กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

LONG ACTING

# แนวทาง
## การใช้ยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว
## ในผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง

**นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง**
สำนักวิชาการสุขภาพจิต

**ชื่อหนังสือ** : **แนวทางการใช้ยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว ในผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง**

**บรรณาธิการ** : นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง

**ปีงบประมาณ** : 2566

**จัดพิมพ์โดย** : สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัด นนทบุรี

# คำนำ

การรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิต (psychosis) มีความสำคัญ การได้รับการรักษาต่อเนื่องจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยรวมทั้งความผาสุกของครอบครัวและชุมชน

อย่างไรก็ตามด้วยธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความตระหนักรู้ไม่เพียงพอทำให้เป็นปัจจัยไปสู่การรักษาและการได้ยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การกำเริบของอาการ การนอนโรงพยาบาล รวมทั้งความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมความรุนแรงเป็นที่ยอมรับว่าการใช้ยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว [Long Acting Injectable antipsychotics] เป็นวิธีการสำคัญอย่างหนึ่งในการสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

กรมสุขภาพจิต โดยสำนักวิชาการสุขภาพจิตจึงได้จัดทำแนวทางการใช้ยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาวขึ้น เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใช้เป็นแนวทางการใช้ยา

ต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว ให้กับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตในพื้นที่ของตน

ทั้งนี้คณะผู้จัดทำได้เพิ่มเติมการใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นเทคนิคการสนทนาที่ช่วยสร้างสัมพันธภาพ เพิ่มแรงจูงใจในการรักษา เพื่อสนับสนุนความร่วมมือในการใช้ยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว อีกทางหนึ่งด้วย หวังว่าแนวทางการใช้ยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาวเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตต่อไป

## นิยามศัพท์

**ผู้ป่วยโรคจิต** ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วม เช่น Schizoaffective disorder

**โรคจิตเภท (Schizophrenia)** คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของความคิด ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตัวเอง

**ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง** เป็นผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

- มีระยะการดำเนินโรคมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี
- หรือผู้ป่วยที่รักษาอยู่โรงพยาบาลนาน 6 เดือน 1 ครั้งในรอบ 5 ปี
- หรือเข้ารักษาเข้าในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง ในรอบ 1 ปี รวมทั้งมีข้อจำกัดหรือขาดความสามารถในบทบาท (Disability) พื้นฐานชีวิตประจำวัน

# สารบัญ


| | |
|---|---|
| แนวทางการใช้ยาฉีดระยะยาวในผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง | 1 |
| การใช้ยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว [Long Acting Injectable antipsychotics] | 3 |
| กลุ่มเป้าหมายและข้อบ่งชี้ | 5 |
| การสนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับการรับยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว | 6 |
| พื้นฐานและหลักการสำคัญของเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ | 8 |
| แนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อสนับสนุนการใช้ยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว | 11 |
| อ้างอิง | 16 |
| ภาคผนวก | 19 |

# แนวทางการใช้ยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว ในผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง

## ความเป็นมา

### ธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการเรื้อรัง รวมทั้งมักขาดความต่อเนื่องในการรักษา ดังเช่น พบในรายงานว่าประมาณ 40% ของผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถรับประทานยารักษาโรคจิตได้อย่างต่อเนื่องในเวลาใดก็ตาม โดยเฉพาะในระยะช่วง 1 ปีการรักษา และในระยะยาว พบว่ามีปัญหาการเกาะติดการรักษาถึง 61 เปอร์เซ็นต์ สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการรักษา การกลับเป็นซ้ำที่เพิ่มบ่อยขึ้น การนอนโรงพยาบาลที่มากกว่าในกลุ่มที่เกาะติดการรักษาดี การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยและไม่ใช่คนผิวขาวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าใช้สารเสพติดมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช หรือได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตรุ่นที่หนึ่ง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ (Valenstein Metal, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาในไทยที่พบพฤติกรรมการได้รับยาไม่สม่ำเสมอประมาณ 61 เปอร์เซ็นต์

(รูปแบบการสั่งใช้ยาต้านโรคจิตรูปแบบฉีดออกฤทธิ์นานในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง (เรวดี, 2561)

ผลของการติดตามการรักษาไม่ดีมีหลายประการ เช่น ป่วยซ้ำ นอนโรงพยาบาล พฤติกรรมความรุนแรง การสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ

การศึกษาหลายชิ้นระบุผลกระทบจากการรักษา การได้รับยาต้านโรคจิตไม่สม่ำเสมอ ว่าส่งผลต่อโรคคือการป่วยซ้ำ การนอนโรงพยาบาล ความรุนแรงของอาการยังกระทบต่อการดำเนินชีวิต การเรียน การทำงานซึ่งตามมาด้วยการเสียการเรียน การสูญเสียรายได้ในการประกอบอาชีพ (Christy L M Hui et. al, 2018) พบว่าผลการวิจัย ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดีใน 10 ปีเกิดขึ้นใน 35 ราย (39%) ของผู้ป่วย 89 รายในกลุ่มที่หยุดการรักษา และ 19 ราย (21%) ของผู้ป่วย 89 รายในกลุ่มการรักษาต่อเนื่อง (อัตราส่วนความเสี่ยง 1.84, 95% CI 1.15 – 2.96; p=0.012) การฆ่าตัวตายเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงเพียงสิ่งเดียวที่เกิดขึ้นในระยะติดตามผล (ผู้ป่วย [4%] สี่รายในกลุ่มที่หยุดยาก่อนกำหนดเทียบกับสอง [2%] ในกลุ่มรับยาต่อเนื่อง)

## การใช้ยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว

**[Long Acting Injectable antipsychotics]**

ด้วยเหตุผลข้างต้นทำให้มีการพัฒนารูปแบบการใช้ยารักษาอาการของโรคจิตที่มีความสม่ำเสมอ มีระดับยาที่เชื่อถือได้ออกมาในรูปแบบของยาฉีดระยะยาว ด้วยการใช้ยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาวนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดทุก 4 สัปดาห์ (โดยอาจใช้ร่วมกับยากิน) มีระดับยาในร่างกายในระดับที่คงที่อย่างสม่ำเสมอทำให้สามารถควบคุมอาการตลอดจนฟื้นฟูความสามารถจนกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ

ชนิดของยาต้านโรคจิตแบบฉีดระยะยาว อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ

1. **First generation** ได้แก่ ยา Fluphenazine decanoate 25–50 mg/ml ทุก 2–4 สัปดาห์, flupentixol decanoate 20–40 mg/ml ทุก 2–4 สัปดาห์ และ Haloperidol decanoate 50 – 100 mg/ml ทุก 2– 4 สัปดาห์ โดยเป็นการฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขนหรือกล้ามเนื้อก้น
2. **Second generation** ได้แก่ paliperidone, aripiprazole, olanzapine, and risperidone.

3. การศึกษาส่วนใหญ่สอดคล้องในทิศทางที่ว่า การให้ยาฉีดระยะยาวมีประโยชน์อย่างยิ่งในการรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท และแม้ว่าอาจเกิดผลข้างเคียงได้เช่นเดียวกับยากิน แต่ความชุกของอาการดังกล่าวก็ไม่ได้มากไปกว่ายากิน นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอว่านอกเหนือจากการใช้ในผู้ป่วยเรื้อรังแล้ว ก็อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่ป่วยมาได้ไม่นานแม้กระทั้งป่วยเป็น ครั้งแรก (Stahl SM, 2014)

ข้อถกเถียงมีอยู่บ้างในการเลือกใช้ กลุ่ม First generation หรือ Second generation ซึ่งอาจไม่แตกต่างกันในแง่ประสิทธิภาพ แต่อาจแตกต่างกันในเรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยาโดยพบว่ายาฉีดในกลุ่ม Second generation อาจมีอุบัติการณ์ของอาการแทรกซ้อน ได้แก่ extrapyramidal effects อาการง่วงซึม และความบกพร่องทางเพศ (sexual dysfunction) น้อยกว่า (Nicola Poloni et al, 2019)

ประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งคือเรื่องของข้อบ่งชี้ในการใช้ ในอดีตนั้นการใช้ยาฉีดระยะยาวมักจำกัดอยู่กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีประวัติการกินยาไม่สม่ำเสมอแต่ปัจจุบันนั้นบ่งชี้ไปในมุมที่กว้างขวางกว่าเดิมโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยที่ป่วยมาไม่นานแม้กระทั่งเป็นกลุ่มที่ป่วยครั้งแรก (John M, 2021)

## กลุ่มเป้าหมายและข้อบ่งชี้

ข้อบ่งชี้ทั่วไป

1. การป่วยด้วยโรคจิตเภท [Schizophrenia] และโรคจิตเรื้อรังชนิดอื่นๆ ได้แก่ โรค Schizoaffective disorder และโรคหลงผิด [Delusional disorder] (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) (นันทวัช สิทธิรักษ์และคณะ, 2558) เป็นต้น

2. ผู้ป่วยที่มีประวัติการกินยาที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่พบแพทย์ตามนัดหมาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือ มีอาการกำเริบบ่อย เช่นนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ปีละ 2 ครั้งขึ้นไป

3. ผู้ป่วยที่ต้องการผลการรักษาที่เชื่อถือได้

4. สำหรับผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกอาจมีความเหมาะสมสำหรับ Second generation LAI (Llorca PM, 2013)

## การสนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับการรับยาฉีดระยะยาว

การสนทนาสร้างแรงจูงใจ [Motivational Interviewing] นั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการให้คำปรึกษาโดยมีจุดเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพที่นำไปสู่ความร่วมมือ [Collaboration] การยึดเอาสิ่งสำคัญหรือเป้าหมายของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง [Evocation] และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพิจารณาและตัดสินใจ [Autonomy]

การสนทนาสร้างแรงจูงใจนั้นสามารถสนับสนุนการรักษา ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ การนอนโรงพยาบาล รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนความร่วมมือในการรักษานั้นอาจมีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยต่างๆ เช่น ระยะเวลาการป่วย เพศ และการใช้สารเสพติดร่วม (Emile Barkhof et.al, 2013)

ความสำเร็จในการสนับสนุนการรักษาด้วยเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เกิดขึ้นจากหลักการสำคัญที่ใช้ในการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เช่น การมีสัมพันธภาพที่เชื่อใจกัน การสนทนาเกี่ยวกับประเด็นที่ลังเลใจโดยเฉพาะการกินยาต่อเนื่อง และการตั้งเป้าหมายโดยตัวผู้ป่วยเอง (Jos Dobber et.al, 2018)

องค์ประกอบที่สำคัญและมีผลต่อประสิทธิผลในการสนับสนุนการติดตามรักษา นั้นยังแสดงออกในกระบวนการสนทนา ไม่ว่าจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และโดยเฉพาะการหยิบยกประเด็นความลังเลใจในการกินยามาสนทนา ซึ่งอาจเป็นการสอบถามเกี่ยวกับความลังเลใจและเหตุผลของผู้ป่วย และสะท้อนไปยังเป้าหมายที่ต้องการ คือ การหายป่วยและกลับไปดำเนินชีวิตอย่างที่ควรเป็น ทั้งหมดนี้หลายครั้งตามมาด้วยการตกลงปลงใจในการร่วมมือต่อการรักษาในที่สุด (Jos Dobber et.al, 2020)

กระบวนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจผสานไปกับการรักษาทางการแพทย์ได้ถูกประยุกต์ใช้ เพื่อให้ผลการรักษาออกมาดีที่สุดไม่ว่าจะเป็นโปรแกรมการรักษาด้วยยากิน หรือการใช้ยาฉีดระยะยาว (Chien et.al, 2015) ทั้งนี้จากการศึกษาวิจัยยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ตอบสนองเป็นอย่างดีกับการสนทนาสร้างแรงจูงใจจะเป็นกลุ่มที่ป่วยมาไม่นาน เช่น ไม่เกิน 7 ปี มีอายุไม่เกิน 35 ปี

ด้วยธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ขาดแรงจูงใจและเหตุผลในการติดตามการรักษา การสนับสนุนแรงจูงใจเข้ากับกระบวนการฉีดยา long acting ย่อมทำให้โอกาสในการฉีดยาต่อเนื่องสูงขึ้นและตามมาด้วยการควบคุมอาการที่ทำได้ดี มีโอกาสกำเริบน้อยลงนั่นเอง

## พื้นฐานและหลักการสำคัญของเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Background and Principles of Motivational Interviewing)

Miller และคณะ ได้พัฒนาวิธีการมาตรฐานหลักเพื่อบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ในโครงการ Project MATCH ของ National Institute on alcohol abuse and Alcoholism (NIAAA) เรียกว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) เทคนิควิธีการนี้ได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้ในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ที่มีธรรมชาติการป่วยที่เรื้อรังหรือมีปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตที่ใช้ยาฉีดระยะยาวด้วยหลักการสำคัญ 3 ประการ อันเป็นเสมือนหัวใจหลักเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้มีความยั่งยืนได้แก่ (Miller & Rollnick, 2002)

**หลักการสำคัญ 3 ประการ**

1. การสร้างความร่วมมือ มากกว่าการเผชิญหน้าหรือเป็นคนละพวก (Collaboration VS Confrontation)

2. การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากภายในตัวผู้รับการปรึกษามากกกว่าการแนะนำสั่งสอน (Evocation VS Imposing)

3. การสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ เลือกได้และทำได้ด้วยตนเอง มากกว่าการเชื่อฟังและทำตามอย่างเดียว (Autonomy VS Authority) ด้วยรูปแบบการสนทนาให้การปรึกษาที่เน้นผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางร่วมไปกับสัมพันธภาพอันดีจึงจะสามารถดึงให้ผู้มีปัญหาหันมามองปัญหาและความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

# Flow chart

**ผู้ป่วยโรคจิตที่เข้าเกณฑ์**

- โรคจิตเภท (Schizophrenia)
- โรค Schizoaffective disorder
- โรคหลงผิด (Delusional disorder)

**สนทนาสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยหรือร่วมกับญาติ**

- การสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความร่วมมือ (Collaboration)
- การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากภายในตัวผู้ป่วย (Evocation)
- การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพิจารณาและตัดสินใจ (Autonomy) โดย Brief advice ตามหลัก 3As; รายละเอียดในบทที่ 6

**ยินยอมรับการใช้ยาฉีดระยะยาว**

**ไม่ยินยอม**

- สอบถามเกี่ยวกับความลังเลใจและเหตุผลของผู้ป่วย/ญาติ
- สะท้อนไปยังเป้าหมายที่ต้องการ (หายป่วย, กลับไปดำเนินชีวิตได้)
- Brief advice ตามหลัก 3As (Affirm, Ask, Advice)

**ยินยอม**

## แนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

**วัตถุประสงค์ :**

เพื่อกระตุ้นการมองเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเช่น การกินยาอย่างต่อเนื่อง การฉีดยาและรวมถึงการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส ด้วยการเชื่อมโยงสิ่งสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยกับผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตัว (การกินยาและฉีดยา) ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการกินยาต่อเนื่องและอาการหรือสุขภาพที่ดีขึ้น

**สาระสำคัญ** ผู้ให้คำปรึกษาใช้การสนทนาตามหลักสำคัญได้แก่

1. **การสร้างความร่วมมือ** (Collaboration)
   เน้นไปที่การค้นหาและมีเป้าหมายเดียวกัน

2. **การดึงความต้องการออกมา** (Evocation)
   เน้นเหตุผลการเปลี่ยนแปลงที่มาจากกลุ่มเป้าหมาย

3. **การริเริ่มดำเนินการด้วยตนเอง** (Autonomy)
   เน้นการร่วมมือวางแผนเป็นเจ้าของแผนการ

ด้วยรูปแบบการสนทนาสร้างแรงจูงใจแบบสั้นที่เรียกว่า การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) ใช้เวลา 5–10 นาที

**โดยมีโครงสร้างสำคัญคือ**

**1. การสร้างสัมพันธภาพ เน้นความร่วมมือ (Affirmation)**

**2. การสร้างแรงจูงใจด้วยการใช้คำถาม การเปรียบเทียบสิ่งสำคัญและพฤติกรรมสุขภาพ (Ask ;Reason for change)**

**3. การให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะแบบมีทางเลือก (Advice [menu/choice])**

โครงสร้างการสนทนานี้ว่า **3As [Affirm, Ask, Advice]** โดยสามารถใช้สนทนากับผู้ป่วยหรือร่วมกับญาติ เพราะญาติผู้ป่วยก็เป็นปัจจัยสำคัญในการพาผู้ป่วยรับยาฉีด/การรักษา ทั้งนี้มีช่วงเวลาที่สามารถสนทนาได้แก่ช่วงติดตามการรักษา/ก่อนการฉีดยา (ทำโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข) และอาจทำได้บางส่วนในช่วงของการรับการฉีดยา

# ขั้นตอน วัตถุประสงค์และตัวอย่างการสนทนา

## การสร้างสัมพันธภาพ (Affirmation)

**วัตถุประสงค์** : สร้างความร่วมมือและแสดงความชื่นชม

**ตัวอย่างคำพูด/ คำถาม**

สวัสดีค่ะ/วันนี้มากับใครคะ /คุณมีความตั้งใจมาก/

ช่วงนี้กิจวัตรประจำวันเป็นอย่างไรบ้าง/

คุณมีความตั้งใจมากนะ “งานเป็นยังไงบ้าง เตรียมทำนาปลูกข้าวหรือยัง”

“เพราะอะไรคุณถึงขยันขันแข็งขนาดนี้”

“เท่าที่เล่ามาคุณช่วยดูแลแม่ได้มากทีเดียว”

## การใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ (Ask)

**วัตถุประสงค์** : สนับสนุนความตั้งใจในการรักษา โดยเฉพาะการฉีดยา/กินยาอย่างต่อเนื่อง

**ตัวอย่างคำพูด/ คำถาม**

"อะไรที่ทำให้คุณตั้งใจมาพบแพทย์/มา รพ.ในวันนี้"

"ถ้าคุณหมอแนะนำให้คุณฉีดยา/กินยาต่อเนื่อง คุณคิดว่ามีโอกาสเป็นไปได้สักแค่ไหน"

"คิดยังไงกับการฉีดยาเดือนหน้า"

"มีบางครั้งที่ขาดยาไหม เป็นอย่างไรบ้าง"

**อาจตามมาด้วยการสรุปข้อสังเกต** "ดูเหมือนช่วงที่ได้รับยาคุณนอนได้ และทำงานได้มากขึ้น"

"ช่วงที่ฉีดยา มีอาการใดที่ดีขึ้นบ้าง"

3

**การให้ข้อมูล/เสนอแนะ**

**แบบมีทางเลือก Advice**

**วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา รับทราบข้อมูลและทางเลือกที่เป็นไปได้

**ตัวอย่างคำพูด/ คำถาม**

✔ **ให้ข้อมูลและเหตุผลในการใช้ยาฉีด เช่น**

1. ช่วยให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ต้องกังวลกับการลืมกินยาและทำให้การรักษาได้ผลดีขึ้น
2. ช่วยลดการกินยา รวมทั้งลดจำนวนยาที่กิน
3. ส่วนใหญ่ฉีดเพียงเดือนละ 1–2 ครั้ง หรือ 2–4 สัปดาห์ครั้ง

✔ **ให้ข้อมูลเพิ่มเติมและเชื่อมโยงกับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิตเช่น เป็นคนสำคัญของครอบครัว เป็นที่รักของพ่อแม่ ฯลฯ**

✔ **เปรียบเทียบชีวิตที่รับยาต่อเนื่อง (ดีกว่าช่วงที่ขาดยา)”**

✔ **แนะนำตามความเหมาะสมเช่น การฉีดยาใกล้บ้าน การฉีดยาก่อนหรือหลังนัดหมาย**

คุณสามารถเลือกรับยาและฉีดยาที่โรงพยาบาล หรือที่รพสต.ใกล้บ้าน อีกทั้งหากติดธุระสำคัญอาจให้ญาติมารับยาแล้วเอาไปฉีดใกล้บ้านใกล้ที่ทำงานก็ได้ ฯลฯ

# อ้างอิง

เรวดี เจนร่วมจิต, วรวีร์ เตธัญญวรากูล, หทัยภัทร กองคำบุตร, และคณะ. (2561). รูปแบบการสั่งใช้ยาต้านโรคจิตรูปแบบฉีดออกฤทธิ์นานในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(4): 335-348

Christy L M Hui, William G Honer, Edwin H M Lee , et. al. (2018). Long-term effects of discontinuation from antipsychotic maintenance following first-episode schizophrenia and related disorders: a 10 year follow-up of a randomised, double-blind trial. Lancet Psychiatry. 2018 May;5(5):432-442. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30090-7. Epub 2018 Mar 15.

Emile Barkhof, Carin J. Meijer, Leo M. J. de Sonneville, et.al. (2013). The Effect of Motivational Interviewing on Medication Adherence and Hospitalization Rates in Nonadherent Patients with Multi-Episode Schizophrenia. Schizophr Bull. 2013 Nov; 39(6): 1242-1251.Published online 2013 Sep 26. doi: 10.1093/schbul/sbt138

John M. Kane, Joseph P. McEvoy Christoph U. Correll, and Pierre-Michel Llorca. (2021). First episode psychosis] [Controversies Surrounding the Use of Long-Acting Injectable Antipsychotic Medications for the Treatment of Patients with Schizophrenia, John M. Kane. CNS Drugs. 2021; 35(11): 1189–1205.Published online 2021 Oct 11. doi: 10.1007/s40263-021-00861-6

Jos Dobber, Corine Latour , Lieuwe de Haan , et.al. (2018). Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing. BMC Psychiatry. 2018 May 18;18(1):135.doi: 10.1186/s12888-018-1724-9.

Miller, William R. Rollnick, Stephen.(2002). Motivational interviewing: Preparing people for change, 2nd ed. Journal for Healthcare Quality 25(3):46 DOI:10.1097/01445442-200305000-00013

Nicola Poloni, Marta Ielmini, Ivano Caselli, et al. (2019). Oral Antipsychotic Versus Long-Acting Injections Antipsychotic in Schizophrenia Spectrum Disorder: a Mirror Analysis in a Real-World Clinical Setting. Psychopharmacol Bull. 2019 Jun 20;49(2):17-27.

Marcia Valenstein, Dara Ganoczy, and John F McCarthy, et.al. (2006). Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. J Clin Psychiatry. 2006 Oct;67(10):1542-50. doi: 10.4088/jcp.v67n1008.Pierre Michel Llorca, Mocrane Abbar, Philippe Courtet, et. al, (2013). Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. BMC Psychiatry. 2013 Dec 20;13:340. doi: 10.1186/1471-244X-13-340.

Stephen M Stahl. (2014). Long-acting injectable antipsychotics: shall the last be first?. CNS Spectr. 2014 Feb;19(1):3-5. doi: 10.1017/S1092852913001016.

Wai Tong Chien, Jolene H C Mui, Eric F C Cheung , et.al. (2015). Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. Trials. 2015 Jun 14;16:270. doi: 10.1186/s13063-015-0785-z.

**อ้างอิงภาคผนวก**

1. Poloni N, Ielmini M, Caselli I, Lucca G, Gasparini A, Lorenzoli G, et al. (2019). Oral Antipsychotic Versus Long-Acting Injections Antipsychotic in Schizophrenia Spectrum Disorder: a Mirror Analysis in a Real-World Clinical Setting. Psychopharmacology Bulletin. 2019 Jun 20;49(2):17-27.
2. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์;2557
3. นันทวัช สิทธิรักษ์และคณะ. จิตเวชศิริราช DSM-5. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์; 2558
4. MICHAEL BIGLOW and MEGAN FLINCHUM. Long-Acting Injectable Antipsychotics. {Online} https://basicmedicalkey.com/long-acting-injectable-antipsychotics/
5. Shah, Mohit; Parikh, Disha; Karia, Sagar. Depot Preparation in Schizophrenia: Indian Outlook. Annals of Indian Psychiatry 2(2):p 152-157, Jul-Dec 2018.

6. Flavio Guzman. Long-Acting Injectable Antipsychotics: A Practical Guide for Prescribers . {Online} https://psychopharmacologyinstitute.com/publication/long-acting-injectable-antipsychotics-a-practical-guide-for-prescribers-2201
7. INVEGA SUSTENNA paliperidone palmitate. NEW ZEALAND DATASHEET. {Online} https://www.medsafe.govt.nz/profs/datasheet/i/invegasustennainj.pdf
8. ภควัต วิวัฒนวรเศรษฐ์. เอกสารประกอบการสอน เรื่อง การใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผล (Rational drug use in Psychiatry) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลา นครินทร์. (ออนไลน์). http://medinfo2.psu.ac.th/psychiatry/elearning/document/undergrade/doc5/doc%20rational%20drug%20use.pdf
9. มาโนช หล่อตระกูล และคณะ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 4. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558
10. มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน; 2550

# ภาคผนวก

## ชนิดและประมาณยาฉีด

| ชื่อยา | ขนาดเริ่มต้น (Starting dose) | ขนาดที่ใช้รักษา |
|---|---|---|
| **กลุ่ม First generation** | | |
| Fluphenazine decanoate | 12.5 – 25 mg[4] | 25 – 100 mg IM ทุก 2 – 4 สัปดาห์[3] |
| Haloperidol decanoate | 50 mg[5,6] | 50 – 300 mg IM ทุก 2 – 4 สัปดาห์[3] |
| Flupentixol decanoate | 20 mg[5,6] | 20 – 300 mg IM ทุก 2 – 4 สัปดาห์[3] |
| **กลุ่ม Second generation** | | |
| Invega Sustenna (Paliperidone palmitate) | 150 mg IM day 1 และ 100 mg IM day 8 (ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ deltoid)[7] | 75 – 150 mg IM ทุก 4 สัปดาห์[8] (ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ deltoid หรือ gluteal ก็ได้)[7] |
| Invega Trinza* (Paliperidone palmitate) *** เริ่มใช้เมื่อมีการใช้ Invega Sustenna ทุก 1 เดือน เป็นเวลาอย่างน้อย 4 เดือน**[7] | ขนาดยา Invega sustenna ล่าสุด → ขนาดยา Invega trinza ดังนี้[7]<br>▪ 50 mg → 175 mg<br>▪ 75 mg → 263 mg<br>▪ 100 mg → 350 mg<br>▪ 150 mg → 525 mg | 263 – 525 mg IM ทุก 3 เดือน[8] |

**TIP!** ยาฉีดระยะยาวกลุ่ม first generation antipsychotics อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงต่างๆ ซึ่งคล้ายคลึงกับการกินยา ได้แก่ ง่วงซึม มีน้ำลายมาก ความบกพร่องทางเพศ (sexual dysfunction) และ extrapyramidal effects[1]

## การรักษาเบื้องต้นเมื่อเกิด Extrapyramidal effects จากยารักษาโรคจิต ดังตารางด้านล่างนี้

| อาการ extrapyramidal effects | อาการและอาการแสดง | การรักษาเบื้องต้น | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|
| Acute dystonia | – มีการบิดเกร็งกล้ามเนื้ออย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดอาการคอบิด ตัวแอ่นเกร็ง ตาค้าง<br>– ควรระวังการเกิด laryngospasm ซึ่งเป็นอาการที่พบไม่บ่อย แต่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้[10] | ● รักษาด้วยยา<br>- Benztropine 2 mg IM, IV หากไม่ดีขึ้นภายใน 5 นาที ให้ยาซ้ำอีกครั้งหนึ่ง[11] หรือ<br>- Diphenhydramine 25 – 50 mg IV หรือ<br>- Diazepam 5 – 10 mg IV<br>- กรณีอาการไม่มาก ให้กิน trihexyphenidyl 5 mg ทันที และต่อไปกินขนาด 2 mg วันละ 1–2 ครั้ง<br>● พิจารณาเปลี่ยนยารักษาโรคจิตเป็น | - ควรระวังการใช้ยา anticholinergic ในผู้ป่วยที่มี cognitive impairment หรือต้อหิน<br>- ระวัง anticholinergic side effects เช่น ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก[9] |

| อาการ extrapyramidal effects | อาการและอาการแสดง | การรักษาเบื้องต้น | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|
| | | ชนิดที่มีผลให้เกิด EPS น้อยลง<br>● ถ้าไม่สามารถเปลี่ยนยาได้ ให้ trihexyphenidyl 2 mg กินวันละ 2 ครั้ง ร่วมกับยารักษาโรคจิตเดิม[9] | |
| Akathisia | – กระวนกระวาย รู้สึกว่าอยู่นิ่งไม่ได้ ต้องคอยขยับอยู่ตลอด เมื่อขยับแล้วจะรู้สึกดีขึ้น<br>– บางรายที่อาการไม่มาก อาจอยู่นิ่งๆได้ แต่จะรู้สึกกระวนกระวายในใจ<br>– ต้องแยกจากอาการโรคจิตที่อาจมีหูแว่วมาสั่งให้เดินไปมา ซึ่งจะต้องเพิ่มขนาดยารักษาโรคจิต[9] | ● ยากลุ่ม β-adrenergic receptor antagonist เช่น propranolol (10) 1 เม็ด วันละ 2-3 ครั้ง หรือ<br>● ยากลุ่ม benzodiazepine เช่น lorazepam (0.5) 1 เม็ด วันละ 2-3 ครั้ง หรือ[3]<br>● Trihexyphenidyl 2-5 mg กินวันละ 2 ครั้ง[9] | – อาการข้างเคียงของ lorazepam ได้แก่ sedation, ataxia<br>– ผู้ที่ได้ propranolol ควรตรวจความดันโลหิตเป็นระยะ ไม่ใช้ในผู้ป่วย bronchial asthma, COPD, heart failure<br>– ระวัง anticholinergic effects จาก trihexyphenidyl[9] |

| อาการ extrapyramidal effects | อาการและอาการแสดง | การรักษาเบื้องต้น | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|
| Parkinsonism | กล้ามเนื้อเกร็งแข็ง มี cogwheel rigidity สั่น เคลื่อนไหวเชื่องช้า เดินไม่แกว่งแขน[10] | Trihexyphenidyl 2–5 mg กินวันละ 2 ครั้ง อาจเพิ่มขนาดยาได้ทุก 3–4 วัน จนถึง 6–8 mg/d[9] | ระวัง anticholinergic effects จาก trihexyphenidyl[9] |
| Tardive dyskinesia | มักมีอาการหลังได้ยารักษาโรคจิตนานเกิน 6 เดือน[3] มีลักษณะ buccolinguomasticatory triad ได้แก่ ดูด หรือขมุบขมิบปาก, lateral jaw movement, และมีลิ้นม้วนไปมาในปากหรือเอาลิ้นดุนแก้ม นอกจากนี้ยังอาจมีอาการขยับนิ้ว บีบมือ คอบิดเอียง หรือกล้ามเนื้อมัดใหญ่อื่นๆ เคลื่อนไหวแบบ choreoathetoid[10] | - สิ่งสำคัญที่สุดคือป้องกัน โดยใช้ยารักษาโรคจิตเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น และให้ขนาดต่ำสุดที่ใช้ได้ผล<br>- เมื่อเริ่มมีอาการ อาจลดขนาดยารักษาโรคจิต หรือเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่ม atypical เช่น clozapine[3] | |
| **หมายเหตุ: การรักษาอาการเหล่านี้ อาจพิจารณาให้ยาร่วมกับการปรับลดขนาดยารักษาโรคจิตลงเล็กน้อยหากอาการทางจิตสงบ หรือหยุดยารักษาโรคจิตหากหมดข้อบ่งชี้ แต่ต้องระวังอาการทางจิตกำเริบ[3]** | | | |

# LONG ACTING