



# แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

## ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ในการอบรมการใช้แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า  
สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

สนับสนุนโดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



# Outline

- 1 ASSESSMENT AND DIAGNOSIS
- 2 CRITERIA FOR ADMISSION AND REFERRAL
- 3 MANAGEMENT OF HOSPITALIZED PATIENTS
- 4 MANAGEMENT OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER
- 5 PHARMACOTHERAPY OF MDD
- 6 MANAGEMENT OF NONRESPONSIVE PATIENTS
- 7 DEPRESSION IN SPECIAL GROUPS

# เกณฑ์การวินิจฉัย Major depressive episode (DSM-IV-TR)

มีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย ๕ อาการ เกิดขึ้นแทบทั้งวัน เป็นเกือบทุกวัน ติดต่อกันไม่ต่ำกว่า ๒ สัปดาห์ และทำให้เสียหายที่การทำงานการสังคม

ต้องมีอาการเหล่านี้  
อย่างน้อย 1 อย่าง

1. มีอารมณ์เศร้า ทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก

3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น(มากกว่าร้อยละ ๕ ต่อเดือน)/เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้น
4. นอนไม่หลับหรือหลับมาก
5. ทำอะไรช้า เคลื่อนไหวช้าลง หรือ กระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข

6. เหนื่อยอ่อนเพลียหรือไม่มีแรง
7. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป
8. สมาธิหรือความคิดอ่านลดลง
9. คิดถึงเรื่องการตายอยู่ซ้ำๆหรือคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผน

## ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

### ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

1. พิจารณาอาการจากแบบประเมิน 9Q ร่วมกับเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV – TR
2. วินิจฉัยแยกโรค ยืนยันการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ประเมินความรุนแรงของอาการ และลงรหัสการวินิจฉัย

# ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

## Step 1

ผู้รับบริการ  
ที่ 2Q+ve,  
9Q ≥ 7  
และประเมิน  
8Q

การพิจารณา  
หรือทบทวน  
อาการจากแบบ  
ประเมิน 9Q  
ร่วมกับเกณฑ์  
DSM IV-TR

## Step 2

Differential Dx.และ  
Confirm Dx.ตาม  
เกณฑ์ DSM IV-TR  
แล้วป่วยเป็นโรค  
ซึมเศร้าใช่หรือไม่?

คัดกรอง/ประเมิน → ทบทวนอาการ → Differential & Confirm Dx. →

# ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

## Step 1

Step 1: การพิจารณาอาการจากแบบประเมิน 9Q<sup>3,leve 4a</sup> ร่วมกับเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV-TR

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็น บางวัน 1-7 วัน	เป็น บ่อย >7 วัน	เป็น ทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร **	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ **	0	1	2	3
3. หลับยาก หรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
** อาการเหล่านี้ต้องเป็นอยู่เกือบทั้งวัน (Most of the day)				
	รวมคะแนน			

# ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

## Step 2

Differential Dx.  
และ Confirm Dx.  
ตามเกณฑ์ DSM  
IV-TR  
แล้วป่วยเป็นโรค  
ซึมเศร้าใช่หรือไม่?

NO

Non dysfunction/distress

HE, Csg. ติดตาม  
เฝ้าระวังด้วย 9Q  
ทุก 2-4 wk  
at least 2 month.

Normal bereavement

Medical conditions

Rx, refer

Bipolar dis. มี/เคยมี Manic/  
hypomanic episode

HE, refer to  
psychiatrist

Differential & Confirm Dx. → NO → ให้การดูแลช่วยเหลือ หรือส่งต่อ

# ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

## Step 2

Step 2 การวินิจฉัยแยกโรค ยืนยันการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และลงรหัสการวินิจฉัย

ตรวจสอบว่า มี dysfunction/distress หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

Dysfunction/distress หมายถึง อาการผิดปกติใน Step 1 ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน กิจกรรมด้านสังคม หน้าที่การงานอย่างเห็นได้ชัด/หรือทุกข์ ทรมานใจ

ภาวะที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม	ใช่	ไม่ใช่
Normal bereavement <sup>4, level5</sup> มีอาการโศกเศร้าเสียใจจากการสูญเสียพลัดพรากสิ่งที่รัก ไม่เกิน 2 เดือนหลังจากเกิดเหตุการณ์ และไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือหมกมุ่นว่า ตนเองไร้ค่า		
Medical conditions and related substances <sup>4, level5</sup> ยา/สารต่างๆและโรคทางกายที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้า เช่น Endocrine, Infections, Neurological condition, carcinoma, nutrition, cerebral ischemia และ myocardial infarction (รายละเอียดใน Appendix 7)		

# ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

## Step 2

ภาวะที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม	ใช่	ไม่ใช่
<p>Mania, hypomania <sup>4, level5; 5, Level3b</sup></p> <p>M1 ตลอดชีวิตที่ผ่านมาผู้ป่วยมีช่วงเวลาที่รู้สึกคึกคัก ครื้นเครง หรือมีเรี่ยวแรง ทำอะไรไม่หยุด จนก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง หรือคนรอบข้างคิดว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม ทั้งนี้ไม่รวมในช่วงที่เมาสุราหรือยาเสพติดหรือไม่</p> <p>M2 ตลอดชีวิตที่ผ่านมาผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิดง่ายมากติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน จนทำให้มีการโต้เถียง ทะเลาะวิวาท หรือตวาดใส่คนอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัวหรือไม่</p>		
<p><b>การแปลผลและการดำเนินการ</b></p> <p>ถ้าใน Step 1 มีอาการในส่วนแรก <math>\geq 5</math> ข้อ <u>และต้องมีอาการในข้อ 1 หรือ 2</u> อยู่ในพื้นที่แรกงาด้วย ร่วมกับมี dysfunction หรือ distress ใน Step 2 และต้อง <u>ไม่ใช่ normal bereavement, mania/hypomania และไม่ได้เกิดจาก medical condition and related substances</u> ให้วินิจฉัยโรคเป็น Major depressive disorder(MDD) แล้วให้ตรวจสอบว่า มี recurrent หรือไม่ (Recurrent หมายถึง ผู้ป่วยเคยมีอาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นมาก่อน และมีช่วงเวลาที่หายเป็นปกติอย่างน้อย 2 เดือนติดต่อกัน) จากนั้นลงรหัสตามตาราง</p>		

# ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

Step 2

Differential Dx.  
และ Confirm Dx.  
ตามเกณฑ์ DSM  
IV-TR  
แล้วป่วยเป็นโรค  
ซึมเศร้าใช่หรือไม่?

YES

ลงรหัสโรคซึมเศร้า  
ตามระดับความรุนแรง  
ของอาการและการ  
กลับเป็นซ้ำ

Rx. as  
Algorithm  
Management  
of MDD

Differential & Confirm Dx. → YES → code → CPG Treatment

# ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

## ลงรหัส ICD 10

### การลงรหัสตาม ICD 10

คะแนน	รหัสด้าน ICD 10	
	Major depressive disorder, single episode (F32)	Recurrent depressive disorder (F33)
9Q		
7-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mild depressive episode (F32.0)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recurrent depressive disorder ,current episode mild (F33.0)</li> </ul>
13-18	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Moderate depressive episode (F32.1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recurrent depressive disorder ,current episode moderate (F33.1)</li> </ul>
≥ 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ไม่มี psychotic symptoms → severe depressive episode without psychotic symptoms (F32.2)</li> <li>▪ มี psychotic symptoms (มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ หูแว่วประสาทหลอน: Hallucination, หลงผิด: delusion) → severe depressive episode with psychotic symptoms (F32.3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ไม่มี psychotic symptoms → recurrent depressive disorder ,current episode severe without psychotic symptoms (F33.2)</li> <li>▪ มี psychotic symptoms (มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ หูแว่วประสาทหลอน: hallucination, หลงผิด: delusion) → recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms (F33.3)</li> </ul>

- **ชายไทยหม้าย อายุ 71 ปี** ป่วยเป็น DM และ HT รักษาเป็นประจำ กินยาสม่ำเสมอ ลูกนำส่งรพ.เนื่องจาก
  - เจ็บ เก็บตัวมากขึ้นหลังจากภรรยาเสียชีวิต
  - หลังจากภรรยาเสียชีวิตเมื่อ 1 เดือนก่อน นอนไม่ค่อยหลับ เคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ความจำแย่ลง ไม่ค่อยกินอาหาร บางทีบ่นกับลูกว่า อยากตายตามภรรยา แต่ไม่เคยทำร้ายตัวเอง
  - ด้วย 2Q +ve และ 9Q ได้ 13 คะแนน
  - ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง

## ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

Demonstration; Dx

- ชายไทยหม้าย อายุ 71 ปี เป็น DM และ HT รักษาเป็นประจำ กินยาสม่ำเสมอ มีอาการ
  - เจ็บ เก็บตัวมากขึ้นหลังจากภรรยาเสียชีวิต
  - หลังจากภรรยาเสียชีวิตเมื่อ 1 เดือนก่อน นอนไม่ค่อยหลับ เคลื่อนไหวเชื่องช้า ความจำแยลง ไม่ค่อยกินอาหาร บางทีบ่นอยากตายตามภรรยา แต่ไม่เคยทำร้ายตัวเอง
  - 2Q +ve และ 9Q ได้ 13 คะแนน
  - มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง

Dysfunction?

ข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม

ความบกพร่องอย่างมาก  
ในเรื่อง การดูแลตนเอง  
การเข้าสังคม

## ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

Demonstration; Dx

- ชายไทยหม้าย อายุ 71 ปี เป็น DM และ HT รักษาเป็นประจำ กินยาสม่ำเสมอ มีอาการ
  - เจ็บ เก็บตัวมากขึ้นหลังจากภรรยาเสียชีวิต
  - หลังจากภรรยาเสียชีวิตเมื่อ 1 เดือนก่อน นอนไม่ค่อยหลับ เคลื่อนไหวเชื่องช้า ความจำแยลง ไม่ค่อยกินอาหาร บางทีบ่นอยากตายตามภรรยา แต่ไม่เคยทำร้ายตัวเอง
  - 2Q +ve และ 9Q ได้ 13 คะแนน
  - มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง

Distress?

ข้อมูลเพิ่มเติม

ความรู้สึกแย่  
ทุกซ์ทรมาน

## ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

Demonstration; Dx

- ชายไทยหม้าย อายุ 71 ปี เป็น DM และ HT รักษาเป็นประจำ กินยาสม่ำเสมอ มีอาการ
  - เจ็บ เก็บตัวมากขึ้นหลังจากภรรยาเสียชีวิต
  - หลังจากภรรยาเสียชีวิตเมื่อ 1 เดือนก่อน นอนไม่ค่อยหลับ เคลื่อนไหวเชื่องช้า ความจำแยลง ไม่ค่อยกินอาหาร บางทีบ่นอยากตายตามภรรยา แต่ไม่เคยทำร้ายตัวเอง
  - 2Q +ve และ 9Q ได้ 13 คะแนน
  - มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง

Normal bereavement?

ข้อมูลเพิ่มเติม

มีอาการโศกเศร้าไม่เกิน 2 เดือน และไม่มีอาการรู้สึกผิดหรือหมกมุ่นว่า ตนเองไร้ค่า

## ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

Demonstration; Dx

- ชายไทยหม้าย อายุ 71 ปี เป็น DM และ HT รักษาเป็นประจำ กินยาสม่ำเสมอ มีอาการ
  - เจ็บ เก็บตัวมากขึ้นหลังจากภรรยาเสียชีวิต
  - หลังจากภรรยาเสียชีวิตเมื่อ 1 เดือนก่อน นอนไม่ค่อยหลับ เคลื่อนไหวเชื่องช้า ความจำแยลง ไม่ค่อยกินอาหาร บางทีบ่นอยากตายตามภรรยา แต่ไม่เคยทำร้ายตัวเอง
  - 2Q +ve และ 9Q ได้ 13 คะแนน
  - มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง

Medical conditions?

ข้อมูลเพิ่มเติม

โรคทางกาย Endocrine, Infections, Neurological condition, carcinoma, nutrition, cerebral ischemia และ myocardial infarction

## ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

Demonstration; Dx

- ชายไทยหม้าย อายุ 71 ปี เป็น DM และ HT รักษาเป็นประจำ กินยาสม่ำเสมอ มีอาการ
  - เจ็บ เก็บตัวมากขึ้นหลังจากภรรยาเสียชีวิต
  - หลังจากภรรยาเสียชีวิตเมื่อ 1 เดือนก่อน นอนไม่ค่อยหลับ เคลื่อนไหวเชื่องช้า ความจำแยลง ไม่ค่อยกินอาหาร บางทีบ่นอยากตายตามภรรยา แต่ไม่เคยทำร้ายตัวเอง
  - 2Q +ve และ 9Q ได้ 13 คะแนน
  - มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง

Bipolar disorder?

ข้อมูลเพิ่มเติม

Mania/ hypomania

## ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

Demonstration; Dx

- ชายไทยหม้าย อายุ 71 ปี เป็น DM และ HT รักษาเป็นประจำ กินยาสม่ำเสมอ มีอาการ
  - เจ็บ เก็บตัวมากขึ้นหลังจากภรรยาเสียชีวิต
  - หลังจากภรรยาเสียชีวิตเมื่อ 1 เดือนก่อน นอนไม่ค่อยหลับ เคลื่อนไหวเชื่องช้า ความจำแยลง ไม่ค่อยกินอาหาร บางทีบ่นอยากตายตามภรรยา แต่ไม่เคยทำร้ายตัวเอง
  - 2Q +ve และ 9Q ได้ 13 คะแนน
  - มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง

Psychotic symptoms?

ข้อมูลเพิ่มเติม

เคยมีอาการทางจิตมาก่อนหรือไม่?

(delusion/hallucination)

## ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

Demonstration; Dx

- ชายไทยหม้าย อายุ 71 ปี เป็น DM และ HT รักษาเป็นประจำ กินยาสม่ำเสมอ มีอาการ
  - เจ็บ เก็บตัวมากขึ้นหลังจากภรรยาเสียชีวิต
  - หลังจากภรรยาเสียชีวิตเมื่อ 1 เดือนก่อน นอนไม่ค่อยหลับ เคลื่อนไหวเชื่องช้า ความจำแยลง ไม่ค่อยกินอาหาร บางทีบ่นอยากตายตามภรรยา แต่ไม่เคยทำร้ายตัวเอง
  - 2Q +ve และ 9Q ได้ 13 คะแนน
  - มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง

Depressive symptoms?

ข้อมูลเพิ่มเติม

เคยมีอาการซึมเศร้ายาก่อน?

## ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

## Demonstration

- ชายไทยหม้าย อายุ 71 ปี เป็น DM และ HT รักษาเป็นประจำ กินยาสม่ำเสมอ มีอาการ
  - เจ็บ เก็บตัวมากขึ้นหลังจากภรรยาเสียชีวิต
  - หลังจากภรรยาเสียชีวิตเมื่อ 1 เดือนก่อนนอนไม่ค่อยหลับ เคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ความจำแยลง ไม่ค่อยกินอาหาร บางทีบ่นอยากตายตามภรรยา แต่ไม่เคยทำร้ายตัวเอง
  - 2Q +ve และ 9Q ได้ 13 คะแนน
  - มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง

Major depressive disorder,  
single episode (F32)

Moderate (9Q = 13-18 คะแนน)

Moderate depressive episode  
(F32.1)

# ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

สรุป

Differential Dx.  
และ Confirm Dx.

→ เป็นโรค  
ซึมเศร้า

YES

ลงรหัสโรคซึมเศร้า  
ตามระดับความรุนแรง  
ของอาการ → F32.1

Rx. as  
Algorithm  
Management  
of MDD

Differential & Confirm Dx. → YES → code → CPG Treatment

## CRITERIA FOR ADMISSION AND REFERRAL

### INDICATIONS FOR REFERRAL TO PSYCHIATRIC SERVICES

1. สงสัยว่า เป็นโรค bipolar disorder (มีประวัติ hypomania หรือ manic episode และ unsure of diagnosis)
2. ผู้ป่วยมีคะแนนจากแบบทดสอบ 8Q $\geq$ 17 (severe)
3. ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาที่กำหนดนี้ (failure to respond to treatment)
4. มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น และไม่สามารถรับไว้รักษาใน รพช./รพท.ได้

## CRITERIA FOR ADMISSION AND REFERRAL

### INDICATIONS FOR REFERRAL TO PSYCHIATRIC SERVICES

5. ผู้ป่วยมี severe MDD with psychotic symptoms
6. ผู้ป่วยมี severe agitation
7. ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลหรือทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ (self-neglect)
8. มีปัญหาทางด้านสังคมจิตใจที่รุนแรงจนไม่สามารถแก้ไขได้
9. มีโรคจิตเวชร่วมที่ซับซ้อนในการรักษา เช่น ปัญหาการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด

## CRITERIA FOR ADMISSION AND REFERRAL

### INDICATIONS FOR HOSPITALIZATION

1. มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง (อาจดูจากคะแนนจากแบบทดสอบ  $8Q \geq 17$ ) และไม่สามารถส่งไปรับการรักษาต่อยัง รพ.จิตเวช หรือ รพ.ที่มีจิตแพทย์ได้
2. มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น และไม่สามารถส่งไปรับการรักษาต่อยัง รพ.จิตเวช หรือ รพ.ที่มีจิตแพทย์ได้
3. มีคะแนนจากแบบทดสอบ  $8Q$  อยู่ในเกณฑ์ moderate (คะแนน  $\geq 13$ ) และไม่มีผู้ที่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้

## CRITERIA FOR ADMISSION AND REFERRAL

### INDICATIONS FOR HOSPITALIZATION

4. เพื่อแยกผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อมเดิมชั่วคราว เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาขัดแย้งรุนแรงในครอบครัว หรือกับเพื่อนบ้าน
5. Poor compliance ที่รักษาแบบ OPD cases ไม่ได้ผล
6. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ส่งต่อและจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ยังไม่สามารถส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพ.จิตเวชหรือรพ.ที่มีจิตแพทย์ได้ในขณะนั้น

# MANAGEMENT OF HOSPITALIZED PATIENTS

Admitted

ระบุปัญหา  
และความ  
เสี่ยงของ  
ภาวะทาง  
กายและทำ  
การแก้ไข  
หรือ  
suicide  
precautio  
n ถ้า  $8Q \geq 1$

ความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อ  
ตนเองระดับสูง ( $8Q \geq 17$ ) และ  
ไม่สามารถส่งต่อรพ.ที่มีจิตแพทย์

มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายระดับ  
ปานกลาง ( $8Q \geq 13$ ) และไม่มี  
ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ความเสี่ยงสูงที่จะเป็นอันตราย  
ต่อผู้อื่น และไม่สามารถส่งต่อรพ.  
ที่มีจิตแพทย์ได้

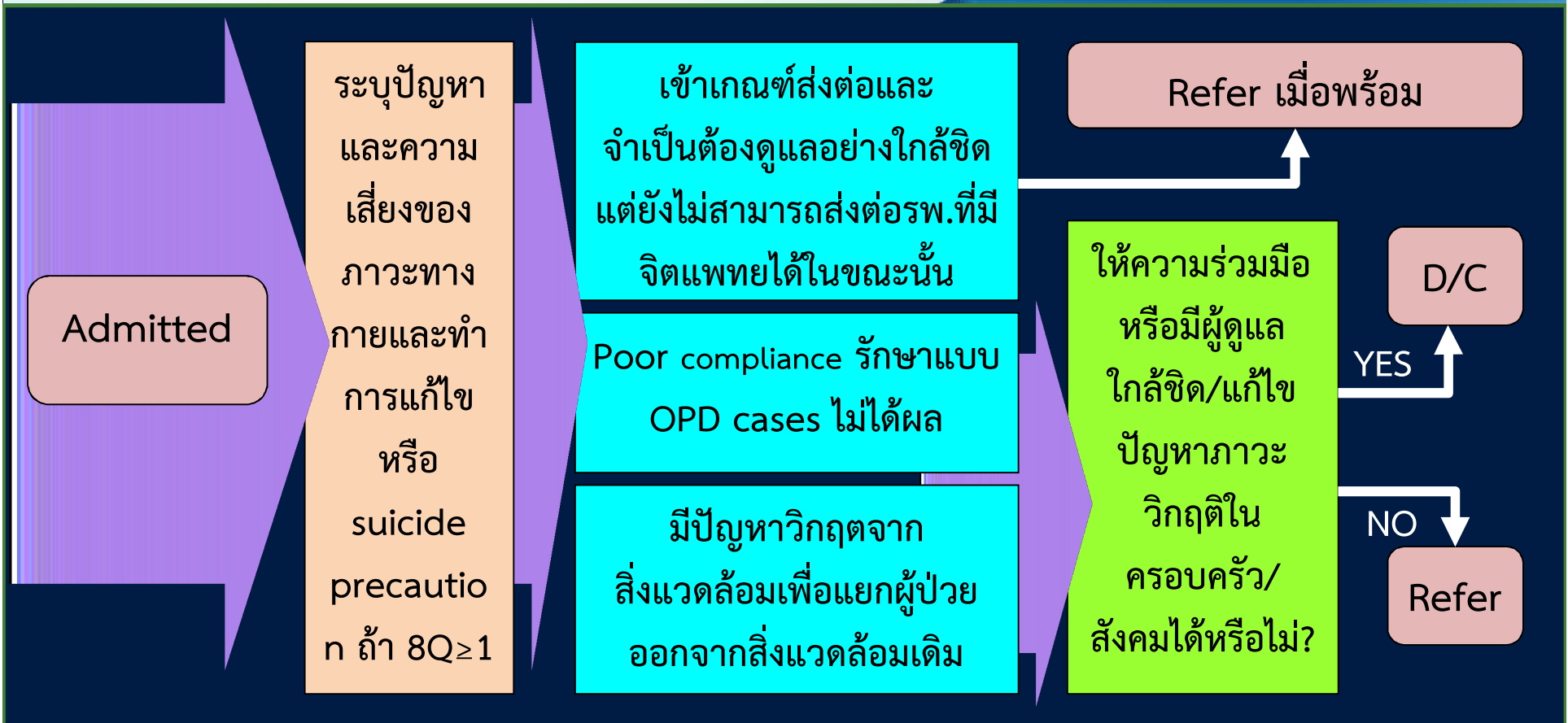
ช่วยเหลือ  
จนคะแนน  
 $8Q < 13$   
หรือมีผู้ดูแล  
ใกล้ชิด

ช่วยเหลือ  
หรือมีผู้ดูแล  
ใกล้ชิด

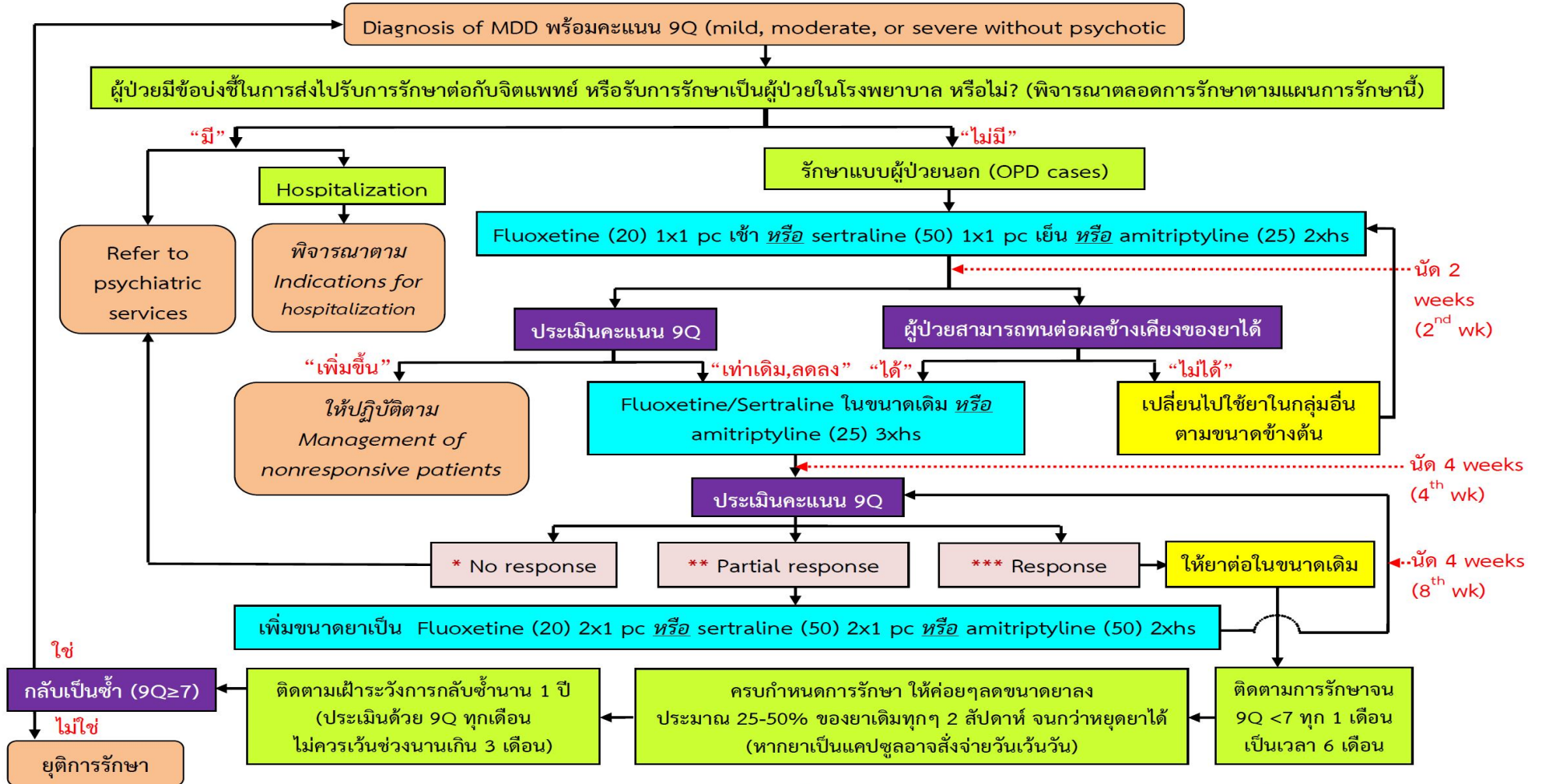
D/C  
หรือ  
Refer  
เมื่อ  
พร้อม

Refer

# MANAGEMENT OF HOSPITALIZED PATIENTS



ALGORITHM 2 MANAGEMENT OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER



\*คะแนน 9Q ไม่ลดลง \*\*คะแนน 9Q ลดลง <50% จากคะแนนแรกเริ่มรักษา \*\*\* คะแนน 9Q ลดลง ≥50% จากคะแนนแรกเริ่มรักษา หรือคะแนน 9Q <7

# PHARMACOTHERAPY OF MDD

## Antidepressant

Antidepressant	Starting dose (mg/day)	Usual dose range (mg/day)	Adverse effects ที่สำคัญ
Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI)			
fluoxetine (fulox®, prozac®)	10-20	20-40	nausea, vomiting, dyspepsia, abdominal pain, diarrhea, rash, sweating, agitation, anxiety, headache, insomnia, tremor, sexual dysfunction, hyponatremia, cutaneous bleeding disorder. Discontinuation symptoms อาจเกิดขึ้นได้ (except ยกเว้น fluoxetine)
sertraline (zoloft®)	25-50	50-200	
fluvoxamine (faverin®)	50-100	100-200	
paroxetine (seroxat®)	10-20	20-40	
escitalopram (lexapro®)	5-10	10-20	

# PHARMACOTHERAPY OF MDD

## Antidepressant

Antidepressant	Starting dose (mg/day)	Usual dose range (mg/day)	Adverse effects ที่สำคัญ
<i>Tricyclic Antidepressants (TCA)</i>			
amitriptyline (tryptanol®)	25-75	75-200	sedation, often with hangover, postural hypotension, tachycardia/ arrhythmia, dry mouth, blurred vision, constipation, urinary retention
imipramine (toflanil®)	25-75	75-200 (up-to 300 mg for IPD)	
nortriptyline (nortrilen®)	10-75	75-150	

1. ควรพิจารณาเป็น first line ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ SSRI
2. ผู้ป่วย mild depression ที่เคยมีอาการ moderate → severe แล้วเกิดอาการอีกครั้งในระดับ mild ควรจะเริ่มให้ antidepressants
3. ควรให้ผู้ป่วย moderate → severe และหลังจากอาการทุเลาในแต่ละ episode ควรให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 6-9 เดือน
4. สำหรับผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยา fluoxetine จะมีต่ำกว่ากลุ่ม TCA
5. เมื่อได้ยาครบตามการรักษา full remission เพื่อป้องกัน withdrawal syndrome และ recurrent ให้ค่อยๆลดขนาดยาลง จนหยุดยาได้

**RECOMMENDATIONS**

1. SSRI ควรพิจารณา เป็น first line ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ (Grade A)
2. ควรเริ่มการรักษาด้วย SSRI ในขนาดต่ำ โดยขนาดเริ่มต้นที่แนะนำคือ fluoxetine 20mg/day, sertraline 50 mg./day หรือ paroxetine 10mg/day (Grade B)
3. ควรเริ่มให้ antidepressant ในผู้ป่วย moderate to severe depression และหลังจากอาการทุเลาในแต่ละ episode ควรให้ต่อเนื่องอย่างน้อย 6-9 เดือน (Grade A)
4. การยุติการรักษาด้วยยา หลังให้ antidepressant ถ้าคะแนนประเมินด้วย 9Q<7 เป็นระยะเวลา 6 เดือนติดต่อกัน ถือว่า มี full remission ให้ค่อยๆ ลดยาลงประมาณ 25-50% ทุกๆ 2 สัปดาห์ ขณะลดยาควรประเมินด้วย 9Q ทุกครั้งที่พบผู้ป่วย (Grade D)

1. เป้าหมาย คือ การใช้กลไกการออกฤทธิ์ของยา ที่แตกต่างกัน 2 กลไกหรือมากกว่า นั้น ในการพยายามที่จะเกิดประสิทธิภาพในการรักษาที่สูงขึ้น หรือให้เกิดความทนต่อ ยาได้ดีขึ้น
2. การ combine antidepressant ให้ใช้ในกรณีผู้ป่วยมี TRD หรือผู้ป่วยรักษา ด้วยยา antidepressant ชนิดเดียวไม่ได้ผล แต่ต้องมีการ monitor adverse events เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงในการ side-effect, drug-drug interaction และอาจจะทำให้เกิดพิษ (toxicity) เพราะเกิด interaction กันระหว่าง pharmacokinetic และ pharmacodynamic รวมทั้งเพิ่ม cost ในการรักษา

3. การใช้ TCA ร่วมกับ SSRI มีความเสี่ยงทำให้เกิดระดับซีรัม TCA ในกระแสเลือดซึ่งจะเป็นผลให้เกิด cardiotoxicity<sup>16, level3a</sup>
4. Combinations ระหว่าง serotonergic antidepressants ด้วยกันหรือให้ร่วมกับ MAOIs จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด serotonin syndrome ซึ่งทำให้เสียชีวิตได้ ประกอบด้วย อาการ confusion, delirium, shivering, sweating และ myoclonus

### RECOMMENDATIONS

1. ผู้ป่วยที่ได้รับ antidepressant ร่วมกันมากกว่าหนึ่งชนิดจะได้รับผลข้างเคียงจากยามากกว่าการใช้ antidepressant เพียงชนิดเดียว และอาจทำให้เกิดภาวะพิษจากยา (toxicity) (Grade B)
2. การ combine antidepressant กับ antidepressant กลุ่มอื่น ให้ใช้ในกรณีผู้ป่วยมี Treatment Resistant Depression (TRD) และควรมีการเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Grade B)

# PHARMACOTHERAPY OF MDD

## Benzodiazepines

Drugs	Equivalent dose	Potency	Duration of acting (T <sub>1/2</sub> )	Dosage (mg)	Dose (mg/Day)
diazepam (valium®)	5	Low	long (30-100 hr)	0.5,2,5,10	2-30
clorazepate (tranxene®)	7.5	Low	long (30-100 hr)	5,10	10-30
chlordiazepoxide (librium®)	10	Low	long (30-100 hr)	5,10,25	15-75
lorazepam (ativan®)	1	high	short (10-20 hr)	0.5,1	0.75-4
clonazepam (rivotril®)	0.25	high	long (18-50 hr)	0.5,2	0.5-2
alprazolam (xanax®)	0.5	high	short (6-20 hr)	0.25,0.5,1	0.5-2

1. แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม benzodiazepines เป็นยาเสริมร่วมกับ antidepressant ในระยะแรก แต่ไม่ควรใช้ต่อเนื่องเกิน 4 สัปดาห์
2. ใช้ยากลุ่มนี้ในกรณีที่ 1) ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลร่วมด้วย เช่น แน่นหน้าอก ใจสั่น ปวดศีรษะ/เมื่อยตัว 2) ผู้ป่วยมีปัญหาอนอนไม่หลับ

### RECOMMENDATION

ใช้ benzodiazepine เป็นยาเสริมร่วมกับ antidepressant ในระยะแรก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล หรือนอนไม่หลับร่วมด้วย แต่ไม่ควรใช้ต่อเนื่องเกิน 4 สัปดาห์ (Grade A)

# PHARMACOTHERAPY OF MDD

## Antipsychotics

Drugs	Potency	Equivalent dose	Dosage (mg)	Therapeutic Dose (mg/day)	Approximate frequencies adverse effects			
					Sedation	Anticholin	Hypotens	EPS
Typical antipsychotics								
haloperidol (haldol®)	high	2-5	0.5,1,2,5,10	5-10	+	+	+	+++
perphenazine (trilafon®)	Moderate	8	2,4,8	8-16	++	+	+	++
chlorpromazine (largactil®)	low	100	25,50,100	100-200	+++	+++	++	++
trifluoperazine (stelazine®)	high	5	5,10	5-10	+	+	+	+++

# PHARMACOTHERAPY OF MDD

## Antipsychotics

Drugs	Potency	Equivalent dose	Dosage (mg)	Therapeutic Dose (mg/day)	Approximate frequencies adverse effects			
					Sedation	Anticholin	Hypotens	EPS
<b>Atypical antipsychotics</b>								
risperidone (risperidal®)	-	2	0.2, 1, 2	2-6	++	0	++	+**
olanzapine (zyprexa®)	-	5	5,10	10-20	+++	++	+	+
quetiapine (seroquel®)	-	75	25, 100, 200 XR 300	250-600	++	+	+++	+*
aripiprazole (abilify®)	-	7.5	10, 75	15-30	++	+	+	+

Approximate frequencies adverse effects: 0 (<2%)=negligible or absent; + (>2%)=infrequent; ++ (>10%)=moderately frequent; +++ (.30%)=frequent \* rarely a problem at usual therapeutic doses

1. ใช้รักษาร่วมกับ antidepressant ในผู้ป่วย MDD, severe with psychotic feature ได้ โดยใช้ต่อเนื่องจนกระทั่งมี full remission ของ psychotic symptoms
2. ควรใช้ในขนาดที่ต่ำกว่าการรักษา psychotic symptoms ในผู้ป่วยที่เป็นโรคในกลุ่ม psychotic disorders คือ ให้ยาให้มีขนาดเทียบเคียงกับ haloperidol 5-10 mg/day
3. ไม่จำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่ม anti-parkinsonism drugs หากผู้ป่วยไม่มี EPS ที่เกิดจากการใช้ยาในกลุ่ม antipsychotics

**RECOMMENDATIONS**

ยาในกลุ่ม antipsychotics สามารถใช้ร่วมกับ antidepressant ในการรักษาผู้ป่วย Major depressive disorder, severe with psychotic feature ได้ โดยใช้ต่อเนื่องจนกระทั่งมี full remission ของ psychotic symptoms แต่ควรใช้ในขนาดที่ต่ำกว่าการรักษา psychotic disorders คือ ยาให้ควรมีขนาดเทียบเคียง (equivalence dose) กับ haloperidol 5-10 mg/day (Grade A)

## MANAGEMENT OF NONRESPONSIVE PATIENTS

หากอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ดีขึ้น ควรพิจารณาประเมินซ้ำ  
ในประเด็นต่อไปนี้

1. การวินิจฉัยโรค (re-diagnosis)
2. ชนิดและขนาดยา (right drug & dose)
3. ระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้ยา (right duration)
4. โรคร่วมหรือปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรค (co-morbidities)

**5. Treatment resistant depression (TRD)** คือ ความล้มเหลว ทั้งในการบรรเทาอาการซึมเศร้า และ การเพิ่มประสิทธิภาพของการ ทำบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากได้รับการรักษาทั้งทาง กายและจิตสังคมที่เหมาะสมแล้ว หรือการไม่ตอบสนองต่อการรักษา ที่เหมาะสมภายหลังจากได้รับยา antidepressant ในขนาด (doses) และระยะเวลา (duration) ที่เหมาะสมแล้ว

### RECCOMENDATIONS

1. ผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นจากการรักษา ควรการประเมินซ้ำเกี่ยวกับความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาที่เหมาะสมในการรักษา และโรคร่วมหรือปัจจัยเสริมอื่นๆ

(GRADE D)

2. ผู้ป่วยที่มี TRD ควรส่งต่อสถานบริการที่มีจิตแพทย์ (GRADE D)

### RECOMMENDATION

SSRI มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ควรเริ่มการรักษาด้วย ยารักษาซึมเศร้ากลุ่ม SSRI ในขนาดต่ำ และขนาดเริ่มต้นที่แนะนำคือ fluoxetine 20mg/day (Grade C)

### RECOMMENDATIONS

1. ควรเริ่มการรักษาด้วยยาต้านเศร้า SSRI ในขนาดต่ำ ขนาดเริ่มต้นที่แนะนำคือ fluoxetine 20mg/day , sertraline 50 mg./day หรือ paroxetine 10mg/day (Grade B)
2. ไม่แนะนำให้ใช้ยาต้านเศร้ากลุ่ม Tricyclic Antidepressant-TCA และ Mono Amine Oxidase Inhibitor-MAOI ในผู้ป่วยโรคตับทุกชนิด เนื่องจากมีผลข้างเคียงมากและอาจมีผลต่อ cognitive impairment (Grade B)

### RECOMMENDATIONS

1. การใช้ยา fluoxetine มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น ควรเริ่มการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้าในขนาดต่ำ (Grade A)
2. ในช่วงแรกของการรักษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นด้วย antidepressant ทุกชนิด ควรมีการนัด ติดตามอย่างใกล้ชิด อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งในช่วงเดือนแรกของการให้ยา (Grade C)
3. การให้ antidepressant ทุกชนิด ในการรักษาโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น ควรระวังเรื่อง การเพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (Grade A)

### RECOMMENDATIONS

1. SSRI เป็น first line ในการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีโรคทางกายร่วมด้วย (co-morbid medical illness) ควรระวังการเกิด hyponatremia และ gastro-intestinal bleed (Grade A)
2. ข้อแนะนำในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ “เริ่มด้วยขนาดต่ำ ปรับยาขึ้นอย่างช้าๆ คงการรักษาให้นานกว่าปกติ” (start low , go slow , keep going , stay longer)” และควรพิจารณาถึงผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดก่อนทุกครั้ง (Grade A)

### RECOMMENDATIONS

1. การให้ยากลุ่ม SSRI ในหญิงตั้งครรภ์ มีความปลอดภัยกว่ายากลุ่ม Tricyclic antidepressants(TCA) แต่บางรายอาจมีความเสี่ยงต่อทารกคลอดก่อนกำหนด และการเกิด SSRI withdrawal syndrome ในไตรมาสที่สาม (Grade B)
2. ไม่แนะนำให้ใช้ paroxetine ในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากมีความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด และการเกิด congenital cardiac malformation ในทารก (Grade A)

### RECOMMENDATIONS

3. ควรระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา antidepressant ในกลุ่ม TCA กับหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากทำให้ท้องผูก และความดันโลหิตต่ำในขณะที่เปลี่ยนท่า (Grade C)
4. ควรระวังการให้ยาในกลุ่ม SRRI เพราะเสี่ยงต่อการเกิด septal heart defects ในทารก (Grade C)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1,311,797 คน\*

ยังรอการช่วยเหลือ



เครือข่ายสาธารณสุข...คือพระเอก

กรมสุขภาพจิต คือ ผู้สนับสนุน อำนวยความสะดวก

\* ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2551). ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ ปี 2551



**Well Being Forever**



**Thank You For Your  
Attention**