



จดหมายข่าวชมรม

จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ **และ** ประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย

The Newsletter of the Thai Society for Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2555 Vol.1 No.1 January-April 2012

เชื่อมโยงสมาชิกทั่วไทย เชื่อมไปสมาคมทั่วโลก



คณะกรรมการ TSGN ถ่ายภาพคู่กับผู้บริหารของ IPA เมื่อครั้งที่ IPA รับ TSGN เข้าเป็นองค์กรสมทบ



จากใจบรรณาธิการ	2
สารจากประธาน	3
ภาพสัญลักษณ์ (logo) และความหมายของชมรม	4
ประวัติของชมรม TSGN	5
รายงานผู้ได้ทุน EGPA 2011 ของชมรม	7
รายงานผู้ได้ทุน GNA 2011 ของชมรม	9
ปัญหาการนอนในผู้ป่วยสมองเสื่อม	11
Non-motor symptoms ในผู้ป่วยพาร์กินสัน	12
ภาพกิจกรรม	13

จากใจบรรณาธิการ

สวัสดีครับ/ค่ะ ...สมาชิกชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย (Thai Society for Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry, TSGN)ทุกท่าน สำหรับจดหมายข่าว TSGN ฉบับแรกนี้ ทางชมรมประสงค์จะสื่อสารให้สมาชิกทุกท่านได้รับทราบข่าวสารของชมรมในเรื่องกิจกรรมวิชาการต่างๆ ที่ผ่านมารวมทั้งกิจกรรมที่ทางชมรมจะดำเนินการให้มีอย่างต่อเนื่องในอนาคตต่อไป โดยจดหมายข่าว TSGN นี้มีกำหนดออกเป็นราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ สำหรับในฉบับปฐมฤกษ์นี้ นอกจากจะมีเรื่องกิจกรรมทางวิชาการของชมรมแล้ว ยังมีเรื่องประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับทุนจากทางชมรมที่ได้ไปเสนอผลงานวิจัยในต่างประเทศทั้งทุน EGPA และ GNA อีกด้วย รวมทั้งยังมีข้อมูลอัปเดตทางวิชาการ เพื่อพัฒนางานทางด้านผู้สูงอายุและงานด้านประสาทจิตเวชศาสตร์ให้มีความรู้ทันยุคอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นอย่าพลาดในการติดตามจดหมายข่าว TSGN ในฉบับนี้รวมทั้งฉบับต่อไป ในอนาคตด้วย

นพ.ธรรมนาด เจริญบุญ / พญ.ธวัลรัตน์ ศรีจันทร์
บรรณาธิการ

จากปกหน้า

คณะกรรมการ TSGN ถ่ายภาพคู่กับ Prof.Masatoshi Takeda และ Prof.Helen Chiu เมื่อครั้งที่ IPA รับ TSGN (ขณะนั้นคือ GeNPIG) เข้าเป็นองค์กรสมทบ

- อ่านรายละเอียดในเรื่องประวัติ TSGN ในหน้า 5

รายชื่อคณะกรรมการ TSGN

ที่ปรึกษา	ประธานราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ นายกสมาคมจิตแพทย์ฯ ศ.นพ.กัมมันต์ พันธุมจินดา
ประธาน	ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์
รองประธาน	รศ.พญ.พูนศรี รังษิณี ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย
เลขานุการ	รศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์
ปฏิคม	นพ.สุวิทย์ เจริญศักดิ์
นายทะเบียน	ผศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร
กรรมการ	รศ.พญ.สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย รศ.พญ.สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล พญ.อัญชลี เตมียะประดิษฐ์ พญ.สุรางค์ เลิศคชาธาร พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์ นพ.ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ พญ.ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ พญ.กอบหทัย สิทธิธรมฤทธิ พญ.ญดา พงษ์กาญจนะ นพ.ธรรมนาด เจริญบุญ พญ.ธวัลรัตน์ ศรีจันทร์ นพ.ชาวิท ตันวีระชัยสกุล

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา :	ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์
บรรณาธิการ :	นพ.ธรรมนาด เจริญบุญ พญ.ธวัลรัตน์ ศรีจันทร์
กองบรรณาธิการ :	พญ.สุรางค์ เลิศคชาธาร รศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ นพ.ชาวิท ตันวีระชัยสกุล

Website : <http://www.psychiatry.or.th/TSGN/>

E-mail ถึงบรรณาธิการ : dr.thammanard@gmail.com

พิมพ์ที่ : ชานเมืองการพิมพ์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โทรศัพท์ 074-256706

สารจากประธาน TSGN

กำเนิด จสปก. (TSGN) : จากเมล็ดสู่ต้นอ่อน



ในเดือนกรกฎาคม 2531 ผมได้รับทุนจากบริติชเคานซิลให้ไปฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง Psychogeriatrics ที่มหาวิทยาลัยนอตติงแฮม ประเทศสหราชอาณาจักร เมื่อไปถึง Prof. Tom Arie ที่เป็น Course director แจ้งให้ผมทราบว่า มีจิตแพทย์ไทยเคยมาเข้าหลักสูตรนี้แล้ว 2 คน คือ รศ.พญ.ภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และ ผศ.พญ.รวิวรรณ นิวัตพันธ์ ภายหลังเสร็จสิ้นการฝึกอบรม Prof. Tom Arie ได้ชวนให้ผมสมัครเป็นสมาชิกของ British Geriatrics Society ด้วย

เมื่อกลับมาถึงประเทศไทย ผมพบว่า ศาสตร์ในด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุยังมีพัฒนาค่อนข้างจำกัด ขณะเดียวกันผมพบว่าได้มีกลุ่มอายุแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ในประเทศไทยที่สนใจในเรื่องผู้สูงอายุ จัดตั้งเป็นสมาคมขึ้นชื่อสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ผมจึงได้สมัครเป็นสมาชิก และได้มีโอกาสเข้าไปช่วยงานสมาคมฯ ดังกล่าวอยู่ระยะหนึ่ง โดยไปเป็นวิทยากรในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมพัฒนาวิทยาฯ รวมทั้งเขียนบทความประเภทพื้นฟูวิชาการลงในวารสารของสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยอยู่ 2 บทความ

ต่อมาในปี 2540 ผมได้ร่วมกับคณาจารย์ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ จัดให้มีการประชุมทางด้านวิชาการขึ้น ในหัวข้อเรื่อง “จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ” โดยร่วมกับราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งนับเป็นการประชุมวิชาการในหัวข้อนี้ขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย และประสบความสำเร็จสูงมาก ผมจำได้ว่า หนังสือประกอบการประชุม ซึ่งมีความหนาถึง 2 เล่มนั้น หมดลงอย่างรวดเร็ว จนต้องใช้วิธีถ่ายเอกสาร และทำเล่มเพิ่มเติมขึ้นอีกภายหลัง เนื่องจากมีผู้สนใจมาลง

ทะเบียนเป็นจำนวนมาก และอาจารย์บางท่านที่ไม่สามารถมาประชุมได้ ก็ติดต่อขอรับหนังสือไปอ่านด้วยตนเอง

ในช่วงปี พ.ศ.2545 ผมเป็นคณะกรรมการตรวจประเมินสถาบันฝึกอบรมทางด้านจิตเวชศาสตร์ และได้มีโอกาสไปตรวจประเมินภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แล้วพบว่าสถาบันนี้มีความเข้มแข็งมากในด้านประสาทจิตเวชศาสตร์ (neuropsychiatry) รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมร่วมกับประสาทแพทย์ (neurologist) ผมจึงเห็นว่า องค์ความรู้ทางด้านประสาทจิตเวชศาสตร์กับจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุนั้น มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกัน ซึ่งน่าจะพัฒนาร่วมกันได้

ในช่วงปี พ.ศ.2548 ผมได้รับ e-mail จากอาจารย์ พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ ว่า กำลังฝึกอบรมด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอยู่ที่โตรอนโต และจะกลับมาประเทศไทยในปีหน้า ผมจึงได้ชักชวนอาจารย์ณททัยว่าเมื่อกลับมาแล้วให้มาช่วยกันพัฒนาเรื่องจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ.2549 ที่ผมเป็นนายกสมาคมจิตแพทย์ฯ ในสมัยแรก ผมได้ชวน ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย ที่เข้ามาช่วยงานสมาคมฯ อยู่แล้วในขณะนั้น ให้มาช่วยกันพัฒนาเรื่องประสาทจิตเวชศาสตร์ และผมเห็นว่า ในขณะนั้นกลุ่มจิตแพทย์ที่สนใจในเรื่อง จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทย ยังมีไม่มากนัก จึงน่าจะมารวมตัวกัน เพื่อช่วยพัฒนาไปพร้อม ๆ กันก่อน

ในปลายปี พ.ศ.2549 ในช่วงประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัยฯ ผมจึงได้เชิญจิตแพทย์ท่านอื่น ๆ อีก 17 ท่านมาประชุมร่วมกัน และกลายเป็นจุดเริ่มต้นของกลุ่มจิตแพทย์ผู้สนใจจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาท

จิตเวชศาสตร์ (Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry Interest Group) หรือ GeNPIG ซึ่งได้พัฒนาขึ้นเป็นชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย (TSGN) ในที่สุด ดังรายละเอียดปรากฏในบทความที่ รศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์ ได้เขียนสรุปไว้ในจดหมายข่าวฉบับนี้แล้ว ชื่อว่า “ประวัติของชมรมฯ”

หากนับ พ.ศ.2549 เป็นจุดกำเนิด เมื่อถึงปี พ.ศ.2555 นี้ เมล็ดที่จิตแพทย์ 18 คนได้ร่วมกันเพาะเมื่อ 6 ปีที่แล้วนั้น ได้ลงราก และเติบโตเป็นต้นอ่อนที่ยังรอความเอาใจใส่ดูแลทั้ง

รดน้ำพรวนดินใส่ปุ๋ยจากจิตแพทย์ทุก ๆ คน เพื่อให้ได้เติบโตเป็นต้นไม้ใหญ่ต่อไปในภายภาคหน้า เป็นแหล่งพัฒนาวิชาการในด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ของประเทศไทย เพื่อให้จิตแพทย์ไทยได้มีความรู้ทันยุค และให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมดังวิสัยทัศน์ของชมรม TSGN ที่ว่าเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าของผู้ป่วยจิตเวชผู้สูงอายุไทย และผู้ป่วยประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย

ขอให้เราได้มาช่วยกันร่วมดูแลต้นอ่อน TSGN นี้ด้วยกันนะคะ

ขอบคุณครับ

ศาสตราจารย์นายแพทย์พิเชฐ อุดมรัตน์
ประธานชมรมฯ



ภาพสัญลักษณ์ (logo) และความหมายของชมรม TSGN

ผู้ได้รับรางวัลชนะเลิศในการตัดสินของคณะกรรมการคัดเลือกตราสัญลักษณ์ของชมรม TSGN คือ แพทย์หญิงวินิตรา นวลละออง จากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยแพทย์หญิงวินิตรา ได้อธิบายความหมายของตราสัญลักษณ์ไว้ดังนี้

1. เป็นลายไทย “กนกใบเทศ” ปลายยอดใบเทศสะบัดพลิ้วและโค้งลงเป็นรูปสมมอง เป็นเครื่องประกอบลายเอกลักษณ์ไทยที่ช่วยให้ชิ้นงานมีความวิจิตร
2. Psi (Ψ) เป็นอักษรกรีกพ้องเสียงกับคำว่า psych เป็น prefix ซึ่งหมายถึงจิตใจ การมีรูปสมมองคู่กับ Psi จึงหมายถึงประสาทจิตเวชศาสตร์ (neuropsychiatry)
3. ลายกนกใบเทศและ Ψ คือการประสานกันระหว่างความรู้แผนไทยและแผนตะวันตก
4. สีของสัญลักษณ์คือ สีเขียวขี้ม้า (olive green) ซึ่งหมายถึงสันติภาพ ส่วนหลักองจ้อย สีเขียวขี้ม้า หมายถึง “หยิน”, ธาตุไม้, ความเจริญงอกงาม, ความสดชื่น, ความสมดุล, การรักษา, สุขภาพ, ความสงบและสันติ
5. ลักษณะของสัญลักษณ์สื่อถึงต้นไม้มีข้อใบเป็นมะกอกซึ่งหมายถึง ความกลมเกลียวและเอื้ออาทรต่อกัน บริเวณฐานของสัญลักษณ์มีสีเข้มกว่า หมายถึง การเป็นต้นไม้ที่มีรากหยั่งลงดิน ส่วนฐานกว้างกว่ายอด หมายถึง เป็นต้นไม้ที่เจริญเติบโตอย่างเต็มที่แล้ว (ผู้สูงอายุ) ด้านหนึ่งผลใบให้ร่มเงากับชนรุ่นหลัง อีกด้านเป็นกิ่งไ้ใบแสดงถึงความรุ่งโรย ผู้สูงอายุจึงเป็นวัยที่มีทั้งคุณค่าและความรุ่งโรยตามสังขารในช่วงเวลาเดียวกัน

เพื่อให้ชัดเจนยิ่งขึ้น คณะกรรมการจึงเสนอให้เพิ่มรูปผู้สูงอายุถือไม้เท้าไว้ในวงกลม พร้อมมีตัวย่อภาษาอังกฤษ TSGN ไว้ใต้ต้นไม้ รวมทั้งมีวงกลมล้อมรอบและมีชื่อเต็มของชมรมปรากฏไว้ด้วยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ประวัติของชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย

รศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์

เลขานุการ ชมรม TSGN

เริ่มจากกลุ่มจิตแพทย์ผู้สนใจจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ (GeNPIG)

ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทยเดิมเรียกว่า กลุ่มจิตแพทย์ผู้สนใจจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ หรือ Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry Interest Group (GeNPIG) เป็นกลุ่มองค์กรภายใต้การดำเนินงานของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย กลุ่มนี้ได้ก่อตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการเมื่อประมาณปลายปี พ.ศ. 2549 โดยการชักนำของ ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์ นายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ขณะนั้นและเหล่าจิตแพทย์ซึ่งเป็นสมาชิกของสมาคมฯ อีก 17 ท่าน ซึ่งมี รศ.พญ.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย เป็นประธานกลุ่มท่านแรก รศ.พญ.พูนศรี รังสีจี และ ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย เป็นรองประธาน โดยมี ผศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์ เป็นเลขานุการ จิตแพทย์ในกลุ่มนี้ล้วนแล้วแต่มีความเชี่ยวชาญหรือสนใจงานทางด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและหรือประสาทจิตเวชศาสตร์ ซึ่งถือเป็นการริเริ่ม ความตั้งใจและวิสัยทัศน์ของ ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์ ที่สนับสนุนให้จิตแพทย์ได้มีการพัฒนาความชำนาญและแลกเปลี่ยนความรู้กันในด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ให้ทันนานาอารยประเทศ

กรรมการและสมาชิกหลักของ GeNPIG เป็นจิตแพทย์จากมหาวิทยาลัยและสถาบันฝึกอบรมจิตเวชศาสตร์ทั่วประเทศ กลุ่มนี้ได้ประชุมกลุ่มอย่างเป็นทางการ รวมถึงจัดกิจกรรมทางวิชาการของกลุ่มขึ้นเป็น ครั้งแรกในวันที่ 16 มีนาคม 2550 ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ต่อมาได้ตกลงที่จะจัดกิจกรรมวิชาการขึ้นปีละ 4 ครั้ง โดยการสนับสนุนของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย กลุ่ม GeNPIG ได้สร้างเครือข่ายวิชาการในระดับประเทศระหว่างจิตแพทย์ผู้สนใจในงานด้านเดียวกัน เพื่อส่งเสริมการพัฒนาและแลกเปลี่ยนความรู้ด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุผ่านการจัดกิจกรรมวิชาการที่จัดให้แก่ผู้ฟัง ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน ประสาทแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ นอกจากนี้ทางสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยยังได้รับรอง

สถานะของ GeNPIG เป็นองค์กรลูก ทำงานภายใต้การรับรองของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยในการประชุมสมาคมฯ เมื่อปี พ.ศ. 2552



เติบโตเป็นองค์กรสมทบของ International Psychogeriatrics Association (IPA)

ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา กลุ่ม GeNPIG ได้ตกลงกันว่า จะสมัครเป็นองค์กรสมทบของ International Psychogeriatrics Association-IPA (www.ipa-online.org) เพื่อที่จะขยายการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์วิชาการ และสร้างความสัมพันธ์กับองค์กรวิชาชีพในระดับนานาชาติ และเมื่อกลุ่มนี้ได้รับการรับรองจากสมาคมฯ อย่างเป็นทางการให้เป็นองค์กรลูกของสมาคมฯ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2552 ก็ได้สมัครเข้าเป็นองค์กรสมทบของ IPA ซึ่งได้มีประกาศรับอย่างเป็นทางการของ IPA ในวันที่ 1 กันยายน 2552 ในงานประชุมทางวิชาการของ IPA ครั้งที่ 15 ณ เมืองมอนทรีออล ประเทศแคนาดา

กำเนิดชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย (TSGN)

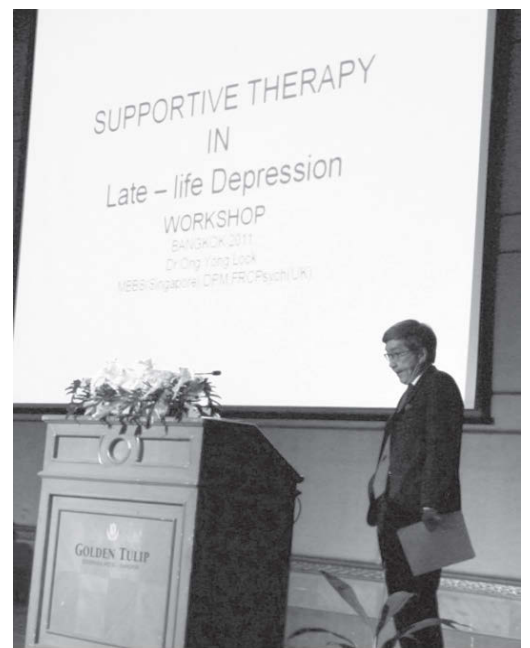
GeNPIG ได้มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละปีจะมีสมาชิกที่ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนมาทำงานร่วมกัน เป็นแกน

หลัก (core group) หรือคณะกรรมการ ต่อมา GenPIG ได้เปิดรับสมาชิกกลุ่มอย่างเป็นทางการในกลางปี พ.ศ.2552 ซึ่งมีผู้สนใจสมัครเข้าเป็นสมาชิกอย่างต่อเนื่อง และในปลายปี พ.ศ. 2552 GenPIG ได้เปลี่ยนสถานะเป็นชมรม ในชื่อว่า ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย หรือ Thai Society for Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry-TSGN โดยมี ศ.นพ.พิเชษฐ อุดมรัตน์เป็นประธานชมรมฯ คนแรก คณะกรรมการบริหารส่วนใหญ่ยังคงเป็นคณะกรรมการชุดเดิมของ GenPIG และชมรมยังคงมีภารกิจอย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมวิชาการปีละ 3-4 ครั้ง ตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา TSGN ได้จัดกิจกรรมวิชาการใหญ่ปีละ 2 ครั้ง และกิจกรรมย่อยอีกปีละ 2-3 ครั้ง โดยกิจกรรมใหญ่ในช่วงปลายเดือนมีนาคมจะเป็นเรื่อง Neuropsychiatry ส่วนช่วงปลายปี ก่อนการประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ จะจัดเป็น Pre-congress workshop ในด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สำหรับปี 2554 TSGN ได้ร่วมกับสถาบันประสาทวิทยาจัดประชุมวิชาการเรื่อง Neuropsychiatry of Stroke เมื่อวันที่ 23-24 มีนาคม 2554 และจัด Precongress workshop เรื่อง Late life depression เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2554 โดยกิจกรรมนี้ทาง Royal College of Psychiatrists (UK) ได้ส่งวิทยากรคือ Dr. Yong Lock Ong มาร่วมเป็นคณะวิทยากรด้วย ตามโครงการความร่วมมือ MoU ระหว่าง Royal College of Psychiatrists ของประเทศสหราชอาณาจักรกับราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เมื่อ

ถึงปี พ.ศ.2555 TSGN มีการเติบโตเป็นองค์กรที่มั่นคงขึ้น และ TSGN ได้มีการมอบหมายหน้าที่ให้กับคณะกรรมการแต่ละคนมากขึ้น รวมทั้งการจัดทำจดหมายข่าว (newsletter) ของ TSGN ฉบับนี้

การดำเนินงานขององค์กร

พันธกิจของชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย คือ เพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการให้กับจิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน จิตแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ของไทยเพื่อให้การดูแลอันเป็นมาตรฐานแก่ ผู้สูงอายุไทยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ที่มีปัญหา cognitive impairment รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทางประสาทจิตเวชศาสตร์ (neuropsychiatry) ในทุกช่วงวัย และมุ่งมั่นที่จะสร้างองค์ความรู้ในด้านนี้ของประเทศไทยให้เกิดขึ้น โดยสนับสนุนโครงการงานวิจัย ในกลุ่มสมาชิกอีกด้วย เปรียบได้กับการนำองค์ความรู้ทั้งสองด้านนี้มารวมกันดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งดูแลสมองของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่อย่างมีชีวิตชีวาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทางด้านประสาทจิตเวชศาสตร์ในทุกช่วงวัย ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดิม ผ่านการให้บริการของจิตแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความรู้ในด้านประสาทจิตเวชศาสตร์ที่ทันยุค และก้าวทันกับองค์ความรู้ในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง



รายงานผู้ได้ทุน EGPA 2011 ของชมรม TSGN

โดย พญ.กัณฑ์กมล จัยสิน¹ และ รศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์²

¹จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลพิจิตร

²หน่วยจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ทุน EGPA (Eisai for Geriatric Psychiatry Award) เป็นทุนที่ทาง TSGN ได้ร่วมกับบริษัทเอไซ (ประเทศไทย) มาร์เกตติ้ง จำกัด จัดให้มีขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2552 เป็นครั้งแรก เพื่อสนับสนุนการเสนอผลงานวิจัยในที่ประชุมนานาชาติ ทุนนี้ครอบคลุมค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าลงทะเบียน โดยผู้ได้รับทุนต้องนำเสนอผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแง่มุมใดก็ได้ และหากผลงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่อง dementia จะได้รับเงินอุดหนุนพิเศษอีกผลงานละ 10,000 บาท

สำหรับในปี พ.ศ.2554 นี้ ผู้เขียนทั้งสองคนเป็นผู้ได้รับทุน EGPA 2011 ดังกล่าว เรื่องเล่านี้จึงเป็นประสบการณ์ของผู้เขียนทั้งสองคนในการเข้าร่วมประชุม The 5th International Congress of the Asian Society Against Dementia (ASAD 2011) ซึ่งจัดขึ้นที่เขตปกครองพิเศษฮ่องกง สาธารณรัฐประชาชนจีนระหว่างวันที่ 5-6 พฤศจิกายน 2554 โดย พญ.กัณฑ์กมล จัยสิน นำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง Prevalence of cognitive impairment and related factors in Thai lupus nephritis patients ส่วน รศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์ นำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง The prescription of anticholinergic agents in Alzheimer's disease patients

การเดินทางครั้งนี้เราสองคนต้องเดินทางไปเองและไปพบกันที่นั่น จิตแพทย์ไทยหลายคนยกเลิกร่วมประชุมกะทันหัน เพราะเป็นช่วงที่เกิดน้ำท่วมใหญ่ขึ้นใน

ประเทศไทย พวกเราเข้าพักที่โรงแรมแถบ Courseway Bay ซึ่งอยู่ทางด้านใต้ของฮ่องกงหรือ Hong Kong Island ส่วนงานประชุมจัดขึ้นที่ The Hong Kong Academy of Medicine ซึ่งอยู่ทางด้านใต้เกือบจะสุดเกาะ ห่างจากที่พักของเราประมาณ 15 นาทีเมื่อเดินทางด้วยรถแท็กซี่ ระบบการคมนาคมของฮ่องกงสะดวกมาก ผู้คนอัธยาศัยน่ารัก และพร้อมจะให้ความช่วยเหลือชาวต่างชาติอยู่เสมอ

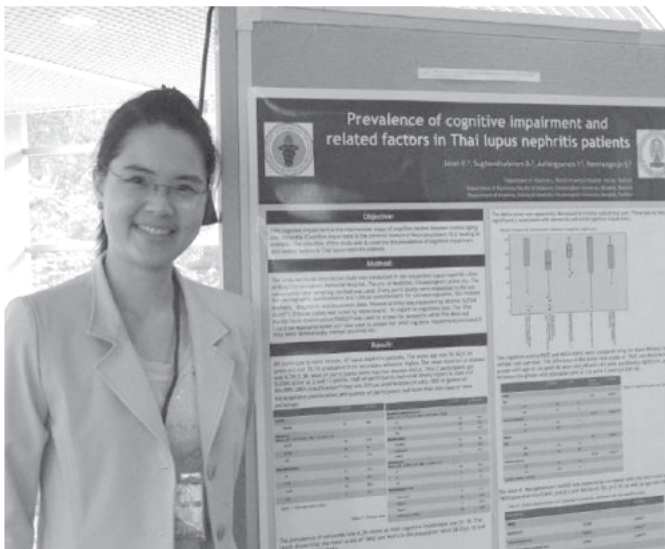
งานประชุมตลอดระยะเวลา 2 วันถูกจัดเตรียมไว้อย่างเรียบง่ายแต่เป็นประโยชน์ มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 200-300 คน มีห้องประชุมใหญ่หนึ่งห้องและห้องประชุมเล็กที่ผู้คนได้ประมาณ 100-150 คนอีก 2 ห้อง และมีบริเวณจัดนิทรรศการสำหรับโปสเตอร์ประมาณ 60 ผลงานและบูธบริษัทเวชภัณฑ์ต่างๆ หัวข้อการประชุมเกี่ยวกับ cognitive disorders ทั้งหมด มีการแบ่งย่อยให้ครอบคลุมทั้งสาเหตุของโรค เช่น genetics and biomarkers, ลักษณะโรค เช่น vascular cognitive impairment, mild cognitive impairment, Alzheimer's disease (AD), non-AD dementia การรักษา เช่น การใช้ยาและ non-drug intervention รวมถึง dementia service delivery models ต่างๆ และได้จัดช่วงเวลาสำหรับ poster presentation ทั้งหมด 3 รอบ ซึ่งเป็นโอกาสที่จะได้เล่าถึงผลงานที่ทำ มีข้อซักถามและคำแนะนำดีๆ หลายอย่าง ผู้มาเยี่ยมชมโปสเตอร์บางคนก็มาเล่าถึงผลงานที่ใกล้

เคียงกันของเขา ทำให้ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่เป็นชาวเอเชีย ซึ่งมีภาษาประจำชาติที่หลากหลาย แต่ภาษาก็ไม่ได้เป็นอุปสรรค ทุกคนพยายามพูดคุย ทักทาย สื่อสารกัน เป็นบรรยากาศของการเรียนรู้ที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นทีเดียว งานนี้ได้คุยกับเพื่อนๆ หลายคนที่มีมักจะโคจรมาพบกันในงานประชุมเช่นนี้ รวมถึงสมาชิกชมรมฯ บางส่วนที่เดินทางไปร่วมงานด้วย

การเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ นอกจากจะได้ความรู้ทางวิชาการแล้ว ยังเป็นประสบการณ์ครั้งสำคัญของชีวิตอีกครั้งหนึ่งที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจ และช่วยจุดประกายแนวคิดที่จะทำวิจัยต่อไปในอนาคต เราสองคนต่างก็แยกไปเข้าฟังการประชุมในหัวข้อที่ต่างคนต่างสนใจ แต่ก็มีโอกาสได้มาพบกันในช่วง เป็นโอกาสอันดีที่เราได้เดินทางด้วยกัน พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านวิชาการระหว่างที่อยู่ด้วยกันที่

ฮ่องกง เช่น แนะนำวารสารทางวิชาการที่น่าตีพิมพ์ผลงานวิชาการ เป็นต้น

ขอขอบคุณ ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทยสำหรับ EGPA Award 2011 ขอขอบคุณบริษัท เอไอ (ประเทศไทย) มาร์เก็ตติ้ง จำกัดที่สนับสนุนกิจกรรมดีๆ เช่นนี้ ในปีนี้มีจำนวน 2 ทุน เนื่องจากงานประชุมวิชาการอยู่ในประเทศแถบเอเชีย ที่มีค่าใช้จ่ายไม่แพง (หากอยู่นอกเอเชียหรืออยู่ในเอเชียที่มีค่าใช้จ่ายสูงจะมีปีละ 1 ทุน) จึงขอเชิญชวนสมาชิกชมรมฯ ที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ รอฟังข่าวประชาสัมพันธ์ ทุน EGPA 2012 อย่างใกล้ชิดต่อไป ไม่นาน EGPA 2012 จะจัดไปที่ไหน เพราะมีงานประชุมที่น่าสนใจจัดขึ้นมากมายในปี นี้ สามารถติดตามความคืบหน้าของ ทุน EGPA 2012 นี้ได้จาก website ของชมรมฯ ที่ www.psychiatry.or.th/TSGN ค่ะ



ทุน EGPA 2012

สำหรับในปี พ.ศ. 2555 นี้ทุน EGPA

จะมอบให้จิตแพทย์ไทยที่ไปเสนอผลงานวิจัย ในการประชุม The Asia Pacific Stroke Conference 2012 (APSC 2012) ระหว่างวันที่ 10-12 กย. 2555

ณ ประเทศญี่ปุ่น

หมดเขตรับสมัครภายในวันที่ 20 เมย. 2555

อ่านรายละเอียดได้จากเว็บไซต์ของชมรมฯ ที่ www.psychiatry.or.th/TSGN

สมัครสมาชิก

ขอเชิญชวนแพทย์ประจำบ้าน และจิตแพทย์ทุกท่านที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมฯ

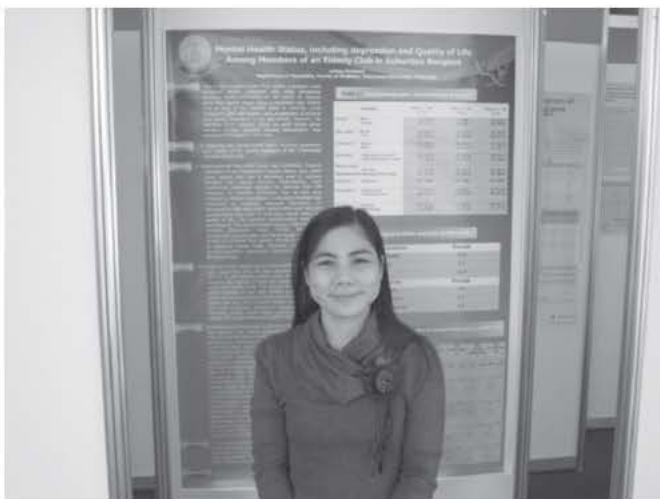
สามารถสมัครสมาชิกโดยทำการดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ <http://www.psychiatry.or.th/TSGN/> ครับ

รายงานฟ้าได้ทุน GNA 2011 ของชมรม TSGN

ลำพู โภคัลลิตย์*

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

หลังจากที่ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย (TSGN) ได้ประกาศมอบทุน GNA (GSK for Neuropsychiatry Award) ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.2554 โดยให้ไปนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการ The 3rd World Congress of Asian Psychiatry (WCAP) ที่ประเทศออสเตรเลียในหัวข้อด้าน neuropsychiatry หรือหัวข้อเรื่อง depression ในแง่มุมใด ๆ ก็ได้ ก็พบว่าตัวเองมีงานวิจัยเรื่อง Mental Health Status, including Depression and Quality of Life Among Members of an Elderly Club in Suburban Bangkok ที่สามารถส่งเข้าพิจารณาได้ ก่อนที่จะส่งไปก็ต้องพยายามปรับแต่งบทคัดย่อภาคภาษาอังกฤษ เพราะต้องการที่จะ submit paper นี้ไปยัง The 3rd World Congress of Asian Psychiatry (WCAP 2011) ด้วย ในรูปแบบ poster presentation จนในที่สุดลำพูได้รับโอกาสในครั้งนี้ และ ได้รับทุน GNA จากทางชมรม TSGN ค่ะ



หลังจากที่ได้รับทุนและตรวจสอบ deadline ของการ submit paper แล้ว ลำพูก็ทำทุกอย่างทันเวลา แล้วหลังจากนั้นก็ถือว่าทางผู้จัด WCAP จะตอบรับ paper ของเราหรือไม่ ในที่สุดที่ทีมงานจัดประชุม WCAP ก็แจ้งมาว่าตอบรับ paper ของเรา

นอกจากนั้นการได้รับทุน GNA Award 2011 ยังทำให้ลำพูได้ประสบการณ์ใหม่ๆ และเปิดโลกทัศน์หลายอย่าง เพราะจำเป็นต้องจัดการเรื่องต่างๆ ด้วยตัวเอง เช่น ทราบว่าต้องเดินทางตามลำพัง ไม่มีใครไปรับไปส่ง จะอยู่ที่ไหน โรงแรมอะไร ก็ต้องหาเอง รวมถึงดูแลตัวเองในระหว่างการประชุม และเมื่อเวลาที่ต้องการจะไปเดินเล่นหรือเที่ยวบ้างในระหว่างที่อยู่เมลเบิร์นก็ต้องจัดการเองทั้งหมด อยากรู้ก็ไม่ต้องกังวลค่ะ สำหรับท่านที่ต้องการจะสมัครทุนดังกล่าวนี้ในปี 2012 เพราะอันที่จริง GSK ได้ช่วยอำนวยความสะดวกในหลายๆ เรื่อง เพียงแต่เขาไม่ได้ไปด้วยเท่านั้นเอง

การประชุม WCAP 2011 ในครั้งนี้ได้รู้จักเพื่อนต่างชาติจำนวนหนึ่ง จากการเข้าร่วม Pre Congress Session ซึ่งจัดขึ้นโดยคณะกรรมการ (Steering Committee) ของกลุ่มจิตแพทย์รุ่นเยาว์แห่งเอเชีย (Asian Young Psychiatrist Organization; AYPO) ซึ่งมาจากหลากหลายประเทศ โดยมี Professor Suresh Sundram (Australia) เป็นประธานในการจัดงาน และมี Professor Norman Sartorius (Switzerland), Professor Dinesh Bhugra (UK) และ Professor M.P. Deva (Malaysia) เป็นผู้สอนหลัก ขณะที่ Professor Russell D'Souza (Australia), Professor Matcheri Keshavan (USA), และ Professor Rajiv Tandon (USA) ได้กรุณามาทำความรู้จักพวกเรา ประสบการณ์ที่ได้เข้าร่วมประชุมนี้ทำให้ได้รู้จักเพื่อนจากประเทศต่างๆ และพบว่าพวกเขามีความแตกต่างกับเราในหลายๆ เรื่อง แต่อย่างน้อยมีอยู่เรื่องหนึ่งที่เขาและเราเหมือนกันก็คือ เป็นจิตแพทย์เหมือนกัน เราจึงสามารถพูดภาษาจิตเวชด้วยกันได้ และ ที่สำคัญเราได้พูดภาษามนุษย์ที่แสดงออกต่อกันด้วยความเอื้ออาทร คำว่ามิตรภาพไร้พรมแดนจึงเกิดขึ้นได้จริงๆ

ในด้านวิชาการของ Pre-Congress Session นี้ก็จะเป็นการสอนให้นำเสนอผลงานวิจัยของตนเองทั้งในรูปแบบ poster และ oral presentation การแลกเปลี่ยนมุมมองระหว่างจิตแพทย์จากประเทศต่าง ๆ ในการตรวจวินิจฉัย และ

รักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วย case ตัวอย่างที่สร้างขึ้น ทำให้เราได้เรียนรู้ว่าเพื่อนต่างชาติมีวิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เหมือนและไม่เหมือนเราอย่างไร นอกจากนี้ยังมีการประชุมเพื่อหารือและอภิปรายกันอย่างเข้มข้นในเรื่องการก่อตั้งสหพันธ์จิตแพทย์ใหม่แห่งเอเชีย (Asian Federation of Early Career of Psychiatrists ; AFCEP) ทดแทน AYPO เดิม ซึ่ง AFCEP จะมีประโยชน์ในด้านวิชาการต่อจิตแพทย์ที่เพิ่งจบใหม่และทำงานในฐานะจิตแพทย์มาไม่ถึง 10 ปีทั่วทั้งเอเชีย



การประชุม WCAP 2011 มีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการทำสมาธิค่อนข้างมาก ทำให้ทราบว่าเป็นประเทศอื่นๆ เช่น ออสเตรเลีย อินเดีย อังกฤษ ศรีลังกา อเมริกา แคนาดา ฯลฯ ล้วนสนใจและต้องการศึกษาอย่างจริงจังถึงประโยชน์ของสมาธิที่มีต่อสมองและแนวทางที่จะประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยจิตเวช การได้พบผู้ที่มีความต่างศาสนา แต่มีความสนใจเรื่องสมาธิเหมือนกัน ทำให้รู้สึกว่า หากจิตแพทย์ไทยได้ปฏิบัติสมาธิด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยไม่ต้องถามว่าเรียนจากหลวงพ่อสายไหน ปฏิบัติจนเห็นประโยชน์ที่เกิดแก่ตนเองก่อนแล้ว

สามารถนำมาประยุกต์เพื่อสร้างงานวิจัยและนำไปใช้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม คงจะเป็นเรื่องน่ายินดีมาก อันที่จริงประเทศของเราจะไปแล้วมีความใกล้ชิดกับศาสตร์ของสมาธิมาก เรา น่าจะตักตวงประโยชน์จากความโชคดีนี้ให้มากๆ แต่น่าเสียดายที่สมองของคนไทยจำนวนไม่น้อยถูกครอบงำว่าเราต้องคิดเป็นวิทยาศาสตร์ ต้องมี evidence-based แต่เราไม่ได้พยายามมากพอเพื่อให้ได้ผลงานวิจัยที่เป็น evidence based เราจึงต้องติดตามความรู้จากชาติอื่นๆ

โดยภาพรวมถ้าผมมีความประทับใจมากต่อประสบการณ์ในครั้งนี้ เริ่มตั้งแต่การช่วยเหลือของพี่ๆ น้องๆ ใน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ การได้รับความช่วยเหลือจาก ศ.นพ.พิเชษฐ กับ ผศ.นพ. สุขเจริญ และ GSK รวมถึงถ้าผมคงต้องขอบคุณตัวเองด้วย ที่มีความสามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็วต่อการทำสิ่งที่ไม่เคยทำ ซึ่งใช้เวลาเพียงแค่ 1 วันเท่านั้น แต่ประสบการณ์ที่ได้กลับมามีค่ามากมายนัก จึงอยากเชิญชวนสมาชิกชมรม TSGN ที่ต้องการจะสมัครทุน GSK for Neuropsychiatry Award (GNA) ในปี 2012 อย่าได้ลี้เลใจเลยล่ะ เพราะทุนนี้เกิดมาเพื่อช่วยผลักดันจิตแพทย์ชาวไทยให้มีผลงานวิชาการมากยิ่งขึ้น ซึ่งนำขึ้นขอมติสภที่ศ.นพ.พิเชษฐ อุดมรัตน์ ยิ่งนัก ขอขอบพระคุณจากใจจริงค่ะ

หมายเหตุ : หากใครสนใจอ่านบทความฉบับเต็มสามารถอ่านได้ที่ website ของชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย <http://www.psychiatry.or.th/TSGN/>

ทุน GNA 2012

ทุน GNA (GSK for Neuropsychiatry Award) เป็นทุนเพื่อไปนำเสนอผลงานวิจัยด้าน neuropsychiatry หรือด้าน depression สำหรับในปี 2012 จะให้ไปเสนอผลงานในการประชุม The 15th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting (PRCP 2012) วันที่ 25-27 ตุลาคม 2555 ณ กรุงโซล สาธารณรัฐเกาหลี โดยกำหนดให้ส่ง abstract ผลงานวิจัย ภายในวันที่ 31 พฤษภาคม 2555 นี้ สนใจติดต่อดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.psychiatry.or.th/TSGN> และ www.prcp2012.org

ปัญหาการนอนในผู้ป่วยสมองเสื่อม *

ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์

ประธานศูนย์บริการตรวจรักษาและวิจัยปัญหาการนอน

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

ผู้ป่วยสูงอายุโดยทั่วไปมักมีปัญหาการนอนชนิดใดชนิดหนึ่งหรือมากกว่าได้แก่ เข้านอนแล้วหลับยาก, หลับ ๆ ตื่น ๆ, ตื่นนอนแต่เช้ากว่าปกติ, จีบหลับกลางวันเพิ่มขึ้น, ตื่นนอนแล้วยังรู้สึกไม่สดชื่น สำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมนั้น ปัญหาของการนอนพบได้ประมาณร้อยละ 27 โดยปัญหาของการนอนจัดเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในภาวะสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)

เมื่อพบผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มาด้วยอาการสำคัญเรื่องปัญหาการนอนนั้น แพทย์จึงควรซักประวัติจากทั้งผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลอย่างละเอียด เพื่อให้แน่ใจว่าปัญหานั้นเป็นปัญหาของผู้ป่วยจริง ไม่ใช่ปัญหาของผู้ดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุที่ปกติเองก็มักนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ อยู่แล้ว ผู้สูงอายุบางรายก็มีการปรับเปลี่ยนวงจรของการหลับตื่น เช่น นอนหลับสนิทในช่วงกลางวัน และตื่นในช่วงกลางคืนแทน เป็นต้น นอกจากนี้ควรตรวจร่างกาย ตรวจทางระบบประสาท และตรวจสภาพจิตโดยละเอียด เพราะมีโรคทางอายุรกรรมหลายโรคที่อาจพบร่วมด้วยซึ่งทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับได้ เช่น sleep apnea, periodic limb movement disorder เป็นต้น

หากไม่พบโรคทางอายุรกรรมใด ๆ นอกเหนือจากภาวะสมองเสื่อม การดูแลรักษาผู้ป่วย ควรเลือกวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยาก่อน ได้แก่ การให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องการนอนหลับ (sleep hygiene education) การควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control) การจำกัดเวลานอน (sleep restriction therapy) การฝึกผ่อนคลาย (relaxation therapy) เป็นต้น นอกจากนี้ในบางรายอาจจำเป็นต้องให้ยาระยะสั้นเพื่อช่วยเรื่องการนอนร่วมด้วย และแพทย์ควรช่วยเหลือผู้ดูแล (caregiver interventions) ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเข้านอนและตื่นนอนในเวลาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับผู้ป่วย จะทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาการนอนนั้นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

* สรุปลจากคำบรรยายภาษาอังกฤษเรื่อง Non-pharmacological management in persons with dementia (PWD) ในการประชุมวิชาการนานาชาติ Thailand Dementia 2011 and 14th Asia Pacific Regional Conference of Alzheimer's Disease International เมื่อวันที่ 11-13 มกราคม 2555 ณ โรงแรมเลอคอนคอร์ด สวิสเทล กรุงเทพฯ ซึ่งจัดโดยสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ทั้งนี้ทาง TSGN ได้ร่วมกับสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมฯ ด้วยการมอบหมายให้ ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย เป็นผู้แทนของTSGN เข้าร่วมเป็นกรรมการจัดประชุม และสมาชิกของ TSGN หลายคนได้ไปร่วมเป็นวิทยากรและ Chairperson ในการประชุมนี้ด้วย

Non motor symptom (NMS) ในผู้ป่วยพาร์กินสัน

ผศ.พญ.สุวรรณา เศรษฐวิฑูรย์

หน่วยประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โรคพาร์กินสัน (PD) มีลักษณะที่สำคัญคือ เคลื่อนไหวช้า แข็ง และสั่นขณะพัก ซึ่งเป็นอาการทางการเคลื่อนไหว (motor symptoms) แต่ PD ยังมีอาการอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากอาการทางการเคลื่อนไหว เรียกว่า non motor symptom (NMS) ซึ่งพบได้บ่อย แต่มักถูกมองข้าม และไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้การรักษาโดยรวม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร ทั้งยังเป็นภาระแก่ผู้ดูแลอีกด้วย

NMS ในผู้ป่วย PD พบได้บ่อย โดยพบว่า ประมาณร้อยละ 98 ของผู้ป่วยจะมี NMS อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ พบ 10-12 อาการต่อผู้ป่วย 1 ราย อาการของ NMS มีความหลากหลายพบได้ในหลายระบบ และสามารถพบเป็นอาการนำก่อนการเกิดอาการทางการเคลื่อนไหวของ PD และพบตลอดทุกระยะของโรค โดยทั่วไป NMS จะพบมากขึ้นเมื่อโรคเป็นนานขึ้น หรือ รุนแรงมากขึ้น บางครั้ง NMS อาจมีลักษณะกว้างตามการออกฤทธิ์ของยาในกลุ่ม dopaminergic เช่นเดียวกับอาการทางการเคลื่อนไหวเรียกว่า Non-motor fluctuation

อาการ NMS ที่เป็นอาการนำ มี 4 อาการได้แก่ ซึมเศร้า การรับกลิ่นผิดปกติ (olfactory dysfunction) ท้องผูก และ rapid eye movement behavior disorder (RBD) สำหรับอาการอื่นๆ ของ NMS ได้แก่ neuropsychiatric symptom, sensory symptoms, autonomic symptoms, sleep disorders อาการในระบบทางเดินอาหาร, และอาการอื่นๆ เช่น น้ำหนักลด เพลีย อาการเหล่านี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการทางจิตเวช ปัญหาการนอน อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ และความเจ็บปวด

การวินิจฉัย NMS ในผู้ป่วยพาร์กินสันยุ่งยากกว่า การวินิจฉัยอาการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากความหลากหลายของอาการ และผู้ป่วยขาดความเข้าใจ ทำให้คิดว่าอาการเหล่านี้ไม่เกี่ยวกับโรค PD จึงไม่แจ้งให้แพทย์ได้ทราบ ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 62 แพทย์เองก็มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มากนัก

จึงให้ความสนใจกับอาการทางกายก่อน และไม่มีเวลาในการซักถาม NMS ดังนั้นจึงได้มีการนำแบบสอบถามต่าง ๆ มาใช้เพื่อคัดกรอง NMS ในผู้ป่วย แบบสอบถามที่ได้รับการยอมรับและทดสอบความถูกต้องแล้ว ได้แก่ NMSQuest-30, revised UPDRS และ NMS scale

สำหรับการรักษาอาการ NMS นั้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่ตอบสนองต่อยาในกลุ่ม dopaminergic ที่ใช้รักษาอาการทางการเคลื่อนไหว ยกเว้น อาการบางอย่าง เช่น ซึมเศร้าที่พบว่ายาในกลุ่ม dopamine agonist ช่วยทำให้อาการดีขึ้นได้ ส่วน non-motor fluctuation ก็จะดีขึ้นเมื่อรักษาอาการทางการเคลื่อนไหวด้วย โดยทั่วไปจึงแนะนำให้รักษาอาการทางการเคลื่อนไหวก่อน หากอาการดีขึ้นแล้ว แต่ผู้ป่วยยังมีอาการ NMS อยู่ ก็ให้พิจารณารักษาอาการ NMS นั้น โดยลำดับความสำคัญจากอาการที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่สุดก่อน เช่น สมอเสื่อม ปัญหาการนอน เป็นต้น สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงก่อนให้การรักษา NMS คือ อาการที่พบเกิดจากผลข้างเคียงของยาในกลุ่ม dopaminergic หรือไม่ เช่น ความดันโลหิตตก อาการสับสน เป็นต้น หากเป็นเช่นนั้น การลดขนาดยา dopaminergic ลง จะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้

สรุป NMS ในผู้ป่วย PD มีบทบาทสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าอาการทางการเคลื่อนไหว การซักประวัติและสืบค้นโดยละเอียด และให้การรักษาดังแต่ระยะแรกควบคู่ไปกับการรักษาอาการทางการเคลื่อนไหว จึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะลดความพิการ และทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นในที่สุด

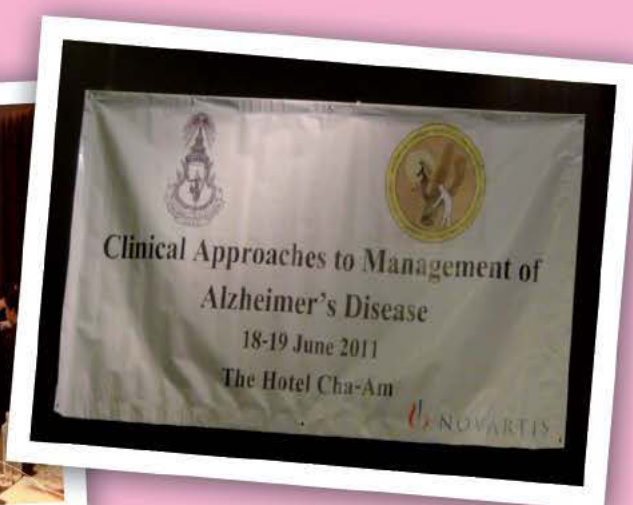
(หมายเหตุจากบรรณาธิการ : สำหรับสมาชิกที่สนใจ ขอเชิญเข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการเรื่อง Neuropsychiatry of Parkinson Disease : Update 2012 ในวันที่ 27-28 มีนาคม 2555 ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

ภาพกิจกรรมประจำปี 2554

TSGN Pre-congress Workshop เรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Late-life depression) ในงานประชุมวิชาการประจำปี จิตเวชศาสตร์ เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2554 ณ โรงแรม Golden Tulip Sovereign กรุงเทพฯ



ประชุมอบรมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Neuropsychiatry of stroke : Update 2011 โดยกลุ่มงานจิตเวช สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ร่วมกับ ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย (TSGN) เมื่อวันที่ 23-24 มีนาคม 2554 ณ ห้องประชุม ศาสตราจารย์ประสพ รัตนากร สถาบันประสาทวิทยา



TSGN ร่วมกับ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ จัดกิจกรรมทางวิชาการ เรื่อง Clinical Approaches to Management of Alzheimer's Disease วันที่ 18-19 มิถุนายน 2554 ณ The Hotel Cha-Am จังหวัดเพชรบุรี



ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
(Thai Society for Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry, TSGN)
ร่วมกับ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอเชิญแพทย์ผู้สนใจเข้าร่วมอบรมวิชาการเชิงปฏิบัติการเรื่อง

Neuropsychiatry of Parkinson's Disease: Update 2012

27 - 28 มีนาคม 2555

ณ ห้อง 605/1 ตึก อปร.ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันอังคารที่ 27 มีนาคม 2555

วันพุธที่ 28 มีนาคม 2555

08.00-08.45 น. ลงทะเบียน
08.45-09.00 น. **Opening Remarks**
ศ.นพ.พิชิต อุดมรัตน์
ประธานชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย
Welcome Address
รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภพิตพ
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

09.00-10.00 น. **Overview of Parkinson's disease: Update 2012**
รศ.นพ.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ
หน่วยประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

10.00-10.15 น. พักรับประทานอาหารว่าง
10.15-11.15 น. **Psychosis and hallucination in Parkinson's disease**
ศ.นพ.กัมมิตต์ พันธุมจินดา
หน่วยประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

11.15-12.30 น. Industry-Sponsored Lunch Symposium 1 (ISS1)
- Boehringer-Ingelheim
The roles of dopamine agonists in non-motor symptoms in Parkinson's disease
รศ.ดร.ภญ.จุฑามณี สุทธิศรีสังข์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

12.30-13.45 น. Industry-Sponsored Lunch Symposium 2 (ISS2)
- Abbott
How to control Parkinson's disease day and night with Rotigotine transdermal patch?
New way of PD management
นพ.อภิชาติ พิศาพงษ์
โรงพยาบาลกรุงเทพ

13.45-14.45 น. **Non-motor aspects of Parkinson's disease: How to approach?**
ผศ.พญ.สุวรรณา เศรษฐวิชรานิช
หน่วยประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

14.45-15.00 น. พักรับประทานอาหารว่าง
15.00-15.45 น. **Depression and anxiety in Parkinson's disease**
ผศ.นพ.สุพจน์ ตั้งวงศ์ไชย
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

15.00-16.30 น. **Sleep problems in Parkinson's disease**
นพ.วัฒน์ชัย ไซตัญญิตกุล
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

09.00-10.00 น. **Impulsive behavior in Parkinson's disease**
พญ.ณัฐดา ลิ้มกัญ
หน่วยประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

10.00-10.15 น. พักรับประทานอาหารว่าง
10.15-11.15 น. **Treatment of Parkinson's disease: Update 2012**
นพ.อัศวฤทธิ์ วิริยะเวชกุล
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

11.15-12.30 น. Industry-Sponsored Lunch Symposium 3 (ISS3)
- Novartis
New Clinical Practice Guideline for Dementia: A Focus on Parkinson's Disease with Dementia
รศ.พญ.วสุพรรณ เสนานรงค์
สาขาวิชาประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อ.พญ.ไพลพัทธ์ เหมธัญย์โรจน์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

12.30-13.45 น. Industry-Sponsored Lunch Symposium 4 (ISS4)
- GSK
A myriad of nocturnal manifestations in PD: What can we do about it?
รศ.นพ.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ
หน่วยประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

13.45-14.45 น. **Holistic approach for Parkinson patients : Case-based learning**
นำเสนอโดย นพ.ชาวิท ตันวิระชัยสกุล
สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
เชื่อกันโดย ศ.นพ.กัมมิตต์ พันธุมจินดา
หน่วยประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ. พญ.ไพลพัทธ์ เหมธัญย์โรจน์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

14.45-15.00 น. **Closing Ceremony** (และ พักรับประทานอาหารว่าง)

สอบถามเพิ่มเติมและสมัครเข้าร่วมประชุมได้ที่
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถนนพระราม4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02-256-4298 ต่อ 14 หรือ 15
(คุณศรีสกุล, คุณกุลธิดา) Fax : 02-256-4298 ต่อ 15 Email : srisakulch@gmail.com

Abbreviated Prescribing Information

LAMICTAL™ TABLETS 25, 50, 100 MG.

Active Ingredient: Lamotrigine

Lamictal™
Lamotrigine

Indications: BIPOLAR DEPRESSION

Adults (18 years of age and over) LAMICTAL is indicated for the prevention of mood episodes in patients with bipolar disorder, predominantly by preventing depressive episodes. **Dosage and Administration** **Restarting Therapy** Prescribers should assess the need for escalation to maintenance dose when restarting LAMICTAL in patients who have discontinued LAMICTAL for any reason, since the risk of serious rash is associated with high initial doses and exceeding the recommended dose escalation for LAMICTAL. The greater the interval of time since the previous dose, the more consideration should be given to escalation to the maintenance dose. When the interval since discontinuing LAMICTAL exceeds five half-lives, LAMICTAL should generally be escalated to the maintenance dose according to the appropriate schedule. It is recommended that LAMICTAL not be restarted in patients who have discontinued due to rash associated with prior treatment with LAMICTAL unless the potential benefit clearly outweighs the risk. **Adults (18 years of age and over)** Because of the risk of rash the initial dose and subsequent dose escalation should not be exceeded. LAMICTAL is recommended for use in bipolar patients at risk for a future depressive episode. The following transition regimen should be followed to prevent recurrence of depressive episodes. The transition regimen involves escalating the dose of LAMICTAL to a maintenance stabilisation dose over six weeks after which other psychotropic and/or anti-epileptic drugs can be withdrawn, if clinically indicated. Adjunctive therapy should be considered for the prevention of manic episodes, as efficacy with LAMICTAL in mania has not been conclusively established. **Recommended dose escalation to the maintenance total daily stabilisation dose for adults (over 18 years of age) treated for BIPOLAR DEPRESSION (a) Adjunct therapy with inhibitors of lamotrigine glucuronidation e.g. Valproate.** In patients taking glucuronidation inhibiting concomitant drugs such as valproate the initial LAMICTAL dose is 25 mg every alternate day for two weeks, followed by 25 mg once a day for two weeks. The dose should be increased to 50 mg once a day (or in two divided doses) in week 5. The usual target dose to achieve optimal response is 100 mg/day given once a day or in two divided doses. However, the dose can be increased to a maximum daily dose of 200 mg, depending on clinical response. **(b) Adjunct therapy with inducers of lamotrigine glucuronidation in patients NOT taking inhibitors such as Valproate.** This dosage regimen should be used with phenytoin and other drugs known to induce lamotrigine glucuronidation. In those patients currently taking drugs that induce lamotrigine glucuronidation and NOT taking valproate, the initial LAMICTAL dose is 50 mg once a day for two weeks, followed by 100 mg/day given in two divided doses for two weeks. The dose should be increased to 200 mg/day given as two divided doses in week 5. The dose may be increased in week 6 to 300 mg/day however, the usual target dose to achieve optimal response is 400 mg/day given in two divided doses which may be given from week 7. **(c) Monotherapy with LAMICTAL OR Adjunctive therapy in patients taking other medications that do not significantly induce or inhibit lamotrigine glucuronidation.** The initial LAMICTAL dose is 25 mg once a day for two weeks, followed by 50 mg once a day (or in two divided doses) for two weeks. The dose should be increased to 100 mg/day in week 5. The usual target dose to achieve optimal response is 200 mg/day given once a day or as two divided doses. However, a range of 100 to 400 mg was used in clinical trials. **NOTE:** In patients taking AEDs where the pharmacokinetic interaction with LAMICTAL is currently not known, the dose escalation as recommended for LAMICTAL with concurrent valproate, should be used. The target stabilisation dose will alter depending on clinical response. Once the target daily maintenance stabilisation dose has been achieved, other psychotropic medications may be withdrawn as laid out in the dosage schedule below. **Maintenance stabilisation total daily dose for adults (over 18 years of age) in BIPOLAR DEPRESSION following withdrawal of concomitant psychotropic or anti-epileptic drugs (a) Following withdrawal of adjunct therapy with inhibitors of lamotrigine glucuronidation e.g. valproate** The dose of LAMICTAL should be increased to double the original target stabilisation dose and maintained at this, once valproate has been terminated. **(b) Following withdrawal of adjunct therapy with inducers of lamotrigine glucuronidation depending on original maintenance dose.** This regimen should be used with phenytoin, carbamazepine, phenobarbital, primidone or other drugs known to induce LAMICTAL glucuronidation. The dose of LAMICTAL should be gradually reduced over three weeks as the glucuronidation inducer is withdrawn. **(c) Following withdrawal of adjunct therapy with other medications that do not significantly induce or inhibit lamotrigine glucuronidation.** The target dose achieved in the dose escalation programme should be maintained throughout withdrawal of the other medication. **Adjustment of LAMICTAL daily dosing in patients with BIPOLAR DEPRESSION following addition of other medications.** There is no clinical experience in adjusting the LAMICTAL daily dose following the addition of other medications. **Discontinuation of LAMICTAL in Patients With Bipolar depression** In clinical trials, there was no increase in the incidence, severity or type of adverse experiences following abrupt termination of LAMICTAL versus placebo. Therefore, patients may terminate LAMICTAL without a step-wise reduction of dose. **Children and adolescents (less than 18 years of age)** LAMICTAL is not indicated for use in bipolar disorder in children and adolescents aged less than 18 years. Safety and efficacy of LAMICTAL in bipolar depression has not been evaluated in this age group. Therefore, a dosage recommendation cannot be made. **GENERAL DOSING RECOMMENDATIONS FOR LAMICTAL IN SPECIAL PATIENT POPULATIONS Women taking hormonal contraceptives (a) Starting LAMICTAL in patients already taking hormonal contraceptives:** Although an oral contraceptive has been shown to increase the clearance of lamotrigine, no adjustments to the recommended dose escalation guidelines for LAMICTAL should be necessary solely based on the use of hormonal contraceptives. Dose escalation should follow the recommended guidelines based on whether lamotrigine is added to an inhibitor of lamotrigine glucuronidation e.g. valproate; whether LAMICTAL is added to an inducer of lamotrigine glucuronidation e.g. carbamazepine, phenytoin, phenobarbital, primidone, rifampin or lopinavir/ritonavir. **(b) Starting hormonal contraceptives in patients already taking maintenance doses of LAMICTAL and NOT taking inducers of lamotrigine glucuronidation:** The maintenance dose of LAMICTAL may need to be increased by as much as two-fold according to the individual clinical response. **(c) Stopping hormonal contraceptives in patients already taking maintenance doses of LAMICTAL and NOT taking inducers of lamotrigine glucuronidation:** The maintenance dose of LAMICTAL may need to be decreased by as much as 50% according to the individual clinical response. **Elderly (over 65 years of age)** No dosage adjustment from recommended schedule is required. The pharmacokinetics of LAMICTAL in this age group do not differ significantly from a non-elderly adult population. **Hepatic impairment** Initial, escalation and maintenance doses should generally be reduced by approximately 50% in patients with moderate (Child-Pugh grade B) and 75% in severe (Child-Pugh grade C) hepatic impairment. Escalation and maintenance doses should be adjusted according to clinical response. **Renal impairment** For patients with end-stage renal failure, initial doses of LAMICTAL should be based on patients' AED regimen; reduced maintenance doses may be effective for patients with significant renal functional impairment. **Contraindications** LAMICTAL tablets is contraindicated in individuals with known hypersensitivity to lamotrigine. **Warnings and Precautions** **Skin rash** There have been reports of adverse skin reactions, which have generally occurred within the first eight weeks after initiation of LAMICTAL treatment. The majority of rashes are mild and self-limiting, however serious rashes requiring hospitalisation and discontinuation of LAMICTAL have also been reported. These have included potentially life threatening rashes such as Stevens Johnson syndrome (SJS) and toxic epidermal necrolysis (TEN). In adults enrolled in studies utilizing the current LAMICTAL dosing recommendations the incidence of serious skin rashes is approximately 1 in 500 in epilepsy patients. Approximately half of these cases have been reported as SJS (1 in 1000). In clinical trials in patients with bipolar depression, the incidence of serious rash is approximately 1 in 1000. The risk of serious skin rashes in children is higher than in adults. Available data from a number of studies suggest the incidence of rashes associated with hospitalisation in epileptic children is from 1 in 300 to 1 in 100. In children, the initial presentation of a rash can be mistaken for an infection, physicians should consider the possibility of a drug reaction in children that develop symptoms of rash and fever during the first eight weeks of therapy. Additionally, the overall risk of rash appears to be strongly associated with: - High initial doses of LAMICTAL and exceeding the recommended dose escalation of LAMICTAL therapy - Concomitant use of valproate. Caution is also required when treating patients with a history of allergy or rash to other antiepileptic drugs as the frequency of non-serious rash after treatment with LAMICTAL was approximately three times higher in these patients than in those without such history. All patients (adults and children) who develop a rash should be promptly evaluated and LAMICTAL withdrawn immediately unless the rash is clearly not drug related. It is recommended that LAMICTAL not be restarted in patients who have discontinued due to rash associated with prior treatment with LAMICTAL unless the potential benefit clearly outweighs the risk. Rash has also been reported as part of a hypersensitivity syndrome associated with a variable pattern of systemic symptoms including fever, lymphadenopathy, facial oedema and abnormalities of the blood and liver. The syndrome shows a wide spectrum of clinical severity and may, rarely, lead to disseminated intravascular coagulation (DIC) and multiorgan failure. It is important to note that early manifestations of hypersensitivity (e.g. fever, lymphadenopathy) may be present even though rash is not evident. If such signs and symptoms are present the patient should be evaluated immediately and LAMICTAL discontinued if an alternative aetiology cannot be established. **Clinical worsening and suicide risk** Twenty-five to 50% of patients with bipolar disorder attempt suicide at least once, and may experience worsening of their depressive symptoms and/or the emergence of suicidal ideation and behaviours (suicidality) whether or not they are taking medications for bipolar disorder, including LAMICTAL. There is also evidence that patients with epilepsy have an elevated risk for suicidality. Patients receiving LAMICTAL for bipolar depression should be closely monitored for clinical worsening (including development of new symptoms) and suicidality, especially at the beginning of a course of treatment, or at the time of dose changes. Certain patients, such as those with a history of suicidal behaviour or thoughts, young adults, and those patients exhibiting a significant degree of suicidal ideation prior to commencement of treatment, may be at a greater risk of suicidal thoughts or suicide attempts, and should receive careful monitoring during treatment.

Patients (and caregivers of patients) should be alerted about the need to monitor for any worsening of their condition (including development of new symptoms) and/or the emergence of suicidal ideation/behaviour or thoughts of harming themselves and to seek medical advice immediately if these symptoms present. Consideration should be given to changing the therapeutic regimen, including possibly discontinuing the medication, in patients who experience clinical worsening (including development of new symptoms) and/or the emergence of suicidal ideation/behaviour, especially if these symptoms are severe, abrupt in onset, or were not part of the patient's presenting symptoms. The incidence of suicidal ideation and behaviour was evaluated in a pooled analysis of placebo-controlled clinical trials with lamotrigine involving a total of 6467 patients from a number of indications. In the subset of bipolar disorder trials, the rate of events was numerically, but not statistically significantly, greater for lamotrigine (29/1212 [2.4%]) compared with placebo (19/1054 [1.8%]). In a pooled analysis of psychiatric indications, events were more common in the first month of treatment, in patients taking lamotrigine. Behavioural events were more common in males. In the subset of epilepsy trials, there were no statistically significant differences in the rate of events between lamotrigine and placebo. Although the number of suicidal ideation and behaviour events was too low (6/1073 [0.6%] on lamotrigine and 2/805 [0.3%] on placebo) to allow a definitive comparison between treatment groups, the relative rate reported from this lamotrigine analysis is consistent with a possible class effect reported by the US Food and Drug Administration, based on their meta-analysis of 11 anticonvulsant drugs including lamotrigine. **Hormonal contraceptives** Effects of hormonal contraceptives on LAMICTAL efficacy: An ethinylestradiol/levonorgestrel (30 mcg / 150 mcg) combination increase the clearance of lamotrigine by approximately two-fold resulting in decreased lamotrigine levels. Following titration, higher maintenance doses of lamotrigine (by as much as two fold) may be needed to attain a maximal therapeutic response. In women not already taking an inducer of lamotrigine glucuronidation and taking a hormonal contraceptive that includes one week of inactive medication (e.g. "pill-free week"), gradual transient increases in lamotrigine levels will occur during the week of inactive medication. These increases will be greater when lamotrigine dose increases are made in the days before or during the week of inactive medication. Clinicians should exercise appropriate clinical management of women starting or stopping hormonal contraceptives during LAMICTAL therapy and lamotrigine dosing adjustments may be needed. **Effects of LAMICTAL on hormonal contraceptive efficacy:** An interaction study in 16 healthy volunteers has shown that when lamotrigine and a hormonal contraceptive (ethinylestradiol/levonorgestrel combination) are administered in combination, there is a modest increase in levonorgestrel clearance and changes in serum FSH and LH. The impact of these changes on ovarian ovulatory activity is unknown. However, the possibility of these changes resulting in decreased contraceptive efficacy in some patients taking hormonal preparations with LAMICTAL cannot be excluded. Therefore patients should be instructed to promptly report changes in their menstrual pattern, ie, breakthrough bleeding. **Dihydrofolate reductase** Lamotrigine is a weak inhibitor of dihydrofolate reductase, hence there is a possibility of interference with folate metabolism during long-term therapy. However, during prolonged human dosing, LAMICTAL did not induce significant changes in the haemoglobin concentration, mean corpuscular volume, or serum or red blood cell folate concentrations up to 1 year or red blood cell folate concentrations for up to 5 years. **Renal Failure** In single dose studies in subjects with end stage renal failure, plasma concentrations of lamotrigine were not significantly altered. However, accumulation of the glucuronide metabolite is to be expected; caution should therefore be exercised in treating patients with renal failure. **Patients taking other preparations containing lamotrigine** LAMICTAL tablets should not be administered to patients currently being treated with any other preparation containing lamotrigine without consulting a doctor. **EPILEPSY** As with other AEDs, abrupt withdrawal of LAMICTAL may provoke rebound seizures. Unless safety concerns (for example rash) require an abrupt withdrawal, the dose of LAMICTAL should be gradually decreased over a period of two weeks. There are reports in the literature that severe convulsive seizures including status epilepticus may lead to rhabdomyolysis, multiorgan dysfunction and disseminated intravascular coagulation, sometimes with fatal outcome. Similar cases have occurred in association with the use of LAMICTAL. **BIPOLAR DEPRESSION Children and adolescents (less than 18 years of age)** Treatment with antidepressants is associated with an increased risk of suicidal thinking and behaviour in children and adolescents with major depressive disorder and other psychiatric disorders. **Interactions:** UDP-glucosyl transferases have been identified as the enzymes responsible for metabolism of lamotrigine. There is no evidence that lamotrigine causes clinically significant induction or inhibition of hepatic oxidative drug-metabolising enzymes, and interactions between lamotrigine and drugs metabolised by cytochrome P450 enzymes are unlikely to occur. Lamotrigine may induce its own metabolism but the effect is modest and unlikely to have significant clinical consequences. **Interactions involving AEDs** Valproate, which inhibits the glucuronidation of lamotrigine, reduces the metabolism of lamotrigine and increases the mean half life of lamotrigine nearly two fold. Certain antiepileptic agents (such as phenytoin, carbamazepine, phenobarbital and primidone) which induce hepatic drug-metabolising enzymes induce the metabolism glucuronidation of lamotrigine and enhance the metabolism of lamotrigine. There have been reports of central nervous system events including dizziness, ataxia, diplopia, blurred vision and nausea in patients taking carbamazepine following the introduction of LAMICTAL. These events usually resolve when the dose of carbamazepine is reduced. A similar effect was seen during a study of lamotrigine and oxcarbazepine in healthy adult volunteers, but dose reduction was not investigated. **Interactions involving other medications** In a study in 10 male volunteers, rifampicin increased lamotrigine clearance and decreased lamotrigine half-life due to induction of the hepatic enzymes responsible for glucuronidation. In patients receiving concomitant therapy with rifampicin, the treatment regimen recommended for lamotrigine and concurrent glucuronidation inducers should be used. In a study in healthy volunteers, lopinavir/ritonavir approximately halved the plasma concentrations of lamotrigine, probably by induction of glucuronidation. In patients receiving concomitant therapy with lopinavir/ritonavir, the treatment regimen recommended for lamotrigine and concurrent glucuronidation inducers should be used. **Pregnancy and Lactation** Administration of lamotrigine did not impair fertility in animal reproductive studies. There is no experience of the effect of LAMICTAL on human fertility. Postmarketing data from several prospective pregnancy registries have documented outcomes in over 2000 women exposed to LAMICTAL monotherapy during the first trimester of pregnancy. Whilst the data provide no evidence for a substantial increase in the overall risk of major birth malformations associated with LAMICTAL use, one registry has reported an increase in the risk of isolated oral cleft malformations. This increased risk has not been confirmed in a pooled analysis of the data from six other registries. The data on use of LAMICTAL in polytherapy combinations are insufficient to assess whether the risk of malformation associated with other agents is affected by concomitant LAMICTAL use. As with other medicines, LAMICTAL should only be used during pregnancy if the expected benefits outweigh the potential risks. Physiological changes during pregnancy may affect lamotrigine levels and/or therapeutic effect. There have been reports of decreased lamotrigine levels during pregnancy. Appropriate clinical management of pregnant women during LAMICTAL therapy should be ensured. There is limited information on the use of LAMICTAL in lactation. Preliminary data indicate that lamotrigine passes into breast milk in concentrations usually of the order of 40 to 60% of the serum concentration. In a small number of infants known to have been breastfed, the serum concentrations of lamotrigine reached levels at which pharmacological effects may occur. The potential benefits of breastfeeding should be weighed against the potential risk of adverse effects occurring in the infant. **Effects on Ability to Drive and Use Machines** Two volunteer studies have demonstrated that the effect of LAMICTAL on fine visual motor co-ordination, eye movements, body sway and subjective sedative effects did not differ from placebo. In clinical trials with LAMICTAL adverse events of a neurological character such as dizziness and diplopia have been reported. Therefore, patients should be advised to avoid driving or operating machinery. **Adverse Reactions** The undesirable effects below should be considered alongside those seen in epilepsy for an overall safety profile of LAMICTAL. **Skin and subcutaneous tissue disorders** Very Common: Skin rash. Rare: Stevens Johnson syndrome. When all bipolar depression studies (controlled and uncontrolled) conducted with LAMICTAL are considered, skin rashes occurred in 14% of patients on LAMICTAL. Whereas, in controlled clinical trials with bipolar depression patients, skin rashes occurred in 9% of patients taking LAMICTAL and in 8% of patients taking placebo. **Nervous system disorders** Very Common: Headache. Common: Agitation, somnolence, dizziness. **Musculoskeletal and connective tissue disorders** Common: Arthralgia. **General disorders and administration site conditions** Common: Pain, back pain. **Overdose** Acute ingestion of doses in excess of 10 to 20 times the maximum therapeutic dose has been reported. Overdose has resulted in symptoms including nystagmus, ataxia, impaired consciousness and coma. In the event of overdose, the patient should be admitted to hospital and given appropriate supportive therapy. Gastric lavage should be performed if indicated. **Special Precautions for Storage** Store below 25°C. Keep dry.

Full Prescribing Information is available on request.

Please read the full prescribing information prior to administration, available from GlaxoSmithKline

Abbreviated prescribing information prepared from version number IPI07

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารข้างต้นฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
Further information is available on request form

ให้โลกที่หม่นหมอง
ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว
กลับมาสดใสอีกครั้ง

LAJW 05/001409_26/11/09

ใบอนุญาตเลขที่ ๑๓, 1250/2552

สำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ความสุขในชีวิตของเขาอาจเกิดขึ้นไม่ได้ หากขาดความช่วยเหลือจากคุณ... ลามิคทาล ชนิดเม็ดใช้สำหรับป้องกันความผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่พบในผู้ป่วย Bipolar Disorder โดยส่วนใหญ่ใช้ป้องกันภาวะซึมเศร้า ในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป¹

Reference: 1. เภสัชตำถักับยาทยาาไทย ลามิคทาลเม็ด Version Number IPI07

