีจะต้องนึกถึงโรคแพนิคก่อน และจะทำให้แยกโรคแพนิคออกจากโรควิตกกังวลทั่วไปได้ แต่เนื่องจากไม่มีคำว่า panic ในภาษาไทย และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพูดถึงอาการทางกาย (เช่น ใจสั่น วูบ เจ็บหน้าอก) ที่เขาเป็นอยู่ จึงขอให้หลักในการซักประวัติไว้ดังนี้

ขอให้ผู้ป่วยเล่าถึงครั้งแรกที่มีอาการว่าเป็นอย่างไร ผู้ป่วยโรคแพนิคจะจำได้แม่นยำมากเล่าให้ฟังได้ละเอียดว่า ครั้งแรกที่มีอาการนั้นอยู่ที่ไหน กำลังทำอะไรอยู่ ความรุนแรงของอาการ

panic attack นั้น มักทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดหรือพยายามเลิกกิจกรรมที่กำลังทำอยู่ เช่น หากเป็นขณะขับรถ ก็จอดรถ หรือหากเป็นขณะเดินซื้อของในห้างก็จะรีบออกจากห้าง หรือหยุดนั่งพัก เป็นต้น พบว่าอาการมักเกิดขณะผู้ป่วยกำลังเดินทางคนเดียวหรืออยู่โดยลำพัง โดยอาการ panic attack นั้นเกิดขึ้นเป็นพักๆ มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของอาการ (discrete period) ที่ชัดเจน หลังจากนั้นก็จะมีการ panic attack ดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำๆ และหรือกังวลว่าจะมีอาการ panic attack ขึ้นมาอีก

ผู้ป่วยมักพยายามหลีกเลี่ยงวัตถุหรือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ panic attack เช่น หากคิดว่าสถานที่ที่มีคนมากๆ ทำให้ตนเองหายใจไม่ออกและเจ็บแน่นหน้าอก ผู้ป่วยก็จะพยายามหลีกเลี่ยงการไปตลาด ศูนย์การค้า หรือสถานที่ที่มีคนอยู่กันหนาแน่น ขณะเดียวกันถ้าผู้ป่วยคิดว่าสิ่งใดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ก็จะเกิดภาวะพึ่งพา (dependence) สิ่งนั้นเช่น คิดว่าเป็นโรคลมจึงใช้ยาหอมหรือยาลม คิดว่าเป็นเพราะไม่ได้กินอาหารมื้อเช้า จึงเปลี่ยนเป็นกินอาหารเช้าทุกวัน และในบางรายอาจกินมากเกินไปจนอ้วน หรือต้องมีคนไปเป็นเพื่อนเสมอเวลาออกจากบ้าน เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้จะแตกต่างจากอาการทางกาย (เช่น ใจสั่น ปวดหัว นอนไม่หลับ) ในผู้ป่วยโรคกังวลทั่วไป

ในผู้ป่วยโรคกังวลทั่วไปนั้นอาการทางกายจะไม่รุนแรง ผู้ป่วยไม่ต้องหยุดกิจกรรมที่กำลังทำอยู่ เช่น ใจสั่น ก็ยังทำงานต่อไปได้ ไม่มีลักษณะจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของอาการที่ชัดเจน ไม่ค่อยพบอาการกลัว เช่น กลัวว่าตัวเองจะตายร่วมด้วย ไม่พบพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ไม่พบภาวะพึ่งพา เช่น การพกยาหอมติดตัวเหมือนผู้ป่วยโรคแพนิค เป็นต้น ได้สรุปข้อแตกต่างข้างต้นไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อแตกต่างระหว่างลักษณะของอาการในผู้ป่วยโรคแพนิค (PD) กับโรคกังวลทั่วไป (GAD) แม้ว่าจะมีอาการเดียวกัน (แนวคิดของ พิเชฐ อุตมรัตน์, 2543)

ลักษณะของอาการ	โรคแพนิค (PD)	โรคกังวลทั่วไป (GAD)
ระยะเวลา	มีจุดเริ่มต้นและสิ้นสุดที่ชัดเจน (มี discrete period)	ไม่ชัดเจน
ความรุนแรง	รุนแรงมาก ส่วนใหญ่มีผลให้ต้องหยุดกิจกรรมที่กำลังทำอยู่	ไม่รุนแรง ส่วนใหญ่ยังทำกิจกรรมต่อไปได้ตามปกติ
อาการทาง cognitive	มักมีอาการกลัว เช่น กลัวว่าตัวเองจะตายในขณะที่มีอาการทางกายนั้น	ไม่ค่อยพบอาการกลัว แต่อาการ cognitive จะเป็นความกังวลในเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ (เช่น การทำงานหรือการเรียน) โดยที่ผู้ป่วยก็ทราบว่าเป็นความกังวลเกินกว่าเหตุ
วันที่มีอาการครั้งแรก	จำได้ สามารถเล่าให้ฟังถึงสถานการณ์และอาการที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด	มักจำไม่ค่อยได้ ถ้าจำได้ก็ไม่เล่าถึงรายละเอียดของอาการมากนัก
พฤติกรรมหลีกเลี่ยง	พบได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการ agoraphobia ร่วมด้วย	ไม่ค่อยพบ
พฤติกรรมพึ่งพา	พบได้บ่อย	ไม่ค่อยพบ

โดยผู้ป่วยวิตกกังวลที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคแพนิคหรือโรควิตกกังวลทั่วไปนั้น จะต้องมีอาการและอาการแสดงดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยโรคแพนิค

- ผู้ป่วยมีอาการ panic attack โดยหมายถึง ช่วงระยะเวลาหนึ่งที่ผู้ป่วย มีความกลัวหรือรู้สึกไม่สบายอย่างรุนแรง โดยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 4 อาการ เกิดขึ้นแบบทันทีทันใดและรุนแรงที่สุดภายในเวลา 10 นาที

- ใจสั่น	- เหงื่อแตกตัวสั่น	- หายใจไม่ออก
- รู้สึกเหมือนมีก้อนจุกที่คอ	- เจ็บหรือแน่นหน้าอก	- คลื่นไส้หรือปั่นป่วนในท้อง
- เวียนศีรษะหรือเป็นลม	- ซาหรือรู้สึกเป็นเหน็บ	- หนาวสั่นหรือร้อนวูบวาบ
- derealization หรือ depersonalization	- กลัวว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้	- กลัวว่าตัวเองจะตาย
- อาการ panic attack นี้เกิดขึ้นซ้ำๆ
- ผู้ป่วยมีความกังวลว่าตัวเองจะเกิดอาการแบบนี้ขึ้นมาอีก หรือไม่สบายใจเกี่ยวกับผลที่ตามมาจากการมี panic attack หรือมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอย่างมากที่สัมพันธ์กับการเกิด panic attack
- ความกังวลหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปดังกล่าวจะต้องเกิดขึ้นนานอย่างน้อย 1 เดือน

ตารางที่ 3 การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD)

- ผู้ป่วยมีความกังวลที่มากเกินไปในเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ (เช่น เรื่องงาน หรือผลการเรียน) เกิดขึ้นบ่อยๆ เป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน
- ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองมีความกังวล แต่ไม่สามารถควบคุมความกังวลนั้นได้
- มีอาการทางกายที่เกี่ยวข้องกับความกังวลอย่างน้อย 3 อาการใน 6 อาการต่อไปนี้ ได้แก่ กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย หงุดหงิด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ สมาธิลดลง นอนหลับยากหรือหลับไม่สนิท หรือหลับๆ ตื่นๆ
- ความกังวลหรืออาการทางกายดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ หรือมีผลรบกวนต่อหน้าที่การงาน กิจกรรมทางสังคม หรือบทบาทที่สำคัญอื่นๆ

การประเมินผู้ป่วยวิตกกังวลทุกรายที่มาพบแพทย์เป็นครั้งแรกนั้น จะต้องตรวจร่างกายเสมอ เพราะการตรวจร่างกายนอกจากจะช่วยให้แพทย์ได้วินิจฉัยแยกโรคภาวะวิตกกังวลที่เกิดจากโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ ได้แล้ว (anxiety disorder due to a general medical condition) ยังทำให้ผู้ป่วยเองเกิดความมั่นใจมากขึ้นด้วย เมื่อแพทย์ได้ยืนยันให้ผู้ป่วยทราบในภายหลังว่าอาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยรู้สึกนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจากโรคทางอายุรกรรมหรือสภาวะทางร่างกายที่อันตรายใดๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการวินิจฉัยยืนยันของแพทย์นั้นมีน้ำหนัก เชื่อถือได้ เนื่องจากแพทย์สนใจรับฟังอาการ ชักถาม และตรวจร่างกายอย่างละเอียดถี่ถ้วนแล้ว โดยการตรวจร่างกายนั้น แพทย์สามารถทำไปพร้อมๆ กับการซักประวัติเพิ่มเติมในช่วงประวัติปัจจุบันก็ได้ เพื่อเป็นการประหยัดเวลา

การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยวิตกกังวลนั้น แยกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มโรคทางกาย (medical disorder) เช่น โรคหัวใจ โรคของต่อมไทรอยด์ และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น กับกลุ่มโรคทางจิตเวช (mental disorder) เนื่องจากแพทย์ทั่วไปมีทักษะในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยโรคทางกายเหล่านี้อยู่แล้ว จึงไม่ขอก้าวในรายละเอียด แต่จะกล่าวถึงการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชอื่นๆ ในผู้ป่วยวิตกกังวลไว้พอสังเขปดังนี้

1. **Depressive disorders** มีข้อที่พอช่วยวินิจฉัยแยกโรคออกจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โดยผู้ป่วยวิตกกังวลมักไม่พบลักษณะของ vegetative symptoms อย่างเต็มที่ (full range) เช่น ไม่มีอาการตื่นนอนแต่เช้าตรู่ (early morning awakening) ความเจริญอาหาร และความจำ สมาธิ มักเป็นปกติ ผู้ป่วยวิตกกังวลไม่มีการแกว่งไกวของอารมณ์ (diurnal mood fluctuation) ในแต่ละวัน และความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เพลิดเพลินใจยังเป็นปกติ ไม่มีภาวะสิ้นยินดี (anhedonia)

2. **Somatization disorder** ความกังวลของผู้ป่วยโรคนี้จะหมกมุ่นอยู่แต่อาการทางกายเท่านั้น ขณะที่ผู้ป่วยโรคกังวลทั่วไปจะกังวลถึงเหตุการณ์ในชีวิตอื่นๆ หวาดหวั่นว่าจะมีเรื่องร้ายเกิดขึ้นกับตัวเอง หรือบุคคลใกล้ชิด และอาการทางกายในผู้ป่วย somatization disorder ก็ไม่มีลักษณะเกิดขึ้นเป็นพักๆ (episodic attack) เหมือนกับอาการ panic attack ในผู้ป่วย PD

3. **Adjustment disorder with anxious mood** ผู้ป่วยโรคนี้จะต้องมีเหตุการณ์หรือปัจจัยที่ทำให้เครียดชัดเจน โดยอาการที่เกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความกดดันดังกล่าว และต้องเกิดขึ้นภายในเวลา 3 เดือน หลังจากที่มีความกดดัน เมื่อความกดดันหมดไปแล้ว อาการก็มักจะหายไปไม่เกิน 6 เดือน ขณะที่ในผู้ป่วยโรคแพนิคและโรคกังวลทั่วไปไม่จำเป็นต้องมีความกดดัน

การรักษา

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา

1.1 การสร้างสัมพันธภาพทางการรักษา ด้วยการรับฟังคำบอกเล่าถึงอาการของผู้ป่วยอย่างสนใจ ตั้งใจ แสดงความเห็นใจผู้ป่วยที่ไม่สบายด้วยอาการต่างๆ

1.2 การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วย เป็นสิ่งที่มีความสำคัญพอๆ กับการให้ยา โดยเฉพาะในระยะแรกของการรักษา ซึ่งขอแนะนำให้ใช้รูปแบบของโรคทางกาย เช่น โรคเบาหวาน ที่แพทย์ทั่วไปคุ้นเคยอยู่แล้วมาอธิบายกลไกของการเกิดโรค โดยมีขั้นตอนการอธิบายดังนี้

- อธิบายบอกผู้ป่วยสั้นๆ ว่าไม่เป็นอะไร แต่ให้บอกชื่อโรคที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยไปเลย ว่าเป็นโรคอะไร เช่น โรคแพนิค โรคกังวลทั่วไป (GAD), โรคย้ำคิดย้ำทำ (OCD), โรคกลัวสังคม (social phobia) เป็นต้น หากยังไม่แน่ใจว่าเป็นโรคชนิดใด แต่คิดว่าผู้ป่วยเป็นโรคในกลุ่มนี้ ก็ให้บอกว่าเป็นโรควิตกกังวล ไม่ควรบอกผู้ป่วยว่าเป็นโรคประสาท เพราะเป็นคำกำกวม ผู้ป่วยอาจเข้าใจความหมายของโรคนี้ไม่ตรงกับที่แพทย์เข้าใจ และอธิบายบอกผู้ป่วยว่าเป็นโรคเครียด เพราะผู้ป่วยบางราย (เช่น ผู้ป่วยโรคแพนิค) อาจแย้งว่าเขาไม่ได้เครียด แต่มันเป็นขึ้นมาเอง

- ให้อธิบายว่าโรคนี้เกิดขึ้นเอง โดยมีปัจจัยทางชีวภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญ ส่วนปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคมที่เป็นปัจจัยร่วมนั้นอาจยังไม่กล่าวถึงขณะให้คำอธิบายในครั้งแรก หรือไว้ตอบเมื่อผู้ป่วยซักถาม ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาที่จะให้ยาควบคู่ไปด้วย
- อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบและเข้าใจถึงธรรมชาติของการดำเนินโรค
- ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าเป็นโรคที่รักษาได้ ในกรณีที่เป็นโรคแพนิค ควรยืนยันกับผู้ป่วยด้วยว่าโรคนี้จะไม่ตาย ไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต หรือพิการโดยเด็ดขาด
- แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อทำให้อาการดีขึ้น
- สุดท้าย ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม

1.3 ให้เชิญญาติเข้ามาฟังการให้คำอธิบายพร้อมกับผู้ป่วยไปด้วย เพราะญาติบางคนเข้าใจผิดคิดว่าผู้ป่วยกำลังทำหรือคิดมากไปเอง และขอเสนอแนวทางของการอธิบายสำหรับผู้ป่วยโรคแพนิคไว้เป็นตัวอย่างในตารางที่ 4 ซึ่งพบว่าเมื่อให้คำอธิบายดังกล่าว ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้าใจและคลายความกังวลต่ออาการของตนเองลงได้มาก

ตารางที่ 4 ตัวอย่างการอธิบายผู้ป่วยโรคแพนิค (คัดจาก Songklanagarind Technique for Overcoming Panic disorder, STOP)

"จากที่หมอได้ตรวจมาทั้งหมด อาการของคุณเข้าได้กับโรคแพนิค โรคนี้เกิดขึ้นเอง เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติของคุณทำงานแปรปรวนไปเป็นครั้งเป็นคราว เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัตินี้ไปเลี้ยงตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อเกิดแปรปรวนขึ้น จึงทำให้หัวใจของคุณเต้นแรง หรือเต้นเร็วกว่าปกติชั่วขณะ ทำให้คุณรู้สึกใจสั่น หรือถ้าระบบประสาทนี้ไปมีผลต่อต่อมเหงื่อ ทำให้เหงื่อหลั่งออกมามากขึ้น คุณก็จะรู้สึกเหงื่อแตก อาการดังกล่าวนั้นเกิดขึ้นจริง แต่หมอขอยืนยันว่าจะไม่ทำให้คุณเป็นอันตรายถึงกับชีวิตโดยเด็ดขาด โรคนี้สามารถรักษาให้หายได้ โดยคุณควรมาพบหมอมตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และควรพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นบางประการเช่น ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนมากเกินไป อย่าให้อดนอนติดต่อกันหลายๆ คืน หรือพยายามไม่ไปกังวลล่วงหน้าว่าตัวเองจะเกิดอาการแบบนี้ขึ้นมาอีก เป็นต้น ไม่ทราบเวลาที่หมออธิบายมานี้คุณมีอะไรสงสัยที่อยากซักถามจากหมอบ้างไหม"

- 1.4 ใช้วิธีบำบัดอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การฝึกหายใจในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจไม่อิ่ม การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะหรือปวดตึงกล้ามเนื้อ การฝึกจินตนาการ การฝึกสมาธิ การฝึกคิดในทางบวก การรักษาด้วยวิธีดังกล่าวนี้ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ในคู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียดของกรมสุขภาพจิต
- 2 การรักษาด้วยยา มียาหลายกลุ่มที่สามารถลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยลงได้ เช่น
- 2.1 กลุ่ม benzodiazepine (BZD) ยาในกลุ่มนี้จะมีหลายขนาน แต่ก็มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลได้พอๆ กัน ขนาดยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับอายุและความรุนแรง

ของอาการ โดยทั่วๆ ไปขนาดยาที่เหมาะสมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ สำหรับโรคโรควงวลทั่วไปอยู่ในช่วง 5-15 มก./วันของ diazepam ส่วนโรคแพนิกจะอยู่ในช่วง 0.75-4 มก./วันของ alprazolam เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยสูงอายุควรตั้งต้นให้ยาในขนาด 1/2-1/3 ของขนาดยาในผู้ใหญ่ อ่านรายละเอียดของยากลุ่มนี้ได้ในบทของการใช้ยา benzodiazepine

- 2.2 กลุ่มยาแก้ซึมเศร้า ได้แก่ ยากลุ่ม tricyclic เช่น imipramine, amitriptyline; ยากลุ่ม SSRI เช่น fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, citalopram, sertraline และยากลุ่มใหม่ๆ เช่น mirtazapine, nefazodone, venlafaxine XR

สำหรับแพทย์ทั่วไป แนะนำให้ใช้ยา BZD ในการรักษาโรควงวลทั่วไป แต่ถ้าผู้ป่วยโรควงวลทั่วไปนั้นมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยอาจพิจารณาให้ยาแก้ซึมเศร่ากลุ่ม tricyclic และ SSRI ที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดย imipramine และ amitriptyline ให้ตั้งต้นที่ขนาด 10-25 มก./วัน ในสัปดาห์แรกก่อน จากนั้นค่อยๆ ปรับเพิ่มขึ้นครั้งละ 25 มก./สัปดาห์ จนได้ขนาดยา 50-75 มก./วัน แต่ในผู้ป่วยบางรายมักทนต่อผลข้างเคียงของ amitriptyline ไม่ได้ และตอบสนองดีกับ amitriptyline ในขนาดต่ำๆ เพียง 10-50 มก./วันเท่านั้น โดยเฉพาะในรายที่ได้ยา BZD ควบคู่ไปด้วย

สำหรับผู้ป่วยโรคแพนิกมักใช้ขนาดยาที่สูงกว่านี้ คือ imipramine ประมาณ 100-200 มก./วัน ส่วน SSRI เช่น fluoxetine นั้นให้ตั้งต้นที่ขนาด 10-20 มก./วัน การให้ fluoxetine เริ่มต้นที่ขนาด 20 มก./วัน อาจทำให้ผู้ป่วยโรคแพนิกบางรายเกิดอาการหงุดหงิด กระวนกระวายขึ้นได้ และปรับยาจนได้ขนาดในการรักษา คือ ประมาณ 20-40 มก./วัน

- 2.3 กลุ่ม beta-blocker เช่น propranolol, atenolol ไม่ค่อยมีผลต่อการลด psychic anxiety แต่มีผลต่อการลด somatic anxiety มากกว่า จึงมักให้ยานี้ควบคู่ไปกับยาในข้อ 2.1, หรือ 2.2 โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเนื่องจากความวิตกกังวล เช่น ใจสั่น เหงื่อแตก เป็นต้น ขนาดยาที่ให้อยู่ในช่วง 30-80 มก./วันของ propranolol และอาจให้เป็นครั้งคราว (prn) ในขนาด 10-40 มก. ต่อครั้ง ในผู้ป่วย social phobia โดยให้กินล่วงหน้าประมาณ 1 ชั่วโมงก่อนเผชิญต่อสถานการณ์ที่ทำให้กลัวมากและทราบมาก่อนล่วงหน้า

ในเวชปฏิบัติมักนิยมใช้ยา BZD ควบคู่ไปกับยาแก้ซึมเศร่าชนิดใดชนิดหนึ่ง ในการรักษาผู้ป่วยวิตกกังวล เช่น ในผู้ป่วยโรคแพนิกเนื่องจากยาแก้ซึมเศร่ามี lag period กว่ายาจะออกฤทธิ์อาจกินเวลา 10-21 วัน ขณะที่ยาในกลุ่ม BZD ออกฤทธิ์ได้รวดเร็ว และการให้ยาควบคู่กันทั้ง 2 กลุ่ม ทำให้ไม่ต้องให้ยาแก้ซึมเศร่าในขนาดสูง โดยเฉพาะยาในกลุ่ม tricyclic ซึ่งผู้ป่วยบางรายจะทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้ เมื่อให้ยากันมาเป็นเวลา 2-4 สัปดาห์แล้ว แพทย์อาจค่อยๆ ลดขนาดยา BZD ลงจนหยุดยาและคงไว้เฉพาะแต่ยาแก้ซึมเศร่าเพียงชนิดเดียว อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยบางรายที่ยังต้องคงไว้ทั้งยา BZD และยาแก้ซึมเศร่า

ในการให้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคแพนิคนั้น ในระยะต้นจะเพิ่มขนาดยาขึ้นเรื่อยๆ ตามที่ผู้ป่วยทนได้จนอาการ panic attack หายไป ระยะต่อเนื่องปรับขนาดยาจนมีการตอบสนองมากขึ้น แต่มีผลข้างเคียงน้อยที่สุด แล้วลดขนาดยาลงจากระยะต่อเนื่อง โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ panic attack แล้วคงยาในขนาดนั้นไว้ เนื่องจากโรคแพนิคเป็นโรคเรื้อรังและมีโอกาสเป็นซ้ำได้ จึงควรให้ยานานอย่างน้อย 12 เดือน แล้วจึงค่อยพิจารณาลดขนาดยาลง โดยให้เวลาในการลดยานาน 2-6 เดือน ในรายที่ไม่หาย และมีอาการอยู่ก็อาจคงขนาดยาเดิมไว้ก่อน และในบางรายที่เมื่อลดขนาดยาแล้วกลับเกิด panic attack ขึ้นอีกจนไม่สามารถหยุดยาได้นั้น ก็อาจจำเป็นต้องให้ยาต่อเนื่องไปเหมือนกับการให้ยารักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหรือข้อเข่าอักเสบ

ส่วนในโรคกังวลทั่วไปนั้นไม่ควรให้ยานานเกิน 6-12 เดือน และเมื่อจะหยุดยา BZD ก็ต้องค่อยๆ ลดขนาดยาลงเช่นกัน อย่างไรก็ตาม พบว่ามีผู้ป่วยโรคกังวลทั่วไปจำนวนหนึ่งที่ได้รับประโยชน์จากการใช้ยา BZD ในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ยาในขนาดต่ำ และไม่มีพฤติกรรมของการเสพติดยาแต่อย่างใด ในกรณีนี้ให้ใช้ยา BZD ในขนาดต่ำที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยระวังให้มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นน้อยที่สุด และแพทย์ควรติดตามประเมินผลการรักษา รวมทั้งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นระยะๆ

หากไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะใช้ยาในทางที่ผิดหรือไม่ และคิดว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจพิจารณาคงการรักษาไว้ด้วยยาแก้อึมเศร้ากลุ่ม tricyclic ในขนาดต่ำ ยกเว้นว่าผู้ป่วยจะทนต่อผลข้างเคียงของยาแก้อึมเศร้ากลุ่ม tricyclic ไม่ได้ จึงค่อยพิจารณาเลือกใช้ยา buspirone หรือ hydroxyzine หรือถ้าสามารถให้ยาราคาแพงได้จึงอาจพิจารณาเลือกยา venlafaxine XR เป็น maintenance treatment ตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

1. พิเชฐ อุดมรัตน์. Panic disorder. ใน : เกษม ตันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536:464-74.
2. พิเชฐ อุดมรัตน์. Panic and generalized anxiety disorders. ใน : ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์, 2534:529-618.
3. พิเชฐ อุดมรัตน์. ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ. ใน : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ : สูสหัสวรรษใหม่ เล่มที่ 1. สงขลา : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2542:21-39.
4. วรรณ ตันชัยสวัสดิ์, บุญนำ วงศ์เชาวน์วัฒน์. รายงานเบื้องต้น : การสำรวจทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคจิตเวชในหมู่บ้านภาคใต้ของไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2526; 28:115-26.
5. Ballenger JC. Long-term pharmacologic treatment of panic disorder. J Clin Psychiatry 1991; 52 (Suppl2):18-23.
6. Feighner JP. Overview of antidepressants currently used to treat anxiety disorders. J Clin Psychiatry 1999; 60(Suppl22):18-22.