

Articles from Ramamental

การรักษาผู้ป่วย Bipolar disorder

2011-12-08 07:12:59 admin

นพ. มาโนช หล่อตระกูล
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

คำถาม

1. เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมักทนต่อขนาดลิเทียมเดิมไม่ได้ จริงหรือไม่
2. ลิเทียมทำให้เกิด EPS ได้หรือไม่ มักเป็นแบบไหนรักษาอย่างไร
3. มีข้อสังเกตอย่างไรบ้างว่าผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกเป็น depressive episode อาจเกิด mania ใน episode ต่อไป
4. การใช้ยา mood stabilizers สองตัวร่วมกันในการรักษา มีแนวการใช้อย่างไรบ้าง
5. การให้ลิเทียมควรให้วันละกี่ครั้ง

ลองอ่านดูว่าท่านได้คำตอบอะไรบ้าง

ผู้ป่วย bipolar disorder อาจมีอาการในแต่ละ episode เป็นแบบ mania หรือ depression ก็ได้ ในบทความนี้จะกล่าวเน้น ถึงการรักษาผู้ป่วยในช่วง acute mania และการป้องกันในระยะยาว

I การรักษาระยะเฉียบพลัน

ก. การรักษา manic episode

แนวการรักษา

ผู้ป่วยแมนีเยในระยะอาการกำเริบนั้นอาจแบ่งแนวทางในการรักษาออกตาม ความรุนแรง ของอาการออกได้ ดังต่อไปนี้

1. **ผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง** เช่น พูดมาก อารมณ์ดี แต่ยังไม่ควบคุมตนเองได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะให้ การรักษา แบบผู้ป่วยนอก ยาหลักในการรักษา คือ ลิเทียม เริ่มให้ขนาด 300 มิลลิกรัม เข้า-เย็น นัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษา พร้อมทั้ง เจาะดูระดับยา ในวันที่ 3 (ดูในกรณีที่ ระดับยา อาจมีแนวโน้ม ว่าสูงเกิน) และวันที่ 7 (ระดับยาคงที่) ปรับ ขนาดยา ให้ได้ระดับยา ในอยู่ระหว่าง 0.8-1.2 mEq/L ควรให้ clonazepam ขนาด 0.5-2.0 มิลลิกรัม รับประทานก่อนนอนไปด้วย การให้ผู้ป่วยหลับได้ สามารถทำ ให้อาการทุเลาลงได้ 27
2. **ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงปานกลาง** ได้แก่ ควบคุมตัวเองไม่ค่อยได้ มักรบกวน ผู้อื่น อารมณ์หงุดหงิดฉุน เฉียวง่าย ซึ่งอาการเหล่านี้ จำเป็นต้องได้รับ การควบคุมโดยเร็ว การรักษา จะให้ยารักษาโรคจิตร่วมกับลิเทียม เนื่องจากยารักษาโรคจิต สามารถ ควบคุมพฤติกรรมที่รุนแรงได้ ตั้งแต่ช่วงแรกที่ให้ยา ยาตัวที่เหมาะสม คือ haloperidol โดย ขนาดไม่ควรเกิน 20 มิลลิกรัมต่อวัน และขนาด

ลิเทียม ไม่ควรเกิน 1.0 mEq/L เพื่อหลีกเลี่ยง การเกิดอาการข้างเคียง ที่รุนแรง เมื่ออาการเมเนียดีขึ้นแล้ว ควรหยุดใช้ ยารักษาโรคจิต โดยค่อยๆ ปรับลดยา

3. ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก ได้แก่ วุ่นวายมาก ก้าวร้าว ควบคุมไม่ได้ หรือมีอาการโรคจิตเป็นต้น จำเป็น ต้องทำให้ ผู้ป่วยสงบลงเร็ว เท่าที่จะทำได้ ยารักษาโรคจิต เป็นยาหลัก ในการรักษาในกรณีนี้ ซึ่งอาจต้องฉีดยา คุมอาการ เป็นครั้งคราว อาจให้ benzodiazepine ขนาดสูง เช่น clonazepam 4-6 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมไปด้วย ทำให้ เลี่ยงการใช้ ยารักษาโรคจิต ในขนาดสูง ซึ่งทำให้เกิด อาการข้างเคียงมากได้ ลิเทียมยังไม่ควรให้ ในระยะแรก เนื่องจากมีโอกาสเกิด neurotoxicity ได้ หากให้ ลิเทียม ร่วมกับยารักษา โรคจิตขนาดสูง หรือใช้ยาหลายๆ ตัวร่วมกัน

หลังจากผู้ป่วยมีอาการสงบ ลงบ้างแล้ว ให้ลดขนาด ยารักษาโรคจิตลง และเริ่มให้ลิเทียม ค่อยๆ เพิ่ม ลิเทียม จนได้ขนาดในการรักษา ร่วมกับ การปรับลด ขนาดยารักษาโรคจิตลงอีก จนหยุดยาในที่สุด โดยทั่วไป ประมาณสัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยควรได้ แต่ลิเทียม 12 เมื่อรักษาจน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว ให้คงยาต่อไปนานประมาณ 4-6 เดือน (continuation treatment) แล้ว ปรับลดยาลง จนหยุดยาภายใน 1-2 เดือน

ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

1. เพิ่ม carbamazepine ร่วมในการรักษา ขนาดเริ่มแรก 200-400 มิลลิกรัม ค่อยๆ ปรับ ขนาดขึ้น โดยสังเกตจาก อาการข้างเคียง ร่วมกับระดับยา ในพลาสมา
2. เมื่อผู้ป่วยมีการตอบสนองดีและอาการคงที่แล้วให้ลองลดลิเทียม หากลดยาแล้ว ผู้ป่วย มีอาการ แสดงว่าเป็น ผู้ป่วยที่ จำต้องใช้ยาสองตัว ร่วมกันในการรักษา หากช่วงที่ลด ลิเทียม ผู้ป่วยปกติดี แสดงว่า ตอบสนองดีต่อการ รักษาด้วย carbamazepine ตัวเดียว ก็ค่อย ๆ ลดลิเทียมลงอีกจนหยุดยาในที่สุด
3. ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อ carbamazepine อาจเปลี่ยนเป็น valproate แนวทางในการ ใช้ยาเป็นเช่นเดียวกับข้างต้น

ข. การรักษา acute bipolar depression

1. ในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเป็นแบบ depression หากเดิมได้รับลิเทียมอยู่แล้ว ควรประเมินในด้าน การ รับประทานยา ปลายักกดดัน จากสิ่งแวดล้อม และควร เฝ้าตรวจ ระดับไทโรอยด์ฮอร์โมน
2. เพิ่มขนาดลิเทียมจนได้ระดับยา 0.8-1.2 mEq/L
3. หากอาการไม่ดีขึ้นหลัง 2 สัปดาห์ หรือผู้ป่วยมีอาการมากตั้งแต่แรก ให้ยาแก้ เศร้า ร่วมไปด้วย เนื่องจาก อาการ depression ของ ผู้ป่วย bipolar มักออกมา เป็นแบบ psychomotor retardation จึงนิยมใช้ ยาที่มีฤทธิ์ activating เช่น imipramine หรือ nortriptyline
4. เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นควรหยุดยาแก้เศร้าโดยค่อย ๆ ปรับลดยา คงเหลือไว้แต่ ลิเทียม เนื่องจากการได้รับ ยาแก้เศร้า เป็นระยะเวลาาน อาจกระตุ้นให้ เกิด อาการเมเนียดี หรือทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยขึ้นได้ ผู้ป่วยที่ ไม่ตอบสนอง ต่อ การให้ลิเทียม ร่วมกับยาแก้เศร้า อาจให้ไทโรอยด์ฮอร์โมนเพิ่ม ไปอีกตัว โดย ให้ T3 ขนาด 25-50 microgram ต่อวัน โดยทั่วไป จะเห็นผลภายใน 1 สัปดาห์

II การป้องกันระยะยาว

เมื่อให้ยาครบ 6 เดือนแล้ว ควรพิจารณาว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้ยาป้องกันระยะยาวหรือไม่ โดย

ทั่วไปจะให้ ยาป้องกันเมื่อผู้ป่วยมีอาการมาแล้ว 2 ครั้ง โดยเฉพาะ หากอาการเกิดขึ้น ภายใน ช่วง 3-4 ปี ผู้ป่วย ที่มีอาการ ครั้งแรก อาจให้ยาป้องกัน หากพบมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วยตาม ตาราง

ลักษณะผู้ป่วยที่ควรพิจารณาให้ยาป้องกัน

1. อาการเกิดขึ้นเร็ว
2. อาการรุนแรง มีอาการโรคจิตร่วม หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง
3. เกิดอาการโดยที่ไม่พบปัจจัยกระตุ้นที่ชัดเจน
4. เริ่มมีอาการขณะอายุน้อย โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติ mood disorder ใน ครอบครัว

ระดับลิเทียมในการป้องกันอยู่ระหว่าง 0.6-0.8 mEq/L พบว่า ผู้ป่วยเกิด recurrent บ่อยขึ้น หากขนาดยาต่ำกว่านี้ หรือ อาจเกิดอาการแบบน้อยๆ (subsyndrome) ได้ *ระยะเวลาในการให้ลิเทียมป้องกันควรนานอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป* เนื่องจากเป็นระยะที่พบมี recurrence บ่อย และผู้ป่วย มี mortality rate สูง ในผู้ป่วยที่การป้องกันได้ผลดี และมีอาการข้างเคียง น้อยมาก ควรให้นาน 3 ปี และการหยุดการรักษา ต้องลดยาอย่างช้าๆ ใช้เวลาอีก 3-4 เดือน

หมายเหตุ คำตอบของบางคำถาม หากต้องการทราบคำตอบ หรือต้องการแสดงความคิดเห็น โปรดส่งมา ตามที่อยู่ข้างล่างนี้

This page was created and is maintained by our team.

Please send your comments and suggestions to ramlt@mucc.mahidol.ac.th



Ramamenthal

Ramathibodi Mental Health Homepage



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Tweet

tumblr

my

Share



Email