



จดหมายข่าวชมรม

TSGN Newsletter

# จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และ ประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย

The Newsletter of the Thai Society for Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2555 Vol.1 No.2 May-August 2012

เชื่อมโยงสมาชิกทั่วโลก เชื่อมไปสมาคมทั่วโลก

ผู้ได้รับรางวัล EGPA 2012



ผู้ได้รับรางวัล GNA 2012



# รายชื่อคณะกรรมการ TSGN

ประธาน :	ศ.นพ.พิเชฐ	อุดมรัตน์
รองประธาน :	รศ.พญ.พูนศรี	รังษิณี
	ผศ.นพ.สุขเจริญ	ตั้งวงษ์ไชย
เลขานุการ :	รศ.พญ.ณัททัย	วงศ์ปการันย์
ปฎิคม :	ผศ.นพ.สุวิทย์	เจริญศักดิ์
นายทะเบียน :	ผศ.พญ.ดาวชมพู	นาคะวีโร
กรรมการ :	รศ.พญ.สาวิตรี	อัชฌางค์กรชัย
	รศ.พญ.สุวรรณมา	อรุณพงศ์ไพศาล
	พญ.อัญชุลี	เต็มยะประดิษฐ์
	พญ.สุรางค์	เลิศศขาธาร
	พญ.โสฬพัทธ์	เหมรัญชโรจน์
	นพ.ภุชงค์	เหล่ารุจิสวัสดิ์
	พญ.ทัศนีย์	กุลจนะพงศ์พันธ์
	พญ.กอบหทัย	สิทธิธณฤทธิ
	พญ.ญาดา	พงษ์กาญจนะ
	พญ.มูทิตา	พนาสถิตย์
	นพ.ธรรมนาถ	เจริญบุญ
	พญ.ธวัลรัตน์	ศรีจันทร์
	นพ.ชาวิท	ตันวีระชัยสกุล

## กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา :	ศ.นพ.พิเชฐ	อุดมรัตน์
บรรณาธิการ :	นพ.ธรรมนาถ	เจริญบุญ
	พญ.ธวัลรัตน์	ศรีจันทร์
กองบรรณาธิการ :	พญ.สุรางค์	เลิศศขาธาร
	พญ.ณัททัย	วงศ์ปการันย์
	นพ.ชาวิท	ตันวีระชัยสกุล
Website :	<a href="http://www.psychiatry.or.th/TSGN/">http://www.psychiatry.or.th/TSGN/</a>	
Facebook :	ติดตามได้ที่กลุ่ม “TSGN”	
E-mail : ถึงกองบรรณาธิการ :	khaning17@hotmail.com	
พิมพ์ที่ :	خانเมืองการพิมพ์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	

## สารบัญ

สารจากประธาน TSGN : กว่าจะมาเป็นทุน EGPA GNA และ TOPAS ...	3
โรคจิตในผู้สูงอายุ : อาการและสาเหตุ .....	5
โรคจิตในผู้สูงอายุ : แนวทางการวินิจฉัยแยกโรค .....	8
ภาวะซึมเศร้าในโรคพาร์กินสัน .....	10
อาการโรคจิตในโรคพาร์กินสัน .....	13
ภาพกิจกรรมทางวิชาการประจำปี 2555 .....	15

## จากใจบรรณาธิการ

### สวัสดีครับ / สวัสดีค่ะ สมาชิกชมรมฯทุกท่าน

เวลาช่างผ่านไปอย่างรวดเร็วจริงๆ และแล้วก็ถึงเวลาของจดหมายข่าว TSGN ฉบับที่ 2 โดยในฉบับแรกซึ่งเป็นฉบับเปิดตัวนั้น เราได้เล่าถึงประวัติความเป็นมาของชมรมฯ โดยสังเขปไปแล้ว ตั้งแต่ฉบับนี้เป็นต้นไป เราจะพยายามเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาการที่น่าสนใจให้มากขึ้น เพื่อจะเป็นประโยชน์กับท่านผู้อ่าน สำหรับในฉบับนี้เนื้อหาจะเน้นไปที่เรื่องของภาวะหรืออาการโรคจิต (psychosis) ในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นอาการหนึ่งที่พบได้บ่อย แต่เกิดจากหลายสาเหตุ และมีแนวทางในการวินิจฉัยแยกโรค เพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยทางกองบรรณาธิการต้องขอขอบคุณ พญ.ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ และ พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์ ที่ช่วยเขียนบทความนี้มาให้

สุดท้ายนี้ทางกองบรรณาธิการขอขอบคุณสมาชิกทุกท่าน และหากมีข้อเสนอแนะใด ๆ สามารถแสดงความคิดเห็นได้ใน facebook ของชมรมหรือส่ง e-mail มาถึงกองบรรณาธิการก็ได้ เพื่อจะพัฒนาให้จดหมายข่าว TSGN ดียิ่งขึ้นต่อไป ส่วนสมาชิกที่ยังไม่ได้รับจดหมายข่าวฉบับแรก สามารถ download ฉบับ e-book ได้ที่ <http://www.psychiatry.or.th/TSGN/>

นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ / พญ.ธวัลรัตน์ ศรีจันทร์  
บรรณาธิการ

## ภาพจากปกหน้า

ขอแสดงความยินดีกับ พญ.พาพร เลหาวิรภาพ ผู้ได้รับทุน EGPA 2012 เพื่อไปนำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง “Prevalence of Depression , Severity and Related Factors among Acute Stroke Thai Patients” ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น ในการประชุมประชุม The Asia Pacific Stroke Conference 2012 (APSC 2012) วันที่ 10-12 กันยายน 2555

และขอแสดงความยินดีกับ นายแพทย์ชาวิท ตันวีระชัยสกุล ผู้ได้รับทุน GNA 2012 เพื่อไปนำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง Executive Dysfunction of Mild Traumatic Brain Injury Patients and the Use of Modified Mini-Mental State (3-MS) ณ กรุงโซล สาธารณรัฐเกาหลี ในการประชุม The Pacific Rim College of Psychiatrists Meeting 2012 (PRCP 2012) วันที่ 25-27 ตุลาคม 2555



# สารจากประธาน TSGN

## กว่าจะมาเป็นทุน EGPA GNA และ TOPAS

สมัยที่ผมเป็นแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์นั้น (พ.ศ. 2524-2527) โอกาสที่จิตแพทย์ไทยจะได้ไปประชุมวิชาการในต่างประเทศมีน้อยมาก บางการประชุมไม่มีจิตแพทย์ไทยได้ไปเลย บางการประชุมมีจิตแพทย์ไทยไปเพียง 1 คน โดยอาจารย์ผู้ใหญ่ที่ได้ไปประชุมดังกล่าว จะกลับมาสรุปให้สมาชิกสมาคมจิตแพทย์ฯ ฟัง ในการประชุมวิชาการย่อยที่สมาคมจิตแพทย์ฯ จัดขึ้นทุก 2-3 เดือน นั้นเป็นการจุดประกายให้ผมเริ่มสนใจจะหาโอกาสไปติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการในการประชุมที่ต่างประเทศบ้าง

เมื่อจบจากแพทย์ประจำบ้าน และกลับมาทำงานที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว ผมจึงได้พยายามค้นคว้าและหาข้อมูลในเรื่องแหล่งทุนสนับสนุน ในสมัยนั้นยังไม่มี website ไม่มี internet หรือ e-mail การติดต่อสื่อสารใด ๆ คือ การส่งจดหมาย ต่อมาจึงมีโทรสาร (แต่เริ่มแรกต้องไปส่งโทรสารที่สำนักงานโทรคมนาคมระหว่างประเทศ) เมื่อเข้ามากรุงเทพฯ ครั้งใด ผมมักแวะไปที่บริติชเคานซิลที่สยามสแควร์ จนทำให้ผมได้รับทุนจากบริติชเคานซิล ไปฝึกอบรบหลักสูตรระยะสั้นทางด้านจิตเวชศาสตร์ 2 ครั้ง และผมมักติดตามหาข้อมูลของการประชุมในต่างประเทศจากวารสารต่าง ๆ อยู่เสมอ จากนั้นจะเขียนจดหมายภาษาอังกฤษไปขอทุนสนับสนุนจากผู้จัดการประชุม บางครั้งเห็นหัวข้อในการประชุมที่ยังหาวิทยากรไม่ได้ โดยใน announcement ใช้คำย่อว่า TBA ซึ่งหมายถึง to be announced ผมจะเขียนจดหมายพร้อมแนบ abstract ที่เกี่ยวกับหัวข้อ symposium นั้นแนบไปด้วย เมื่อส่งจดหมายลงทะเบียนไปแล้วก็นั่งรอ และคอยแวะไปดูดูจดหมายอยู่เรื่อย ๆ ว่าจะมีจดหมายตอบกลับมาหรือไม่ และคอยลุ้นอีกครั้งเมื่อฉีกซองอ่าน

มีอยู่ครั้งหนึ่งที่ดีใจมากที่สุดคือ การได้จดหมายตอบรับจากผู้จัดการประชุมที่สวิตเซอร์แลนด์สนใจใน abstract ที่ส่งไปขอให้ไปเป็น speaker คนหนึ่งใน symposium โดยผู้จัดจะ

รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมด ทั้งค่าตัวเครื่องบิน ค่าลงทะเบียน ค่าโรงแรม แถมยังมีเบี้ยเลี้ยงในระหว่างการประชุมให้อีกต่างหาก

เมื่อได้มีโอกาสไปประชุมในต่างประเทศ ผมพยายามดำเนินรอยตามอาจารย์จิตแพทย์อาวุโส คือ การเผยแพร่ความรู้ที่ได้รับมาให้กับจิตแพทย์ท่านอื่น ๆ โดยในช่วงที่ผมไปฝึกอบรบที่อังกฤษอยู่ 6 เดือนนั้น ผมได้มีโอกาสไปเข้าประชุมระดับโลกทั้งทางด้านจิตเวชศาสตร์ และแพทยศาสตร์ศึกษาอยู่หลายการประชุม ผมจึงได้ทยอยเขียนต้นฉบับด้วยลายมือ (สมัยก่อนยังไม่มียานพิมพ์คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ค) โดยเขียนหลาย ๆ ครั้ง แก่ไขจนพอใจแล้วลงมือเขียนใหม่รอบสุดท้าย แบบคัดลายมือ เขียนแบบวันบรรทัดห่าง เพื่อให้บรรณาธิการแก้ไขง่าย จากนั้นจึงใส่ซองแล้วไปยื่นเข้าคิวที่ไปรษณีย์อังกฤษ เพื่อรอส่งต้นฉบับนั้นมาให้บรรณาธิการแพทยสภาสารบั้ง (บทความเรื่อง การประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งโลก : คำประกาศที่เอเดินเบอร์ระ พ.ศ. 2531) ให้บรรณาธิการวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ บั้ง (หลายบทความ เช่น การประชุมเรื่องโรคแพนิคที่เอเดินเบอร์ระ, การฝึกอบรบหลักสูตรจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่นอตติงแฮม, การประชุมเรื่องจิตเวชศาสตร์ในโลกที่สาม เป็นต้น)

ความยากลำบากในการไขว่คว้าหาทุนสนับสนุนของจิตแพทย์ในต่างจังหวัดที่ผมประสบมา ทำให้ผมเข้าใจในความรู้สึกของน้อง ๆ จิตแพทย์ทุกคนที่อยากไปนำเสนอผลงานทางวิชาการในการประชุมต่างประเทศ แต่ยังหาแหล่งทุนสนับสนุนไม่ได้ เมื่อครั้งที่คุณหมอประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ เขียนจดหมายมาขอทุนสนับสนุนจากทางราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ เพื่อไปเสนอผลงานในการประชุม World Congress of Psychiatry ที่กรุงโคโร เมื่อปี พ.ศ.2548 นั้น ผมจึงได้อภิปรายสนับสนุนอย่างเต็มที่ จนทำให้ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ สมัยนั้น ได้ตั้งคณะทำงานเพื่อร่างประกาศราชวิทยาลัยฯ เรื่องเกณฑ์การพิจารณาให้ทุนสนับสนุนดังกล่าว

เมื่อผมได้รับโอกาสจากสมาชิก เลือกให้มาเป็นนายกสมาคมจิตแพทย์ฯ ในปี พ.ศ.2549 หนึ่งในกิจกรรมเพื่อจิตแพทย์

รุ่นเยาว์ที่สมาคมจิตแพทย์ฯ ได้ดำเนินการ จึงเป็นการจัดให้มีทุนไปฝึกอบรบระยะสั้นทั้งที่มหาวิทยาลัยเมลเบิร์น และที่มหาวิทยาลัยโตรอนโต รวมทั้งทุนสำหรับให้ไปเสนอผลงานทางวิชาการในการประชุมที่ต่างประเทศด้วย โดยทุนต่าง ๆ เหล่านี้ สุดท้ายแล้วไม่ได้ใช้เงินของสมาคมจิตแพทย์ฯ เลย แต่ได้รับความสนับสนุนจากทางภาคเอกชน และจากสถาบันในต่างประเทศ เช่น ที่โตรอนโต เป็นต้น

เมื่อต้องมารับหน้าที่เป็นประธานชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย (TSGN) ผมก็พยายามดำเนินการแบบเดียวกัน แต่ทำได้ยากกว่า เพราะ TSGN ตั้งต้นจากศูนย์และไม่มั่งมีใด ๆ แต่เป็นที่น่ายินดีว่า ต่อมาได้มีภาคเอกชนเห็นความสำคัญในการพัฒนาจิตแพทย์ไทย ให้มีโอกาสไปเสนอผลงานในการประชุมวิชาการด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จึงทำให้มีทุน EGPA ขึ้นเป็นทุนแรกในปี พ.ศ.2553 และต่อมาก็ได้มีทุน GNA สำหรับการประชุมด้านประสาทจิตเวชศาสตร์ขึ้นในปี พ.ศ.2554 และล่าสุดคือทุก TOPAS สำหรับการไปประชุมเรื่องโรคจิตเภท เมื่อนับจนถึงปัจจุบันนี้ทางชมรมฯ ได้มอบทุน EGPA ให้กับจิตแพทย์ไทยไปแล้ว 4 คน และทุน GNA ไปแล้ว 2 คน และในขณะนี้กำลังเปิดรับสมัครทุนดังกล่าว สำหรับการประชุมวิชาการในต่างประเทศของปีหน้าแล้ว คือ ทุน EGPA 2013 จำนวน 2 ทุน เพื่อให้ไปเสนอผลงานในการประชุม

ระดับโลกของ International Psychogeriatric Association (IPA) ที่กรุงโซลและทุน GNA 2013 จำนวน 1 ทุน เพื่อให้ไปเสนอผลงานในการประชุม World Congress of Biological Psychiatry ซึ่งเป็นการประชุมของ WFSBP ที่เมืองเกียวโต ประเทศญี่ปุ่น ล่าสุดคือทุน TOPAS 2013 จำนวน 1 ทุน สำหรับการไปประชุม Asian Congress on Schizophrenia Research ที่บาห์ลี ประเทศอินโดเนเซีย จึงขอเชิญชวนจิตแพทย์ที่สนใจอ่านรายละเอียดประกาศของทุนและ download ใบสมัครได้จาก website ของ TSGN ครับ

TSGN เชื่อมั่นว่า ประสบการณ์ที่จิตแพทย์ไทยได้รับการไปนำเสนอผลงานทางวิชาการในต่างประเทศนั้น ไม่เพียงแต่จะทำให้ต่างประเทศได้รู้จักประเทศไทยมากขึ้นเท่านั้น แต่ยังทำให้จิตแพทย์คนดังกล่าว นำความรู้ที่ได้รับมาเผยแพร่ให้กับจิตแพทย์คนอื่น และนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้สูงอายุ และผู้ป่วยประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย ให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นกว่าเดิม สมดังวิสัยทัศน์ของชมรมฯ ที่ได้ตั้งไว้ และเราเชื่อว่า เขาและเธอเหล่านั้นจะได้ให้ประสบการณ์ และหาทางหยิบยื่นโอกาสให้จิตแพทย์รุ่นน้อง ๆ ได้มีโอกาสเหมือนกับพวกเขาอีกต่อไปในอนาคต เพราะการให้ไม่มีที่สิ้นสุด และการพัฒนาคนคือจุดเริ่มต้นของการพัฒนางานบริการและการวิจัยทางจิตเวชของประเทศไทย



พญ.พาพร เลหาวิรภาพ

ผู้ได้รับทุน EGPA 2012 ขณะนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุม APSC 2012

## สำหรับผู้ที่สนใจอย่าพลาด ! ทุน EGPA และทุน GNA ประจำปี 2013

โดยทุน EGPA จะสนับสนุนการไปเสนอผลงานในการประชุม The 16<sup>th</sup> International Congress of the International Psychogeriatric Association (IPA 2013) ระหว่างวันที่ 1-4 ตุลาคม 2556 ณ กรุงโซล สาธารณรัฐเกาหลี มีให้ 2 ทุน ส่วนทุน GNA เป็นทุนสนับสนุนให้ไปเสนอผลงานในการประชุม The 11<sup>th</sup> World Congress of Biological Psychiatry ณ เมืองเกียวโต ประเทศญี่ปุ่น ระหว่างวันที่ 23-27 มิถุนายน 2556 โดยมีให้ 1 ทุน

## และใหม่ล่าสุด ! คือ ทุน TOPAS ประจำปี 2013 รับสมัครแล้วเช่นกัน !

ทุนนี้สนับสนุนให้ไปเสนอผลงานในการประชุม The 3<sup>rd</sup> Asian Congress on Schizophrenia Research (ACSR 2013) ณ บาห์ลี ประเทศอินโดเนเซีย ระหว่างวันที่ 14-16 กุมภาพันธ์ 2556 โดยมีให้ 1 ทุน เช่นกัน

ทั้ง 3 ทุนนี้ สามารถอ่านเพิ่มเติม และ download ใบสมัครได้ที่เว็บไซต์ของชมรมฯ ที่ [www.psychiatry.or.th/TSGN/](http://www.psychiatry.or.th/TSGN/) ใครสนใจทุนไหนก็เตรียมสมัครได้ก่อนวันหมดเขตรับสมัคร

# โรคจิตในผู้สูงอายุ : อาการและสาเหตุ (Psychosis in the Elderly : Symptoms and Etiology)

พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การเกิดโรคจิต (psychosis) ครั้งแรกในวัยสูงอายุนั้น พบว่ามีความชุกมากขึ้น นอกจากปัจจัยจากอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ภาวะโรคทางกายและการต่อใช้ยาหลายชนิด การเสื่อมของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับ cognition และการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชต่างก็เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคจิต โดยทั่วไปนั้นเราสามารถแบ่งได้เป็น primary cause ได้แก่ โรค schizophrenia , schizoaffective disorder , delusional disorder ส่วน secondary cause คือ มีเหตุจากโรคอื่นที่ทำให้เกิดอาการ psychosis ที่พบบ่อยเช่น delirium , dementia , depression ความสำคัญคือการตรวจพบอาการแสดงของกลุ่มโรคนี้ให้เร็วที่สุด เพื่อการค้นหาคำสาเหตุและนำมาซึ่งการรักษาที่ตรงเหตุ เพราะการที่ผู้สูงอายุมีอาการโรคจิตนั้นจะเกิดผลกระทบต่อสภาพร่างกาย โดยเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและพยาโรศภาพได้อย่างรุนแรง นอกจากนั้นยังเพิ่มความยากลำบากในการรักษา รวมถึงผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาด้วย ในสัปดาห์ที่ตรวจพบนั้นการมีอาการโรคจิตเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาในสถานพยาบาล<sup>1,2</sup>

## Characteristic of symptoms

การแสดงของโรคอาจพบว่ามีอาการก้าวร้าว ภาวะกายใจไม่สงบ มีความยุ่งยากในการที่ครอบครัวจะดูแลได้ตามปกติ ผู้ป่วยอาจไม่ร่วมมือในการกินยาหรือรักษา มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ระแวงคนในครอบครัว เป็นต้น

## Etiology

### 1. Dementia with BPSD

บางครั้งครอบครัวอาจไม่ได้สังเกตว่าผู้สูงอายุในบ้านมีปัญหาหลงลืมอะไร เนื่องจากยังดำรงกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง สิ่งใดที่ทำได้หรือเริ่มปฏิเสธที่จะทำก็อาจอธิบายทั้งจากตัวคนไข้และญาติว่าเป็นเพราะความแก่ จนกระทั่งพบอาการโรคจิต จึงได้ย้อนกลับมาประเมิน cognition ซึ่งมักพบว่าเป็นจากความเสื่อมลงของสมอง ภาวะสมองเสื่อมเองมีหลายสาเหตุ เช่น โรคอัลไซเมอร์ , โรค Dementia of Lewy bodies , โรคหลอดเลือดสมอง และโรคพาร์กินสัน มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์พบว่ามีความชุกของอาการหลงผิดได้ร้อยละ 16-70, อาการประสาทหลอนร้อยละ 4-76 อุบัติการณ์สะสมเพิ่มจากร้อยละ 20 ในปีแรกเป็นร้อยละ 50 ในปีที3 โดยพบอาการโรคจิตมากที่สุดในช่วง moderate severity<sup>3,4</sup>

ลักษณะอาการมักพบอาการประสาทหลอนทางตา (visual hallucination) มากกว่าทางหู (auditory) ส่วนความคิดหลงผิดนั้นมักไม่ซับซ้อน เป็นเรื่องที่ดูเสมือนเกิดขึ้นได้จริงไม่พิสดาร เช่น มีผู้ดูแลหรือลูกสะใภ้คอยจ้องจะขโมยเงิน ผู้ป่วยจึงพยายามเปลี่ยนที่ซ่อนเงินไปทุกวัน, คิดว่าคู่ครองที่อยู่ด้วยกันมานานเริ่มมีความสัมพันธ์ลึกซึ้งกับผู้ดูแลหรือมีคนอื่น หรือคิดว่าตนเองมีอาการปวดหัว ปวดหลัง ท้องผูกเรื้อรัง มีอาการหลงผิดอีกชนิดหนึ่งที่ค่อนข้างจำเพาะกับผู้ป่วยสมองเสื่อมคือ misidentifying delusion แบ่งได้เป็น 4 ลักษณะคือ 1. The Capgras type หลงผิดคิดว่าคนคุ้นเคยเช่นภรรยา ผู้ดูแล ถูกแทนที่ด้วยคนแปลกหน้า 2. The phantom boarder symptom หลงผิดคิดว่าคนแปลกหน้าหรือแขกที่มานั้นอาศัยอยู่ในบ้านของตัวเอง 3. The mirror sign คือคิดว่าภาพตัวเองในกระจกนั้นเป็นคนอื่น 4. The TV sign คิดว่าเรื่องราวในทีวีเป็นเรื่องจริง<sup>5</sup>

ส่วนการวินิจฉัยตามเกณฑ์นั้น ผู้ป่วยต้องเข้าเกณฑ์วินิจฉัยของโรคอัลไซเมอร์ร่วมกับมีอาการโรคจิตที่รบกวนชีวิตมานานกว่า 1 เดือน ซึ่งอาจเป็นๆหายๆ และต้องไม่เกิดจากภาวะ delirium , โรคทางกายหรือยาอื่นๆ เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโรคจิตในโรคอัลไซเมอร์นี้นำมาใช้กับโรคสมองเสื่อมอื่นๆได้ แต่

มีความแตกต่างกันบ้างในรายละเอียด เช่น การมี fluctuating of cognition , มีประสาทหลอนทางตา, การเคลื่อนที่แบบโรคพาร์กินสันและลัมบ์ออย อาจมีความไวต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต จะช่วยให้คิดถึงโรค DLB คล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่พบเรื่องการมีภาพหลอนมากกว่าจะพบอาการหลงผิด แต่ปัญหาเกิดจากยารักษาโรคพาร์กินสัน เช่น levodopa, dopamine receptor agonists , amantadine ส่วนผู้ป่วย FTLD มักมีปัญหาด้านการตระหนักรู้ตนและสังคม (personal and self awareness), ชอบใช้ปาก(hyperorality), ทำอะไรวนซ้ำรูปแบบเดิม (stereotyped) ผู้ป่วย FTD นี้ไม่ค่อยจะพบอาการโรคจิตถึงขนาดหูแว่วประสาทหลอนแต่พบความแปลกของพฤติกรรมร่วมกับการไม่สนใจกฎเกณฑ์ หรือกรอบมาตรฐานของสังคม โดยสรุปความแตกต่างของอาการโรคจิตอันเนื่องมาจากโรคสมองเสื่อมนั้นจะมีลักษณะของความหลงผิดเป็นเรื่องราวง่าย ๆ ตรงไปตรงมา ไม่ซับซ้อนซ่อนเงื่อน ผูกปมชวนคิดได้หลายรอบ เหมือนเช่นที่พบในโรคจิตเภท มีภาพหลอนเป็นอาการนำ ไม่เคยมีอาการโรคจิตมาก่อนในชีวิต และอาการเป็นๆ หายๆ ได้โดยไม่ต้องให้ยารักษา

## 2. Delirium

delirium เป็นเรื่องที่พบได้บ่อยและแพทย์มักจะไม่นึกถึง ลักษณะของอาการคือ มี acute global cognitive disturbance ร่วมกับ มี fluctuation โดยพบความชุกมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุและยังพบมากขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัด, ในกลุ่มที่มีระดับของ cognition เดิมเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมอยู่แล้วจะยิ่งเกิดปัญหาได้ง่าย หัวใจสำคัญของ delirium คือ การมี inflammation ไปเพิ่ม permeability ของ blood-brain barrier , การมี chronic stress ซึ่งมีผลต่อ HPA จนมีผลกระทบต่อสารสื่อประสาทอื่นๆ เช่น serotonin, glutamate และสารสื่อประสาทสำคัญที่ไม่สมดุลคือระดับของ cholinergic ลดลง ในขณะที่ ระดับของ dopamine เพิ่มขึ้น อาการที่พบมากที่สุดคือ เห็นภาพหลอนตามมาด้วยอาการหลอนในแบบอื่นๆ โดยพบร่วมได้ร้อยละ 40-67 ส่วนอาการหลงผิดพบได้น้อยกว่าคือ ประมาณร้อยละ 25-50<sup>6</sup> จะเห็นได้ว่า delirium มีความสัมพันธ์กับ dementia กล่าวคือ dementia เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิด delirium และ การเกิด delirium ซ้ำนานๆ ก็เป็นสาเหตุให้ต่อมาเกิด dementia อย่างถาวรขึ้นได้

## Drug – induced delirium

ภาวะ delirium อาจมีสาเหตุมาจากยาได้มากถึงร้อยละ 12-39<sup>7</sup> ในบทความนี้จึงจะขอกล่าวถึงภาวะนี้เพิ่มเติม ซึ่งจะพบมากขึ้นในกลุ่มของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาต่อไปนี้คือ

1. ปัญหาจากเภสัชจลนศาสตร์ เช่น เพิ่ม volume of distribution of lipid-soluble drugs , การลดลงของ liver activity จากการลด blood flow , การทำงานลดลงของเอนไซม์ต่างๆ , มีการขับยาออกทางไตได้น้อยและช้าลงจากการลด renal blood flow, ลดจำนวนของ nephrons และลด creatinine clearance

2. ปัญหาจากการใช้ยาหลายชนิดที่เพิ่มความเสี่ยงให้เกิดภาวะ delirium คือ ใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 9 ชนิด, 12 doses ต่อวัน, มีโรคเรื้อรัง 6 อย่างขึ้นไป, เคยแพ้ยา, น้ำหนักตัวน้อย, creatinine clearance <50mL/min และอายุมากกว่า 85 ปี<sup>8</sup> หรือการใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) พบว่าส่วนมากเกิดจากการที่แพทย์ใช้ยาชนิดหนึ่งเพื่อไปรักษาผลข้างเคียงของยาอีกชนิดหนึ่ง เป็นต้น

ส่วนใหญ่เมื่อเริ่มยาตัวใหม่ต้องมีการเฝ้าระวังภาวะ delirium แต่บางครั้งการใช้ยาตัวเดิมที่ไม่เคยมีปัญหาอะไรกลับเจอปัญหาได้เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บไข้ หรือต้องนอนอยู่ในโรงพยาบาลหรือแก่ขึ้นตามวัย ยาที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษคือ opioids , benzodiazepines , dihydropyridine, calcium channel antagonists , antihistamines<sup>9</sup> เป็นต้น

- Benzodiazepines : เพิ่มความเสี่ยงในกรณีที่ได้เป็น postoperative exposure , ใช้ชนิด long acting , ใช้ dose สูงโดยให้เทียบว่าเท่ากับ dose ของ diazepam ก็ 1 มก./วัน

- Analgesics : ทั้ง pain ที่ไม่รักษาและการใช้ยาลดการปวดต่างก็เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิด delirium ได้ โดย pain เพิ่มความเสี่ยงได้ 9 เท่า ส่วน ยาลดการปวดก็เพิ่มความเสี่ยงได้ 5.4 เท่า มีการศึกษาพบว่ายาอื่นที่เกี่ยวข้องคือ pethidine, dextropropoxyphene , tramadol , codeine และการใช้ยาแบบ intravenous , intramuscular มีความเสี่ยงมากกว่าการใช้ยาชนิดรับประทาน

- Anticholinergics : ยาจิตเวชที่ใช้อยู่เกือบทุกชนิดมีฤทธิ์ anticholinergics มากน้อยต่างกันไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

นั้นไวต่อ anticholinergics เพราะมีการเพิ่ม permeability of blood-brain barrier ซึ่งมีผลเพิ่ม sensitivity ของ cholinergic receptors ยาที่ต้องระวังคือ amitriptyline , atropine , benztropine , chlorpheniramine, hydroxyzine , perphenazine , cetirizine

- Antihistamines : cimetidine
- Anti-Parkinsonian drugs : levodopa , amantadine , bromocriptine , procyclidine
- Anti-arrhythmics : digoxin , propranolol , quinidine , procainamide
- Anticonvulsants : phenytoin, primidone, carbamazepine
- Steroids : prednisolone
- Anti-cancer drugs

### 3. โรคจิตอื่นๆ

โรคจิตเวช ที่ทำให้เกิดอาการโรคจิตได้บ่อยที่สุดโรคหนึ่งคือ โรคซึมเศร้า ซึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วย psychotic depression เมื่อเปรียบเทียบกับ geriatric depression ที่ไม่มีอาการโรคจิตพบว่าการเกิด relapse , recurrence ได้บ่อยและเร็วกว่าถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาจน remissionและยังคงได้รับยารักษาอยู่ก็ตาม นอกจากนั้นโรคซึมเศร้านี้ยังเรื้อรัง รักษาให้ recovery ได้ยากกว่า

อาการของผู้ป่วยมักมาด้วยวิตกกังวลและมีอารมณ์ซึมเศร้าเล็กน้อย แต่เกิดขึ้นค่อนข้างเร็วเป็นวันเป็นสัปดาห์ เมื่ออารมณ์ซึมเศร้าแยลงมากจะเห็นอาการโรคจิต และพบปัญหาเรื่องสมาธิ ความจำ เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน (acute) ระบุขอบเขตเวลาเริ่มต้นของอาการได้ชัดเจน ซึ่งต่างจากผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการโรคจิตตั้งที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เพราะจะเห็นปัญหาของ cognition ชัดเจนก่อนจะมีเรื่องของอารมณ์เป็นระยะๆ ตามมา ลักษณะอาการโรคจิตในกลุ่มของ psychotic depression จะพบอาการหลงผิดแบบ mood-congruent ที่พบบ่อยเช่นรู้สึกผิดเกินความเป็นจริง, สมควรได้รับการลงโทษอันเนื่องจากคิดว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี, คิดว่าตัวเองมีอาการทางกายต่างๆ และมักไม่ค่อยพบเรื่องหูแว่ว ถึงจะมีอาการหูแว่วก็ไม่ชัดเจน บรรยายไม่ค่อยได้ ลักษณะที่ไม่ค่อยพบได้แก่ bizarre behavior หรืออาการ catatonia คือ ปฏิเสธการกินหรืออยู่กับที่นิ่งๆ ตลอดเวลา ไม่ทำกิจวัตรอะไร

### เอกสารอ้างอิง

1. Karim S, Byrne EJ. Treatment of psychosis in elderly people. Br J Psychiatry 2005;11:286-96.
2. Webster J, Grossberg GT. Late-life onset of psychotic symptoms. Am J Geriatr Psychiatry 1998;6:196-202.
3. Bassiony MM, Lyketsos CG. Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: review of the brain decade. Psychosomatics 2003; 44:388-401.
4. Ropacki SA, Jeste DV. Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. Am J Psychiatry 2005;162:2022-30.
5. Karim, S. , Burns, A. The biology of psychosis in old people. J Geriatr Psychiatr Neurology 2003;16:207-12.
6. Jeste DV, Finkel SI. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias: diagnostic criteria for a distinct syndrome. Am J Geriatr Psychiatry 2000;8:29-34.
7. Webster R, Holroyd S . Prevalence of psychotic symptoms in delirium. Psychosomatics 2000;41:519-22.
8. Iglseider B, Dovjak P, Benvenuti-Falger U, et al. Drug-related delirium in elderly patients. Wien Med Wochenschr 2010 ;160:281-5.
9. Catic AG. Identification and management of in-hospital drug-induced delirium in older patients. Drug Aging 2011 : 23:737-48.

ขอเชิญเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการครั้งที่ 1/2556  
ในวันเสาร์ที่ 16 - วันอาทิตย์ที่ 17 กพ. 2556  
เรื่อง Treatment of Neuropsychiatric Disorders  
: Role of Antipsychotics

โดย รศ.ดร.ชญ.จุฑามณี สุทธิศรีสังข์  
รศ.พญ.วรพรรณ เสนาณรงค์  
ผศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวีโร  
พญ.โสฬสพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์

ติดตามรายละเอียดและความคืบหน้าได้จาก website ของ  
ชมรมฯ ที่ <http://www.psychiatry.or.th/TSGN/>

# โรคจิตในผู้สูงอายุ : แนวทางการวินิจฉัยแยกโรค (Psychosis in the Elderly : Differential Diagnosis)

พญ.ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

อาการโรคจิต (psychosis) เป็นอาการทางจิตเวชที่พบได้บ่อยโดยผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่อยู่ในโลกความเป็นจริง ความซุกซนของโรคจิตในผู้สูงอายุในชุมชนพบได้ ประมาณร้อยละ 0.2 - 4.7<sup>1</sup> ส่วนใน nursing home พบได้สูงถึงร้อยละ 10-63<sup>2</sup> อาการโรคจิตในผู้สูงอายุพบได้จากหลายสาเหตุ (ตารางที่ 1) หากอาการโรคจิตเพิ่งเกิดขึ้นไม่นานนัก (acute onset) มักพบในภาวะ delirium จากโรคทางกาย การใช้สารเสพติด ส่วนอาการโรคจิตที่เป็นมานานแล้วอาจพบใน functional psychosis, โรคทางระบบประสาท ดังนั้นการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางระบบประสาทและการตรวจสภาพจิตอย่างละเอียด จึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้การวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรคจิตในผู้สูงอายุได้อย่างแม่นยำ ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการโรคจิตมีได้หลายประการ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2 และมีแนวทางในการวินิจฉัยแยกโรคจิตแสดงไว้ในแผนภูมิหน้า 9

## ตารางที่ 1 แสดงการวินิจฉัยแยกโรคอาการโรคจิตในผู้สูงอายุ

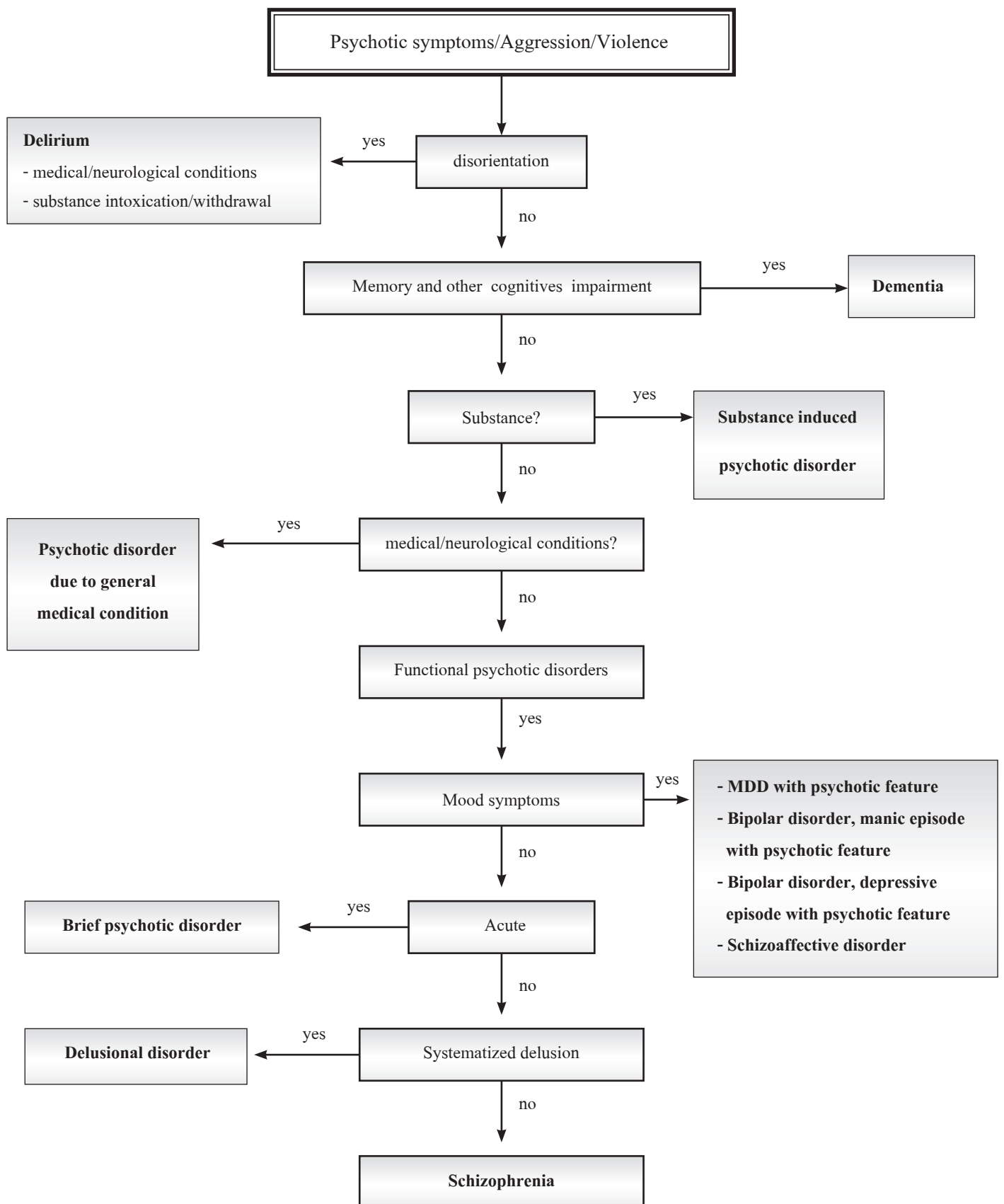
- Dementia
- Delirium
- Depression
- Mania
- Delusional disorder
- Schizophrenia:
  - *early onset schizophrenia*
  - *late onset schizophrenia*
- Substance induced
- Medical and other neurological conditions

## ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่ส่งผล (contributing factors) ให้ผู้สูงอายุมีอาการโรคจิต

- Age-related deterioration of frontal and temporal cortices
- Neurochemical changes associated with aging
- Social isolation
- Sensory deficits
- Cognitive decline
- Age-related pharmacokinetic and pharmacodynamic changes
- Polypharmacy



แผนภูมิแสดงแนวทางการวินิจฉัยแยกโรคจิตในผู้สูงอายุ



# ภาวะซึมเศร้าในโรคพาร์กินสัน ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาในระยะเฉียบพลัน : อาการที่ดีขึ้นและอาการที่หลงเหลือ\*

พญ. กนกวรรณ โมสิกันนท์ \*\*

## บทนำ :

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยมากกว่าหนึ่งในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (depression in PD, dPD) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความจำและสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วย อาการที่หลงเหลือนี้อาจสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ การทำงานที่แย่ลง โรคร่วมทางกาย อัตราการตายและอัตราการฆ่าตัวตาย ในการศึกษาของ NIH ด้วยวิธี random, double blind และ placebo controlled ในการรักษาด้วยยา nortriptyline และ paroxetine ปรากฏว่า nortriptyline มีประสิทธิภาพดีกว่า placebo ในระยะ 8 สัปดาห์ของการรักษา การใช้ยาในระยะสั้นช่วยให้ภาวะซึมเศร้าและอาการที่หลงเหลือดีขึ้น ซึ่งจุดประสงค์ของงานวิจัยนี้คือเพื่อศึกษาถึงอาการซึมเศร้าเบื้องต้นที่พบในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน อาการเฉพาะของ dPD ที่มีอาการดีขึ้นด้วยยาในการรักษาในระยะสั้น และอาการที่ยังหลงเหลืออยู่ในผู้ป่วย

**วิธีการ :** ผู้ป่วยจาก Movement Disorders Clinic ของ Robert Wood Johnson Medical School ที่นำมาศึกษา จะมี inclusion และ exclusion criteria ดังนี้

Inclusion criteria : 1. เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น depression หรือ dysthymia ตาม SCID for DSM-IV 3. อายุ 35-80 ปี

Exclusion criteria : 1. มีความบกพร่องด้านความจำเมื่อวัดด้วย MMSE18 โดยมีคะแนน < 26 2. มีช่วง “off” time ของโรคพาร์กินสันมากกว่าร้อยละ 50 ของวัน 3. มีโรคอื่นเป็นภาวะโรคร่วมใน Axis I ของ DSM-IV (ยกเว้น anxiety disorders) 4. รักษาด้วยยาแก้อาการซึมเศร้าในขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสมแล้ว แต่ไม่ได้ผลมากกว่า 2 ครั้ง

จากเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 52 คน (ชาย 27 คน, หญิง 25 คน) ที่เข้าตามเกณฑ์ สำหรับตัววัดประเมินเบื้องต้นและในสัปดาห์ที่ 8 ได้แก่ depression,

anxiety, sleep, Parkinson’s disease questionnaire, motor functioning, cognition โดยคะแนนจาก HAM-D-17 ได้แก่ หมวด core mood, anxiety, insomnia, somatic ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ก่อนถูกคัดเลือกมาเข้าโครงการวิจัย ผู้ป่วยจะได้รับการชักประวัติโรคทางกายและทางจิตเวชโดยละเอียด ประเมิน motor functioning ภาวะซึมเศร้า ภาวะกังวล การนอนหลับ คุณภาพชีวิตและความจำ ผู้ป่วยจะถูกสุ่มให้ได้รับยา nortriptyline 25 - 75 มก. หรือ paroxetine CR 12.5-37.5 มก. หรือ placebo 1 - 3 เม็ด โดยกินเฉพาะมื้อเย็น วันละ 1 ครั้ง และประเมินแต่ละกลุ่มโดยวิธี blind สุดท้ายจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 พวก คือพวกที่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งจะมีทั้งกลุ่มที่ response คือมีคะแนน HAM-D-17 ลดลงจากเดิมร้อยละ 50 กับกลุ่มที่ remission โดยมีค่า HAM-D-17 น้อยกว่า 8 คะแนน ส่วนอีกพวกหนึ่งคือพวกที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (non responder)

\* สรุปรายบทความ Dobkin RD, Menza M, Bienfait KL, Gara M, Marin H, Mark MH, et al. Depression in Parkinson’s disease: symptom improvement and residual symptom following acute pharmacological management. Am J Geriatr Psychiatry 2011 ; 19(3):2222-9.

\*\* แพทย์ใช้ทุนชั้นปีที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
นำเสนอในที่ประชุมวารสารสโมสร (Journal Club) ของภาควิชา

พบว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ responder 16 คน (3 คน รับประทาน paroxetine, 9 คนรับประทาน nortriptyline และ 4 คน รับประทาน placebo) ที่เหลืออยู่ในกลุ่ม non responder ซึ่งมี 36 คน (15 คนรับประทาน paroxetine, 8 คนรับประทาน nortriptyline และ 13 คนรับประทาน placebo) ประมวลผลโดย SAS version 9.1 วัดความแตกต่างของอาการซึมเศร้าเทียบก่อนและหลังได้ยา เปรียบเทียบกลุ่ม responder กับ non responder โดยใช้ t-test, Cochran-Armitage test

**ผล :** พบว่ามีผู้ป่วยเป็น MDD 48 ราย โดย 10 รายป่วยเป็น episode เดียว อีก 38 รายเป็น recurrent episode, มีผู้ป่วยเป็น dysthymia 2 ราย และมีผู้ป่วยอีก 2 รายที่ป่วยเป็นทั้ง MDD และ dysthymia สำหรับภาวะโรคร่วมนั้นพบว่าผู้ป่วย 34 ราย มี comorbid anxiety disorders ( 15 รายเป็น GAD, 10 รายเป็น anxiety disorders NOS, 7 รายเป็น social phobia, 2 รายเป็น specific phobia) ส่วนยาที่ได้รับนั้น มี 35 รายที่ได้ยา carbidopa/levodopa, 34 รายได้ยาแก้อาการซึมเศร้ามาก่อน , 34 รายได้ยา dopamine agonist, 13 รายได้ยา sedative-hypnotics มาก่อน , 8 รายได้ยา COMT inhibitor เมื่อถึงช่วงเวลาที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันพบว่าโดยเฉลี่ยป่วยมา 6.6 ปีและส่วนใหญ่เป็น stage II , อายุเฉลี่ยที่เริ่มเกิดโรค 56 ปี, อายุเฉลี่ยคือ 62.2 ปี, คะแนนเฉลี่ย HAM-D-17 = 19.81 คะแนน

ขนาดยาโดยเฉลี่ย ได้แก่ paroxetine CR 28.4 มก , nortriptyline 48.5 มก และ placebo 3 เม็ด อาการซึมเศร้าเบื้องต้นไม่สัมพันธ์กับ ระยะเวลา, stage, baseline UPDRS motor score, เพศ, อายุ, อายุที่เริ่มเป็นโรค, การใช้ยาอื่นๆ และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของ HAM-D subscale ของทั้งสองกลุ่ม

ในกลุ่ม responder พบว่ามีอาการดีขึ้นในส่วน core mood, anxiety, insomnia, somatic anxiety อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) เมื่อเทียบกับ non responder ส่วนอาการที่ลดลง พบว่า ระดับของ depressed mood, loss of interest, psychic anxiety และ low energy ยังมีต่อเนื่องเกินร้อยละ 50 ในกลุ่ม responder แต่มีความรุนแรงลดลงเมื่อเทียบในสัปดาห์ที่ 8 กับสัปดาห์ที่ 0 โดยพบว่าคะแนนในข้อ depressed mood, guilt, middle insomnia, late insomnia, interest, somatic anxiety, และ energy ในกลุ่ม

responder นั้นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) และมีเพียงความคิดฆ่าตัวตายเท่านั้นที่ไม่พบเลยถึงร้อยละ 100 ในกลุ่ม responder

**วิจารณ์ :** การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาถึงอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ตอบสนองดีต่อยาแก้อาการซึมเศร้า และยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ภายหลังจากได้รับยา โดยพบ somatic symptoms, anxiety, fatigue และ sleep disturbance ค่อนข้างสูง รวมถึง depressed mood และ loss of interest ด้วย และพบ anxiety disorders เป็นภาวะโรคร่วมถึงร้อยละ 65

ในกลุ่ม responder พบว่า มีอาการดีขึ้นในแง่ของ depressed mood, middle insomnia, loss of interest, และ somatic anxiety เกินร้อยละ 50 และพบว่าการใช้ยาแก้อาการซึมเศร้ามีผลต่ออาการต่างๆในภาวะซึมเศร้า แต่ไม่สัมพันธ์กับ motor functioning ของโรคพาร์กินสันแต่อย่างใด

อาการที่หลงเหลือโดยส่วนใหญ่ในกลุ่ม responder ช่วงสัปดาห์ที่ 8 ได้แก่ depressed mood, loss of interest, psychic anxiety, low energy ข้อมูลนี้ตรงกับการศึกษาอื่นที่พบ low mood, anxiety, loss of interest, fatigue, insomnia แม้จะรักษาภาวะซึมเศร้าได้ประสบความสำเร็จก็ตาม

คณะผู้วิจัยเห็นว่าความชุกที่มากของอาการหลงเหลืออยู่ในภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันนั้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะมีภาวะโรคร่วมที่เป็นโรคจิตกังวลและโรคทางกายร่วมด้วย และอาจเป็นไปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทโดยธรรมชาติทั้งในโรคพาร์กินสันและอายุ อาจทำให้มีอาการประสิทธิภาพน้อยลงกว่าที่ควรจะเป็น หรืออาการที่หลงเหลืออยู่นั้นอาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลาของภาวะซึมเศร้าที่พบในกลุ่มตัวอย่างนี้

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ก็มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและเป็นการรักษาในระยะเวลานั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเรื้อรังในระดับน้อยและปานกลาง จึงอาจยังไม่ได้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือป่วยในช่วงแรก ดังนั้นจึงควรจะมีการศึกษาอื่นเพิ่มเติมในอนาคตโดยควรวิจัยในกลุ่มประชากรที่ใหญ่และหลากหลายมากขึ้น ใช้ระยะเวลาที่รักษานานขึ้น และขยายผลการรักษาในแง่มุมมองอื่นเพิ่มเติมต่อไป



ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย  
ร่วมกับ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ขอเชิญสมาชิกชมรมฯ และแพทย์ผู้สนใจ เข้าร่วมประชุมวิชาการเรื่อง  
**“ประสาทจิตเวชศาสตร์ขอโรคลมชัก : ความรู้ทันยุค 2556”**  
**(Neuropsychiatry of Epilepsy : Update 2013)**



วันพฤหัสบดีที่ 28 มีนาคม 2556

ณ โรงแรมแกรนด์ไฮแอทเอราตัน สุขุมวิท กรุงเทพมหานคร

- 08.00 - 08.30 น. ลงทะเบียน  
08.30 - 08.40 น. Opening Remarks  
08.40 - 09.15 น. Epilepsy in Thailand : An Overview  
09.15 - 10.00 น. Neuropsychologic Effects of Seizures  
10.00 - 10.15 น. พักรับประทานอาหารว่าง  
10.15 - 11.15 น. Treatment of Epilepsy : Mission Made Possible by Neurologists, Neurosurgeons and Psychiatrists  
11.15 - 12.00 น. Memory Impairment and its Cognitive Contexts in Epilepsy  
12.00 - 12.45 น. Epilepsy and Psychosis  
12.45 - 13.30 น. Epilepsy and Mood  
13.30 - 14.15 น. Antiepileptic Drugs and Effect on Neuropsychiatric Symptoms  
14.15 - 14.30 น. General Assembly Meeting และการมอบรางวัล GNA 2013  
14.30 - 14.45 น. พักรับประทานอาหารว่าง  
14.45 - 15.30 น. Personality Disorders in Epileptic Patients  
15.30 - 16.30 น. Academic Achievement, Social Competence and Quality of Life in Epileptic Patients

(บริการอาหารกลางวัน และของหวานพร้อมชา/กาแฟช่วง 11.45 - 13.00 น.)

พบกับวิทยากรทั้งจิตแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท ศัลยแพทย์ระบบประสาทและกุมารแพทย์จากหลากหลายสถาบัน อาทิ เช่น นพ.สมชาย ไตรวัฒน์บุตร, นพ.นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, รศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า, นพ.ธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, พญ.สุรางค์ เลิศชาธาร, ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, รศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์, รศ.พญ.ฉันทิชา พิทยานานนท์, รศ.นพ.คณิตพงษ์ ปราบพาล, รศ.พญ.บุรณี กาญจนถวัลย์, พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัฐชีโรจน์, นพ.ชัยภัทร ชุณหรัศม์, พญ.กาญจนา อึ้งวงศ์

สมัครลงทะเบียนภายในวันที่ 31 มกราคม 2556 เฉพาะสมาชิก TSGN คนละ 1600 บาท (ไม่ใช่สมาชิกคนละ 2,000 บาท) ติดตามรายละเอียดเพิ่มเติม รวมทั้งการลงทะเบียนได้ที่ [www.psychiatry.or.th/TSGN/](http://www.psychiatry.or.th/TSGN/)

# อาการโรคจิตในโรคพาร์กินสัน\*

## (Psychosis in Parkinson's Disease)



\* เรียบเรียงโดย นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ  
(โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ)  
และ พญ.ญดา พงษ์กาญจนะ (สถาบันประสาทวิทยา)  
โดยการสรุปบางส่วนจากการบรรยายของ ศ.นพ. กัมมันต์ พันธุมจินดา  
ในการประชุมวิชาการ “Neuropsychiatry of Parkinson's Disease: Update 2012”  
เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2555 ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาการโรคจิตเป็นอาการที่พบได้บ่อยในโรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease, PD) โดยพบได้ทั่วร้อยละ 10-40 ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา แต่ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยากลับพบความชุกได้น้อยกว่า โดย psychosis ถือเป็นอาการที่มีความสำคัญ เนื่องจากพบว่า การมีอาการ psychosis ที่เป็นอยู่นาน มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ functional impairment, caregiver burden และการเข้าไประงับในสถานพยาบาล

### ปัจจัยเสี่ยง

พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ การมีภาวะสมองเสื่อม (dementia) ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะ delirium การได้รับยารักษา PD และการมีปัญหาเรื่องการนอน (sleep disorders)

### ลักษณะอาการ

สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่

#### 1. Benign hallucinosis

คืออาการที่ผู้ป่วยมีแต่ hallucination เพียงอย่างเดียว โดยที่ส่วนใหญ่มักจะเป็น visual hallucination โดยที่ auditory hallucination หรือ hallucination แบบอื่น ๆ ก็อาจเป็นได้แต่พบได้ไม่บ่อย ส่วนใหญ่ visual hallucination

ที่พบมักจะเห็นภาพเป็นสัตว์หรือคน ผู้ป่วยที่มี hallucination ในลักษณะนี้มักจะมี insight ที่ดีอยู่ และอาการ hallucination นี้มักไม่ก่อให้เกิดปัญหา และอาจไม่จำเป็นต้องให้การรักษา

#### 2. Complex psychotic symptoms

คืออาการที่ผู้ป่วยมีทั้ง hallucination และ systematized delusion (ส่วนใหญ่เป็น persecutory delusion) ลักษณะอาการของ delusion ที่พบบ่อยได้แก่ เชื่อว่ามีคนจะทำร้าย มีขโมยมาขโมยของในบ้าน มีคนในโทรศัพท์สนทนาอยู่ในห้อง หรือคิดว่าคู่ของตัวเองนอกใจ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยที่มีอาการลักษณะนี้มักจะไม่ค่อยมี insight ซึ่งอาการ psychosis นี้มักจะทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัว หรือทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรม ทำให้ส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

## Pathophysiology

การเกิด psychosis ใน PD มักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยปัจจัยที่สำคัญได้แก่ การได้รับยา PD (หรือยาอื่น ๆ ที่มีผล) จาก pathology ของโรค PD เอง ความผิดปกติของ REM sleep และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น cognitive impairment หรือ ปัญหาเรื่องสายตา

ยารักษา PD ที่พบว่าอาจจะทำให้เกิดอาการ psychosis ได้แก่ L-dopa, dopamine agonist, monoamine oxidase inhibitors (MAOI), anticholinergic และ amantadine ซึ่งจากการศึกษาพบว่ายาในกลุ่ม dopamine agonist ทำให้เกิดอาการ psychosis ได้บ่อยกว่ายาในกลุ่ม L-dopa

## การประเมินผู้ป่วย

การวินิจฉัยภาวะ psychosis ใน PD นั้นทำได้จากการสัมภาษณ์เป็นหลัก ในแง่ของเครื่องมือวัดพบว่าแบบประเมิน Neuropsychiatric Inventory (NPI) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ยอมรับใช้ทั้งในด้านระบาดวิทยาและการรักษา

นอกจากนี้ การประเมินยังต้องประเมินในเรื่องของยาอื่น ๆ ที่อาจจะทำให้เกิดอาการ psychosis, delirium หรือมีผลทำให้ cognition แย่ลง โดยอาจพิจารณาหยุดยาที่ไม่จำเป็น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการดังกล่าวข้างต้น

## การรักษา

การรักษา psychosis ใน PD ถือเป็นสิ่งที่ท้าทาย เพราะการรักษาอาการด้านการเคลื่อนไหวด้วยยาในกลุ่ม dopaminergic agents มักจะทำให้อาการ psychosis เป็นมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันการให้ยารักษาโรคจิต (antipsychotic drug)

ก็มักทำให้อาการด้านการเคลื่อนไหวแย่ลง ดังนั้นแพทย์จึงจำเป็นต้องพิจารณาและทบทวนเรื่องของ risk-benefit ratio ของยา PD ให้ดี โดยให้พิจารณาผลของยา PD แต่ต้องไม่ทำให้อาการด้านการเคลื่อนไหวแย่ลง จนผู้ป่วยทนไม่ได้ ยาที่ควรลดขอแนะนำให้พิจารณาเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้ 1) Dopamine agonist 2) Anticholinergics 3) Amantadine และ 4) MAOI โดยควรลด L-dopa เฉพาะเมื่อการรักษาวิธีอื่น ๆ ไม่ได้ผลแล้วเท่านั้น

การให้ antipsychotic drug ควรให้เฉพาะเมื่ออาการ psychosis นั้นก่อให้เกิดปัญหาและเป็นอยู่นานเท่านั้น โดยทั่วไปแล้วยาในกลุ่ม conventional antipsychotic นั้นไม่แนะนำให้ใช้ เนื่องจากพบว่า ยาทำให้อาการของ PD แย่ลงอย่างมาก จากการศึกษพบว่า antipsychotic drug ที่มีหลักฐานอย่างชัดเจนว่ามีประสิทธิภาพมีเพียงตัวเดียวคือ clozapine โดยสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย แต่ในทางปฏิบัติกลับไม่เป็นที่นิยมมากนัก เนื่องจากจำเป็นต้องเจาะเลือดเพื่อตรวจ CBC เป็นประจำ ทำให้ในปัจจุบันยา quetiapine เป็นที่นิยมใช้ แม้ว่าหลักฐานการศึกษาในเรื่องของประสิทธิภาพยังไม่ชัดเจนเพียงพอก็ตาม โดยขนาดยาเริ่มต้นคือ 12.5-25 มก./วัน ขนาดยาในระยะ maintenance ประมาณ 75 มก./วัน (ใช้ได้ระหว่าง 25-300 มก./วัน)

นอกจากยาในกลุ่ม antipsychotic แล้วพบว่ายาในกลุ่ม cholinesterase inhibitors อาจจะช่วยลดอาการ psychosis ใน PD ได้ และมีประโยชน์ในด้าน cognition สำหรับผู้ป่วย PD psychosis ที่มีปัญหา cognitive impairment หรือ dementia ด้วย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันถือว่ายาในกลุ่ม cholinesterase inhibitors ยังไม่ใช่เป็น first-line drugs ในการรักษาผู้ป่วย

ขอเชิญเข้าร่วม TSGN Symposium

ในการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 40

ของราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ สมาคมจิตแพทย์ฯ และกรมสุขภาพจิต

หัวข้อ “What’s New in Geriatric Psychiatry : Update 2012”

โดย พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัตน์โรจน์, พศ.อุว.สุวิทย์ เจริญศักดิ์,

และ รศ.พญ.นุททีย์ วงศ์ปการันย์

ในวันพุธ ที่ 21 พฤศจิกายน 2555 เวลา 14.00-15.15 น.

ณ ห้องปาริชาติ โรงแรมโกลدنทิวลิป ซอฟฟอรีน กรุงเทพฯ

และจะมีการประชุมใหญ่สามัญประจำปีของชมรมฯ ภายหลังการบรรยายของวิทยากรด้วย

# ภาพกิจกรรมทางวิชาการประจำปี 2555

การอบรมวิชาการเรื่อง “Neuropsychiatry of Parkinson’s Diseases : Update 2012”  
วันที่ 27-28 มีนาคม 2555 ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
โดยมี รศ. นพ.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ ร่วมเป็นวิทยากรด้วย



กิจกรรมทางวิชาการครั้งที่ 21 (2/2555) เรื่อง “Vascular Dementia: Big Effects of Small Lesions” วันที่ 23-24 มิถุนายน 2555 ณ โรงแรม Springfield@Sea โดยมี นพ.ยุทธชัย ลิขิตเจริญ, พญ.โสฬสพัทธ์ เหมรัฐชโรจน์, นพ.เจษฎา อุดมมงคล เป็นวิทยากร และปิดท้าย case discussion โดย ศ.นพ.กัมมันต์ พันธุมจินดา



Prof. Michael Maes  
มาพบปะกับคณะกรรมการ TSGN  
และร่วมให้ข้อคิดเห็นในการดำเนินงาน  
ด้าน biological psychiatry  
เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2555  
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

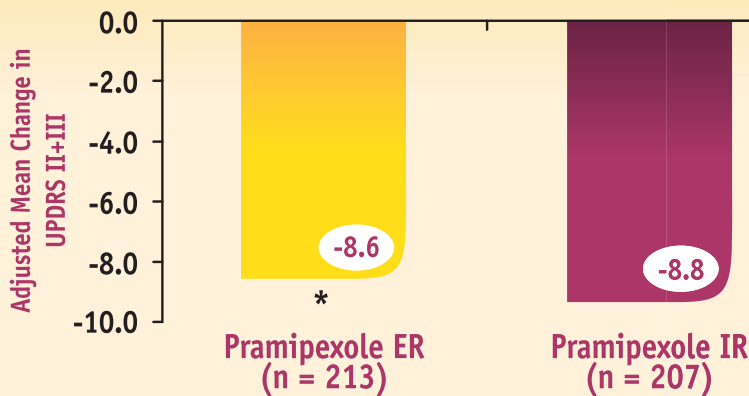


Once daily  
**Sifrol<sup>®</sup> ER**  
A whole day in one dose  
pramipexole

# Once Daily Sifrol ER Enhances patients functioning in EARLY PD

Similar efficacy  
to Sifrol IR

## Pramipexole Extended Release in Early PD at week 33



FAS = Full Analysis Set  
LOCF = Last Observation Carrier Forward  
UPDRS = Unified Parkinson's Disease Rating Scale  
Part II = Activities of daily living  
Part III = Motor

References

- Poewe W, et al. Pramipexole Extended-release is effective in early Parkinson's disease. Poster, Movement Disorder Society 13th International Congress, Paris, France, June 7-11, 2009, We-185.
- Chwiduk CM & Curran MP. Pramipexole Extended Release in Parkinson's Disease. CNS Drugs 2010; 24 (4): 327-336

Further information is available on request form:

Boehringer Ingelheim (Thai) Ltd.  
2922/207-8 Charn Issara Tower II, 12th Fl.,  
New Petchburi Rd., Hueaykwang, BKK 10320  
Phone (02) 308-8500 Fax (02) 308-2117

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

11-SFER-PM02 valid until April 2016



เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล  
แพทย์ควรติดตามผลการรักษา



**Boehringer  
Ingelheim**

For medical professional only  
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ร.ศ. 437/2554