



ระบาดวิทยาของโรคตื่นตระหนก

พิเชษฐ อุดมรัตน์ พ.บ.*

บทคัดย่อ

ได้ทบทวนบทความและงานวิจัยทางด้านระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้องกับโรคตื่นตระหนก ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่ามีปัญหาในการเปรียบเทียบผลของการศึกษา เพราะเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนั้นแตกต่างกัน แต่พอสรุปได้ว่า อัตราความชุกชั่วชีวิตของอาการตื่นตระหนก (panic attack) นั้นอยู่ระหว่างร้อยละ 7-9 ขณะที่ความชุกของโรคตื่นตระหนก (panic disorder) ในหนึ่งปีประมาณร้อยละ 1 ส่วนในประเทศไทยนั้นพบผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกในกลุ่มผู้ป่วยใหม่ที่มาตรวจที่คลินิกจิตเวชอยู่ระหว่างร้อยละ 0.7-12.4 ในด้านความแตกต่างระหว่างเพศพบว่าในต่างประเทศสัดส่วนของเพศหญิง : ชายที่อยู่ในชุมชนแล้วป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกอยู่ระหว่าง 1.3:1 ถึง 5.8:1 ขณะที่ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีสัดส่วนของเพศหญิง : ชาย อยู่ระหว่าง 0.67:1 ถึง 1.45:1 การที่พบผู้ชายป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกแล้วมารับการรักษา ก็กับผู้หญิงนั้นอาจเป็นเพราะปัจจัยทางวัฒนธรรมที่ในสังคมไทยมักยอมรับอาการตื่นตระหนกที่เกิดขึ้นในผู้หญิงว่าเป็น “โรคลม” ซึ่งพบได้บ่อยในผู้หญิง เมื่อเกิดขึ้นแล้วผู้หญิงจึงมักรักษาตัวเองอยู่ที่บ้านด้วยการกินยาลม ขณะที่สังคมไทยไม่ได้ยอมรับว่าผู้ชายจะเป็นโรคลมดังกล่าว เมื่อเกิดขึ้นกับผู้ชายแล้วทำให้ผู้ชายมารับการรักษาได้รวดเร็วกว่า จึงทำให้ได้สัดส่วนระหว่างเพศพบพอ ๆ กันทั้งผู้หญิงและผู้ชายสำหรับอายุที่เริ่มป่วยนั้นพบว่ามีการกระจายเป็นสองช่วง คือ ช่วงวัยรุ่นตอนปลายกับช่วงวัยกลางคน โดยพบผู้ป่วยบางรายมีอาการป่วยที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ชีวิตในวัยเด็ก และมักพบภาวะโรคร่วมของโรคทางจิตเวชอื่น ๆ กับโรคตื่นตระหนกได้บ่อย เช่น โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล เป็นต้น วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46(3):247-261

คำสำคัญ โรคตื่นตระหนก ระบาดวิทยา ความชุก อัตราส่วนระหว่างเพศ ภาวะโรคร่วม

บทนำ

การศึกษาทางด้านระบาดวิทยาในโรควิตกกังวลนั้นมีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนส่วนที่เป็นจุดแข็งคือ ถ้าเป็นการศึกษาจากประชากรกลุ่มใหญ่ซึ่งอยู่ในชุมชน และไม่ได้รับการรักษา จะสามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันได้ในแต่ละตัวแปรต่าง ๆ เช่น เพศ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ และอื่น ๆ เนื่องจาก การศึกษาในประชากรกลุ่มนี้ทำให้ตัดปัจจัยรบกวน (confounding factors) ต่าง ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับ การแสวงหาการรักษาออกไปได้ เช่น ปัจจัยเรื่องเพศ การศึกษา วัฒนธรรม เศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาในชุมชนนี้มักใช้เครื่องมือการวิจัยที่ถูกพัฒนาขึ้น จากประเทศอุตสาหกรรมในซีกโลกตะวันตก ซึ่งไม่อาจนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมในประเทศอื่น ๆ ซึ่งมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป¹ ด้วยเหตุนี้การศึกษาในระยะหลังจึงพยายามพัฒนา เครื่องมือการวิจัยที่สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างมีมาตรฐานและเป็นสากล เพื่อให้สามารถนำไปศึกษาได้เหมือน ๆ กันทุกประเทศ

สำหรับข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาในปัจจุบันเกี่ยวกับอัตราความชุก (prevalence rates) ภาวะโรคร่วม (comorbidity) และปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ของโรคตื่นตระหนกนั้นได้มาจากการศึกษาในชุมชนของต่างประเทศหลายแห่งตลอดระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมา² โดยการสำรวจดังกล่าวได้อิงเกณฑ์การวินิจฉัยตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันที่รู้จักกันในชื่อย่อว่า DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) เป็นหลัก จากการสำรวจดังกล่าวพบว่า ความชุกและรูปแบบ (patterns) ของโรคตื่นตระหนกในประเทศต่าง ๆ ทั้ง 5 ทวีปทั่วโลกนั้นมีความคล้ายคลึงกันมาก³

อย่างไรก็ตาม แม้จะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM เหมือนกัน แต่เกณฑ์เหล่านี้ก็มีความแตกต่างกันอยู่บ้างจากฉบับ (version) หนึ่งไปเป็นอีกฉบับ

หนึ่ง⁴ ตั้งแต่ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3 (third edition, DSM-III)⁵ ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3 ปรับปรุงใหม่ (third edition-revised, DSM-III-R)⁶ ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4 (fourth edition, DSM-IV)⁷ และล่าสุด คือ ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (fourth edition-text revised, DSM-IV-TR)⁸ ซึ่งพอจะสรุปถึงความแตกต่างได้ดังนี้

1. การเกิดอาการตื่นตระหนก (panic attacks) ไม่ได้ถือว่าเป็นอาการเฉพาะโรคตื่นตระหนกเพียงโรคเดียว ดังนั้นเกณฑ์การวินิจฉัยการเกิดอาการตื่นตระหนกจึงปรากฏเป็นส่วนแรกในบทของกลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) ก่อนจะตามด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคตื่นตระหนกโดยเฉพาะ

2. เกณฑ์ที่เคยระบุว่า จะวินิจฉัยเป็นโรคตื่นตระหนกได้ต้องมีควมถี่ของอาการตื่นตระหนก 3 ครั้งใน 3 สัปดาห์ หรือ 4 ครั้งใน 1 เดือนนั้นได้ถูกตัดทิ้งไป

การปรับเปลี่ยนเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นนี้ ทำให้มีปัญหาในการเปรียบเทียบผลของการศึกษาทางระบาดวิทยา ในกรณีที่ผู้ศึกษาได้สำรวจกันคนละปี และใช้เกณฑ์ DSM ฉบับที่ต่างกัน นอกจากนี้วิธีการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชนั้น แม้จะได้ข้อมูลว่าควรใช้วิธีการสัมภาษณ์ที่มีรูปแบบชัดเจนเพื่อวินิจฉัยโรค (structured diagnostic interview) ก็ตาม แต่ก็ยังไม่มีข้อสรุปว่าควรจะใช้เครื่องมือชนิดใดถึงจะเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุด และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตื่นตระหนกหลายข้อต้องใช้การตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgment) ประกอบด้วย เช่น การประเมินระดับของความวิตกกังวลล่วงหน้า (anticipatory anxiety) การหลีกเลี่ยงเพราะความกลัว (phobic avoidance) หรือการเสื่อมลง (impairment) ในหน้าที่การงานหรือสังคม เป็นต้น แต่การศึกษาทางระบาดวิทยาในต่างประเทศที่ศึกษาในชุมชนใหญ่และมีประชากรจำนวนมากนั้น ไม่สามารถให้จิตแพทย์ไปเป็นผู้ศึกษาได้ เพราะจะทำให้เสียค่าใช้จ่าย

จ่ายในการวิจัยสูง จึงมักให้บุคลากรอื่นที่ได้รับการฝึกอบรมการเป็นผู้สัมภาษณ์แล้วไปศึกษาแทน โดยใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ได้พัฒนาขึ้นสำหรับงานวิจัย

ปัจจุบันเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโรคตื่นตระหนกเพื่อประเมินผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไป เนื่องจากมีความเชื่อถือได้ระหว่างผู้ประเมินแต่ละคน (inter-rater reliability) ค่อนข้างสูง ได้แก่

1. Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised (ADIS-R)
2. Schedule for Affective Disorders - Lifetime, Anxiety (SADS-LA)
3. Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)
4. Diagnostic Interview Schedule (DIS)⁹
5. Composite International Diagnostic Interview (CIDI)¹⁰

DIS และ CIDI เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการสำรวจทางระบาดวิทยาหลายแห่ง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา โดย DIS เป็นเครื่องมือสำคัญในการสำรวจตามโครงการ Epidemiologic Catchment Area (ECA) ของประเทศสหรัฐอเมริกาและในประเทศอื่น ๆ ที่เข้าร่วมในการศึกษา cross-national collaborative group² ส่วน CIDI นั้นเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ National Comorbidity Survey (NCS) ของประเทศสหรัฐอเมริกา¹¹ และ CIDI จะวินิจฉัยได้ทั้งระบบ DSM และระบบการจำแนกโรคสากล (International Classification of Diseases, ICD) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งฉบับที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันคือฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10)

ความชุกในกลุ่มประชากรทั่วไป

Weissman และคณะ¹² กับ Dean และคณะ¹³ ได้ศึกษาทางระบาดวิทยาไว้ก่อนหน้าที่จะมี DSM-III พบว่าอัตราการความชุกใน 1 เดือนของโรคตื่นตระหนก

เท่ากับร้อยละ 0.4 และ 0.7 ตามลำดับ

แต่การสำรวจ NCS ของประเทศสหรัฐอเมริกาในกลุ่มตัวอย่าง 8098 รายที่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศนั้น พบความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของอาการตื่นตระหนกตามเกณฑ์ DSM-III-R สูงถึงร้อยละ 7.3¹⁴ ขณะที่ Von Korff และคณะ¹⁵ กับ Weissman¹⁶ ซึ่งศึกษาโดยใช้ DIS พบความชุกชั่วชีวิตของอาการตื่นตระหนกประมาณร้อยละ 10

ส่วนการศึกษาในประเทศอื่น ๆ พบความชุกชั่วชีวิตของอาการตื่นตระหนกในอัตราที่แตกต่างกันไป เช่น พบร้อยละ 1.8 ที่เมืองฟลอเรนซ์ ประเทศอิตาลี¹⁷, ร้อยละ 2.4 ในประเทศญี่ปุ่น¹⁸, ร้อยละ 1.7 ในผู้ชายและร้อยละ 4.8 ในผู้หญิงที่กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส¹⁹, ร้อยละ 7.8 ในประเทศนิวซีแลนด์²⁰, ร้อยละ 8.8 ในเมืองซูริค ประเทศสวิสเซอร์แลนด์²¹ และร้อยละ 9.3 ในเมืองมิวนิค ประเทศเยอรมัน²²

กล่าวโดยสรุป คือ อัตราความชุกชั่วชีวิตของอาการตื่นตระหนกในประเทศต่างๆ นั้นคิดเป็นตัวเลขนี้อัตราการส่วนใหญ่อะอยู่ระหว่างร้อยละ 7-9

ส่วนอัตราการความชุกของโรคตื่นตระหนกในชุมชนของประเทศต่างๆ 10 ประเทศนั้นได้ใช้วิธีการศึกษาแบบเดียวกันหมด เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาว่ามีความเหมือนกันหรือต่างกันอย่างไร โดยจำนวนประชากรที่ศึกษาทั้ง 10 ประเทศ รวมกันแล้วมากกว่า 40,000 ราย² พบว่าอัตราการความชุกของโรคตื่นตระหนกอยู่ในช่วงตั้งแต่ร้อยละ 0.4 ในไต้หวัน²³ ไปจนถึงร้อยละ 3.5 ในการสำรวจ NCS ของประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁴ โดยผลการศึกษาส่วนใหญ่ของประเทศต่างๆ พบอยู่ในช่วงร้อยละ 1.5-2.5 (ตารางที่ 1)

ส่วนความชุกของโรคตื่นตระหนกใน 1 ปี (annual prevalence) โดยทั่วไปคือประมาณร้อยละ 1 โดยพบน้อยที่สุดคือร้อยละ 0.2 ในไต้หวัน และมาก

ตารางที่ 1 อัตราความชุกของโรคติดต่อต่อประชากร 100 ราย จากการสำรวจในชุมชน
ของประเทศต่าง ๆ^{1,2}

ประเทศ (โครงการ/เมืองที่ศึกษา)	จำนวน (คน)	ความชุก ใน 1 ปี	ความชุกช่วงชีวิต			อัตราส่วน หญิง : ชาย
			หญิง	ชาย	รวม	
อเมริกา (ECA)	18571	1.0	2.3	1.0	1.7	2.3
อเมริกา (NCS)	8098	2.2	5.1	1.9	3.5	2.7
แคนาดา	3258	0.9	1.9	0.9	1.4	2.1
เปอร์โตริโก	1551	1.1	1.8	1.4	1.7	1.3
ฝรั่งเศส	1746	0.9	3.0	1.3	2.2	2.3
เยอรมัน	481	1.7	3.8	1.4	2.6	2.7
อิตาลี (ฟลอเรนซ์)	1100	1.3	3.9	1.2	2.9	3.2
เลบานอน (เบรุต)	234	2.1	3.1	1.1	2.1	2.8
ไต้หวัน	11004	0.2	0.6	0.2	0.4	3.0
เกาหลี (โซล)	5100	1.5	2.9	0.5	1.5	5.8
นิวซีแลนด์ (โครสท์เชิร์ช)	1498	1.3	3.3	0.7	2.1	4.7
ไอซ์แลนด์	862				2.1	-
ญี่ปุ่น (อิชิกาว่า)	207				1.0	-

ที่สุดคือร้อยละ 3.1 ในเมืองซูริค ซึ่งตัวเลขนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาในโครงการ ECA ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบความชุกในช่วง 1 เดือน ตั้งแต่ร้อยละ 0.6 ในเมืองนิวยอร์กจนถึงร้อยละ 1.0 ในเมืองบัลติมอร์²⁴

ความชุกในกลุ่มผู้ป่วย

องค์การอนามัยโลกได้ศึกษาถึงปัญหาทางจิตใจในเวชปฏิบัติปฐมภูมิหรือในสถานพยาบาลทั่วไปในหลายประเทศทั่วโลกโดยใช้ CIDI เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์และวินิจฉัยด้วย ICD-10²⁵ ผลการศึกษาพบว่าความชุกเฉลี่ย (mean prevalence)

ของประชากรกลุ่มนี้สำหรับการวินิจฉัยในปัจจุบัน (current diagnostic) เท่ากับร้อยละ 1.1 ขณะที่การวินิจฉัยในชีวิต (lifetime diagnostic) เท่ากับร้อยละ 3.4²⁶

ส่วนความชุกในปัจจุบันของอาการติ่งตระหนกและโรคติ่งตระหนกในเมืองต่างๆ ได้นำเสนอในตารางที่ 2 จากตารางนี้จะเห็นว่าอัตราความชุกของอาการติ่งตระหนกนั้นแตกต่างกันมากในแต่ละเมือง ขณะที่อัตราความชุกของโรคติ่งตระหนกนั้นค่อนข้างใกล้เคียงกันคือร้อยละ 1 แต่พบค่อนข้างต่ำในเมืองที่อยู่ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออก คือ ฮ่องกงและเซี่ยงไฮ้ พบเพียงร้อยละ 0.2 เท่านั้น

ตารางที่ 2 อัตราความชุกของอาการตื่นตระหนก และโรคตื่นตระหนกในปัจจุบันต่อผู้ป่วย 100 รายในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ²

เมืองที่ศึกษา	อาการตื่นตระหนก	โรคตื่นตระหนก
ริโอ เดอ จาไนโร	1.4	0.0
บังกาลอร์	2.0	1.0
เอเธนส์	3.0	0.7
นางาซากิ	3.3	0.2
เวโรน่า	3.3	1.5
อังการา	3.4	0.2
เซียงไฮ้	3.8	0.2
อึบดาน	4.9	0.7
ซานติอาโก	5.5	0.6
โกร์นิงเง่น	8.8	1.5
เบอร์ลิน	10.0	0.9
เมนซ์	11.2	1.7
ปารีส	11.3	1.7
ซีแอตเติล	11.5	1.9
แมนเชสเตอร์	16.5	3.5

จะเห็นว่าอัตราความชุกของโรคตื่นตระหนกในเวชปฏิบัติปฐมภูมินั้นค่อนข้างใกล้เคียงกับการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป แต่เมื่อไปศึกษาในผู้ป่วยจากคลินิกแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ส่งผู้ป่วยมาปรึกษาทางจิตเวชแล้ว กลับพบว่าม้อัตราค่อนข้างสูง เช่น พบโรคตื่นตระหนกถึงร้อยละ 16 ในคลินิกโรคหัวใจ²⁷ และพบถึงร้อยละ 35 ในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย (hyperventilation symptoms) ในโรงพยาบาลทั่วไป² เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทย มีข้อมูลจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยของโรงพยาบาลต่างๆ ดังนี้

1. การศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช ก่อนหน้าที่จะมีการจำแนกโรคใหม่ พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคประสาทวิตกกังวลตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค

ของ Feighner จำนวน 180 รายจากทั้งหมด 450 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด²⁸

2. การศึกษาที่โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ในคลินิกโรคหัวใจ โดยใช้ Present State Examination (PSE) ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 243 ราย ในจำนวนนี้ 60 ราย ได้รับการสัมภาษณ์ทางคลินิกโดยจิตแพทย์ พบอุบัติการณ์ของโรคประสาทวิตกกังวลและโรคประสาทซึมเศร้าจากการใช้ PSE รวมทั้งสิ้น 45 ราย จาก 243 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ขณะที่พบจากการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคประสาทวิตกกังวลและโรคประสาทซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-9 จำนวน 16 รายจาก 60 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 27²⁹

3. การศึกษาที่โรงพยาบาลรามธิบดี ในคลินิกจิตเวชเมื่อปี พ.ศ. 2531 พบว่ามีผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตื่นตระหนก 26 ราย จากจำนวนผู้ป่วยใหม่ทั้งสิ้น 665 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 4.1³⁰ ขณะที่การศึกษาย้อนหลังไป 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2529-2533 พบว่ามีผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตื่นตระหนก 120 ราย จากจำนวนผู้ป่วยใหม่ทั้งสิ้น 5,608 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 2.1³¹

4. การศึกษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในคลินิกจิตเวช ตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม 2533 ถึงวันที่ 14 มีนาคม 2534 พบว่ามีผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตื่นตระหนก 80 ราย เป็นโรคกังวลไปทั่ว 56 ราย จากจำนวนผู้ป่วยใหม่ทั้งสิ้น 644 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 12.4 และ 8.7 ตามลำดับ³²

5. การศึกษาที่โรงพยาบาลสระบุรีที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2533 ถึงเดือนกันยายน 2536 พบว่ามีผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตื่นตระหนก 130 ราย จากจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งสิ้น 17,860 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 0.73³³

ได้สรุปข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาในประเทศไทยดังกล่าวข้างต้นไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาในประเทศไทยของโรคประสาทวิตกกังวล โรคกังวลทั่วไป และโรคตื่นตระหนกในกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล³³⁻³⁵

โรงพยาบาลที่ศึกษา	ปีที่ รายงาน (พ.ศ.)	การวินิจฉัยโรค	อัตรา*	ร้อยละ	วิธีที่ใช้ในการศึกษา
โรงพยาบาลศิริราช	2522	โรคประสาทวิตกกังวล	180/450	40	Feighner's RDC
โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่	2526	โรคประสาทวิตกกังวล	45/243	19	PSE
		โรคประสาทซึมเศร้า	16/60	27	สัมภาษณ์ทางคลินิก (ICD-9)
โรงพยาบาลรามธิบดี	2531	โรคตื่นตระหนก	26/665	4.1	สัมภาษณ์ทางคลินิก (DSM-III)
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	2534	โรคตื่นตระหนก	80/644	12.4	สัมภาษณ์ทางคลินิก (DSM-III-R)
		โรคกังวลไปทั่ว	56/644	8.7	สัมภาษณ์ทางคลินิก (DSM-III-R)
โรงพยาบาลรามธิบดี	2535	โรคตื่นตระหนก	120/5608	2.1	สัมภาษณ์ทางคลินิก (DSM-III)
โรงพยาบาลสระบุรี	2536	โรคตื่นตระหนก	130/17860	0.7	สัมภาษณ์ทางคลินิก (DSM-III-R)

* อัตราในที่นี้คือ จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรค หารด้วยจำนวนผู้ป่วยในช่วงที่ศึกษาทั้งหมด

RDC = Research Diagnostic Criteria, PSE = Present State Examination

ความแตกต่างระหว่างเพศ

เมื่อเปรียบเทียบอัตราความชุกชั่วชีวิตของประชากรในชุมชนแล้ว พบผู้หญิงป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกมากกว่าผู้ชายหลายเท่า จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าอัตราส่วนระหว่างหญิง : ชายพบสูงสุดในประเทศเกาหลีคือ 5.8:1 ไปจนถึงต่ำสุดคือประเทศเปอร์โตริโกพบ 1.3:1

การศึกษาในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกชนิดที่มีอะโคราโฟเบียร่วมด้วยก็พบคล้ายคลึงกัน คือ พบเป็นเพศหญิงสูงถึงร้อยละ 75³⁶ ซึ่งพบเหมือนกันในหลายแห่งทั่วโลก ในบางรายงานเช่น จากการศึกษาของ Burns และ Thorpe³⁷ ที่ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยอะโคราโฟเบีย 983 คน ในโครงการสำรวจระดับชาติในประเทศอังกฤษ ก็พบเป็นผู้หญิงสูงถึงร้อยละ 88 เลยทีเดียว

ทำไมถึงพบในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายมากนัก?

มีสมมุติฐานอย่างน้อย 4 สมมุติฐานด้วยกันที่พยายามอธิบายถึงคำถามดังกล่าวได้แก่³⁶

1. เชื่อว่าจริงๆ แล้ว ผู้ชายก็ป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกชนิดที่มีอะโคราโฟเบียพอๆ กับผู้หญิง แต่ด้วยเหตุผลทางวัฒนธรรม ทำให้ผู้หญิงเป็นเพศที่ได้รับการยอมรับมากกว่าในการแสดงออกซึ่งความกลัวและความวิตกกังวล ดังนั้นจึงพบผู้หญิงมารักษามากกว่าผู้ชาย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากโครงการ ECA ในประเทศสหรัฐอเมริกา ไม่สนับสนุนสมมุติฐานนี้ เนื่องจากพบผู้หญิงป่วยเป็นอะโคราโฟเบียมากกว่าผู้ชายในชุมชนของ 5 เมืองที่ศึกษา

2. เชื่อว่าผู้หญิงป่วยมากกว่าผู้ชายจริง เนื่องจากผู้หญิงมีการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ (endocrinological changes) ที่สัมพันธ์กับชีววิทยาของร่างกาย ทำให้ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการตื่นตระหนกได้มากกว่าผู้ชาย

3. เชื่อว่าผู้หญิงป่วยมากกว่าผู้ชายจริงแต่เนื่องจากเหตุผลทางวัฒนธรรมที่ผู้ชายถูกสอนมาให้อดทนหรือเอาชนะต่อความกลัว อย่างสำนวนไทยที่ว่า “ลูกผู้ชายต้องสู้” จึงทำให้ผู้ชายออกไปเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ ตั้งแต่ต้น จึงไม่เกิดพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ดังกล่าว

4. เชื่อว่าผู้หญิงกับผู้ชายป่วยพอ ๆ กัน^{38,39} เพียงแต่ปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction) ต่ออาการตื่นตระหนกเท่านั้นที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้หญิงจะใช้วิธีหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ จึงทำให้เกิดอะโรราโฟเบีย ในขณะที่ผู้ชายจะใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการของตัวเองแทน ดังคำพูดที่ว่า “ดื่มเหล้าเพื่อข่มใจ” เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล กลับพบว่าผู้ชายมารักษามากกว่ากับผู้หญิง และบางรายงานกลับพบผู้ชายมากกว่าผู้หญิงด้วยซ้ำ คือ คิดเป็นอัตราส่วนระหว่างผู้หญิง : ผู้ชาย เท่ากับ 0.67 : 1 ถึง 1.45:1 (ตารางที่ 4)

พิเชฐ อุดมรัตน์³⁵ ได้ให้เหตุผลที่ว่าทำไมจึงพบผู้ชายมารักษาที่โรงพยาบาลได้มากกว่ากับผู้หญิง ทำให้อัตราส่วนระหว่างผู้หญิงต่อผู้ชายจึงไม่สูงมาก เหมือนกับการศึกษาในประเทศทางซีกโลกตะวันตกว่าอาจเกิดจากเหตุผลต่อไปนี้

1. ในสังคมไทยนั้นอาการตื่นตระหนกที่เกิดขึ้นในผู้หญิง อาจทำให้คนใกล้ชิดคิดว่าเป็นลมหรือเป็นโรคลม ซึ่งเป็นอาการที่ไม่ร้ายแรงและพบได้บ่อยในผู้หญิง การรักษาจึงเพียงแค่งินยาหอม ยาลม หรือสูดดมด้วยยาดมยาหอมองอยู่ที่บ้านจึงไม่ได้พาผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล

2. ผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกเองบางครั้งก็เข้าใจไปว่าอาการนี้เป็นอาการของเลือดลมหรือทางภาคใต้จะใช้คำว่า “เพศเลือด” โดยเฉพาะหากมีอาการตื่นตระหนกในช่วงก่อนหรือหลัง หรือขณะมีประจำเดือน หรือในวัยใกล้ประจำเดือนจะหมด จึงมักรักษาตัวเองอยู่ที่บ้านด้วยยาสมุนไพร หรือยาสตรีชนิดต่าง ๆ เช่น ยาสตรีเพ็ญภาค เป็นต้น

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกทั้งผู้หญิงและผู้ชาย และอัตราส่วนระหว่าง ผู้หญิงต่อผู้ชายในการศึกษาที่โรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทย³³⁻³⁵

โรงพยาบาลที่ศึกษา	ปีที่ศึกษา (พ.ศ.)	ผู้หญิง (ราย)	ผู้ชาย (ราย)	อัตราส่วนระหว่าง ผู้หญิง : ผู้ชาย
โรงพยาบาลรามธิบดี	2531	14	21	0.67:1
โรงพยาบาลรามธิบดี	2529-2533	67	53	1.26:1
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	2529-2530	17	13	1.31:1
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	2533-2534	40	41	1:1
โรงพยาบาลสระบุรี	2533-2536	77	53	1.45:1

3. ผู้หญิงในเขตชนบทส่วนใหญ่ มักดูแลรับผิดชอบเฉพาะงานในบ้านมากกว่าจะออกไปทำงานนอกบ้าน เมื่อเป็นโรคตื่นตระหนกชนิดที่มีอะโรราโฟเบียร่วมด้วย ซึ่งทำให้ไม่กล้าออกจากบ้านไปไหนมาไหนตามลำพัง ก็มักไม่มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานมากนัก จึงทำให้ไม่ได้มารักษาที่โรงพยาบาล

4. ในทางกลับกัน เมื่ออาการตื่นตระหนกนี้เกิดขึ้นกับผู้ชาย ซึ่งในสังคมไทยไม่ได้ยอมรับที่ผู้ชายจะเป็นลมหรือเป็นโรคลมบ่อยๆ เพราะหมายถึงความอ่อนแอ หรือไม่แข็งแรง ผู้ชายจึงรีบมารักษาอย่างรวดเร็วกว่าผู้หญิง และเนื่องจากผู้ชายส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว จึงทำให้ไม่ค่อยมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายที่จะมารักษาที่โรงพยาบาลมากนัก ขณะที่ผู้หญิงในชนบทซึ่งต้องพึ่งสามีในเรื่องการเงินอาจไม่กล้ารบกวนสามีจนเมื่อเกิดอาการขึ้นบ่อยๆ ทำให้สามีต้องมาคอยช่วยดูแลภรรยาหลาย ๆ ครั้ง หรือสามีต้องมารับภาระทำงานบ้านแทนภรรยา เมื่อนั้นสามีจึงมักเป็นฝ่ายชักชวนภรรยาหรือสนับสนุนให้ภรรยามารับการรักษาที่แพทย์

อายุที่เริ่มป่วย

จากการศึกษาพบว่าโรคตื่นตระหนกเกิดได้ทุกช่วงของอายุ แต่พบว่ามีความชุกสูงสุดในช่วงอายุ 25-44 ปี³⁴ โดยมีอายุที่เริ่มป่วย (age at onset) อยู่ในช่วง 20-25 ปี Sheehan และคณะ^{40,41} พบว่า ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกชนิดที่มีอะโรราโฟเบียร่วมด้วยนั้น จะเริ่มป่วยครั้งแรกเมื่ออายุ 24 ปี โดยร้อยละ 14 มีอาการเกิดขึ้นก่อนอายุ 15 ปี และพบเกิดหลังอายุ 50 ปีไปแล้วเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น แต่จากการศึกษาในประเทศเยอรมันและเกาหลีพบว่าอาจเริ่มป่วยช้ากว่า กล่าวคือเริ่มป่วยเมื่ออายุ 35.5 ปีในประเทศเยอรมัน และ 32.1 ปีในประเทศเกาหลี²

สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาศึกษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ และที่คลินิกจิตเวช

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วย คือ 30 ปี³¹ และก่อนอายุ 35.8 ปี⁴² ตามลำดับ แต่สำหรับผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกซึ่งไปตรวจที่คลินิกโรคหัวใจนั้นจะมีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยขณะที่ไปตรวจรักษาเท่ากับ 47.2 ปี⁴³

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันจึงได้สรุปไว้ใน DSM-IV-TR⁸ ว่าโรคตื่นตระหนกอาจมีการกระจายเป็นสองช่วง (bimodal distribution) โดยช่วงแรกที่พบมากที่สุดนั้นจะเป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ส่วนช่วงหลังที่พบรองลงมานั้นจะเป็นช่วงอายุประมาณ 34-36 ปี (mid-30s) ซึ่งตรงกับที่ Lepine และ Pelissolo² ได้สรุปไว้เช่นกันว่าโรคตื่นตระหนกนี้มีรูปแบบการกระจายเป็นสองช่วง แต่ Lepine และ Pelissolo ให้ช่วงแรกคือ ช่วงอายุ 15-24 ปี และช่วงหลังคือช่วงอายุ 45-54 ปี

สำหรับอายุในวัยอื่นจะพบได้น้อยมาก แต่ก็พบได้บ้าง เช่น Ballenger และคณะ เคยรายงานผู้ป่วยสามรายที่เป็นเด็กอายุ 8, 11 และ 13 ปี⁴⁴ ส่วนศุภรัตน์ เอกอัครวิน⁴⁵ ก็เคยรายงานผู้ป่วยเด็กหญิงไทยที่อายุ 8 ปี และ 14 ปีซึ่งป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกสำหรับกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป พบอัตราความชุกของโรคตื่นตระหนกประมาณร้อยละ 0.1 เท่านั้น⁴⁶ โดยพบผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคนี้ได้บ่อย^{47,48} แต่ก็เคยมีรายงานผู้ป่วยอายุ 75 และ 89 ปีที่ป่วยเป็นโรคตื่นตระหนก⁴⁹

เชื้อชาติและเผ่าพันธุ์

จากการศึกษา ECA ในประเทศสหรัฐอเมริกา ไม่พบความแตกต่างกันในอัตราความชุกของโรคตื่นตระหนกระหว่างกลุ่มแอฟริกัน-อเมริกัน กลุ่มฮิสปานิกกับกลุ่มคนอเมริกันผิวขาว ซึ่งจากการสำรวจ NCS ก็ให้ผลที่คล้ายคลึงกัน แต่ข้อมูลจาก NCS พบว่าหากนำเอาอายุมาดูร่วมกับเชื้อชาติหรือเผ่าพันธุ์แล้ว จะพบว่าในช่วงอายุ 45-54 ปีนั้น อัตราความชุกของกลุ่มคนอเมริกันผิวดำ และกลุ่มฮิสปานิกจะต่ำกว่า

กลุ่มอเมริกันผิวขาวมาก

ส่วนข้อมูลจากการศึกษาในหลายประเทศนั้น พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน ยกเว้นที่ในไต้หวันซึ่งพบต่ำมาก ขณะที่ในเกาหลีกลับพบอัตราความชุกของโรคตื่นตระหนกและของโรคซึมเศร้าได้มากกว่ากับกลุ่มประเทศทางแถบซีกโลกตะวันตก²

ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

ปัจจัยเสี่ยง (risk factors) อื่น ๆ ที่มีผู้ศึกษาไว้ในโรคตื่นตระหนก ได้แก่

1. สถานภาพสมรส Lepine และคณะ¹⁹ พบว่าอัตราความชุกจะสูงในกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่

2. ระดับการศึกษา ข้อมูลจากการสำรวจ NCS พบว่าประชากรที่มีการศึกษาในโรงเรียนต่ำกว่า 12 ปี จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ถึง 10 เท่า แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความเจ็บป่วย

3. เหตุการณ์ในชีวิต (life events) มีการศึกษาหลายรายงานที่บ่งชี้ว่าเหตุการณ์ในชีวิต เช่น การสูญเสียหรือการพลัดพรากที่สำคัญซึ่งเกิดขึ้นก่อนอายุ 15 ปี^{50,51} ความกังวลจากการถูกพลัดพรากที่เกิดขึ้นในช่วงต้นของชีวิต (early separation anxiety)⁵² หรือการถูกรบกวนกระเทือนทางจิตใจในวัยเด็ก^{53,54} รวมทั้งการถูกทำร้ายทางร่างกายหรือทางเพศนั้น⁵⁴ อาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการตื่นตระหนก และป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกขึ้นในวัยผู้ใหญ่ได้

ภาวะโรคร่วม

ภาวะโรคร่วม (comorbidity) ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะโรคตื่นตระหนกกับโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เท่านั้น โดยหลักฐานทางระบาดวิทยาชั้นแรกเกี่ยวกับภาวะโรคร่วมของกลุ่มโรควิตกกังวลนั้น มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลของโครงการ ECA ซึ่งพบว่าเกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั้งหมด ไม่ว่าจะ

ป่วยด้วยโรควิตกกังวลชนิดใดก็ตาม ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตในผู้ป่วยคนนั้น จะป่วยเป็นโรควิตกกังวลชนิดอื่นอีกอย่างน้อยหนึ่งชนิด⁵⁶

จากการศึกษาในหลายๆ ประเทศ พบว่าโรคตื่นตระหนกมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับโรคอะโรราโฟเบีย กล่าวคือ การป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคอะโรราโฟเบียสูงขึ้น โดยค่า odds ratio อยู่ในช่วง 7.5 ในประเทศสหรัฐอเมริกา (โครงการ ECA) ไปจนถึง 21.4 ในประเทศเปอร์โตริโก (ดูตารางที่ 5) ขณะที่ผลของการสำรวจ NCS ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกไม่เคยมีอาการอะโรราโฟเบียมาก่อน¹⁴ โดยโรคตื่นตระหนกชนิดที่มีอะโรราโฟเบียร่วมด้วยนั้นมีความชุกชั่วชีวิตเท่ากับร้อยละ 1.5 และมีความชุกช่วง 1 เดือนเท่ากับร้อยละ 0.7

โรคกลัวสังคม (social phobia) ก็พบร่วมกับโรคตื่นตระหนกได้บ่อย โดยร้อยละ 19.2-73.9 ของผู้ป่วยโรคกลัวสังคมจะบอกว่าตัวเองเคยมีอาการของโรคตื่นตระหนกในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต³ ส่วนโรควิตกกังวลอื่น ๆ นั้น Goisman และคณะ⁵⁷ รายงานว่าพบผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกป่วยเป็นโรควิตกกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder, GAD) ร้อยละ 20, โรควัยคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder, OCD) ร้อยละ 14, และโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder, PTSD) ร้อยละ 6

ตารางที่ 5 ผลการศึกษาในประเทศต่างๆ ถึงร้อยละของการมีอะโกราโฟเบียเป็นภาวะโรคร่วมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคต้นตระหนกเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคต้นตระหนก โดยมีค่า odds ratio ซึ่งได้ปรับตามเพศและอายุแล้ว³

ประเทศที่ศึกษา	ในผู้ป่วยที่เป็นโรคต้นตระหนก (ร้อยละ)	ในผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคต้นตระหนก (ร้อยละ)	Odds ratio (95% CI)
อเมริกา (ECA)	33.8	5.5	7.5 (5.5-10.1)
อเมริกา (NCS)	38.8	5.1	10.6 (7.3-15.5)
แคนาดา	31.8	2.7	15.1 (7.6-29.9)
เปอรโตริโก	58.2	6.0	21.4 (9.2-50.2)
ฝรั่งเศส	48.9	6.5	12.7 (6.8-24.0)
ไต้หวัน	22.5	1.4	17.2 (8.0-37.2)
เกาหลี	34.7	2.1	17.2 (10.6-27.8)
นิวซีแลนด์	29.5	3.4	9.4 (4.2-21.2)

ตารางที่ 6 ผลการศึกษาในประเทศต่างๆ ถึงร้อยละของการมีโรคซึมเศร้าเป็นภาวะโรคร่วมในผู้ป่วยที่เป็นโรคต้นตระหนกเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคต้นตระหนก โดยมีค่า odds ratio ซึ่งได้ปรับตามเพศและอายุแล้ว³

ประเทศที่ศึกษา	ในผู้ป่วยที่เป็นโรคต้นตระหนก (ร้อยละ)	ในผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคต้นตระหนก (ร้อยละ)	Odds ratio (95% CI)
อเมริกา (ECA)	32.8	4.7	8.7 (6.4-11.7)
อเมริกา (NCS)	54.5	16.0	5.7 (4.0-8.1)
แคนาดา	68.2	9.2	20.1 (10.4-38.8)
เปอรโตริโก	38.2	3.7	15.3 (6.4-36.6)
ฝรั่งเศส	48.9	17.3	3.8 (2.1-7.1)
ไต้หวัน	22.5	1.3	19.6 (9.1-42.1)
เกาหลี	28.4	2.5	13.2 (8.0-21.6)
นิวซีแลนด์	40.8	11.2	4.6 (2.2-9.4)

ส่วนโรคซึมเศร้า (major depression) นั้นพบว่าค่า odds ratio ของโรคต้นตระหนกกับโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 3.8 ในประเทศฝรั่งเศสจนถึง 20.1 ในประเทศแคนาดา³ (ตารางที่ 6) ส่วนการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (โครงการ WHO-ADAMHA CIDI Field Trial Study) ซึ่งศึกษาถึงลำดับเวลาของ

การป่วยเป็นโรคต้นตระหนกกับโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorders) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นทั้งสองโรคจำนวน 55 รายนั้น พบว่าร้อยละ 50.9 เป็นทั้งสองโรคในปีเดียวกัน ร้อยละ 25.5 จะป่วยเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์มาก่อนและร้อยละ 23.6 จะป่วยเป็นโรคต้นตระหนกมาก่อน⁵⁸

ส่วนความสัมพันธ์ของโรคตื่นตระหนกกับภาวะการใช้สุราหรือสารที่ผิดวัตถุประสงค์ (alcohol or substance abuse) นั้น จากผลการศึกษาในโครงการ ECA พบว่ามีผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกร้อยละ 36 ที่มีภาวะดังกล่าว⁴⁶ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาทางคลินิกซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกป่วยเป็นโรคพิษสุรา (alcoholism) ร่วมด้วยร้อยละ 13 ถึงร้อยละ 43⁵⁹

สรุป

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งได้ข้อมูลที่ยืนยันตรงกันในเรื่องความชุกของโรคตื่นตระหนกในชุมชน โดยพบความชุกในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา ร้อยละ 1 ส่วนความชุกในช่วงชีวิตจะอยู่ในช่วงร้อยละ 1.4-3.5 จะพบโรคตื่นตระหนกได้มากกว่าในผู้หญิง คนวัยหนุ่มสาว คนที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ ส่วนภาวะโรคร่วมนั้นมักพบโรคตื่นตระหนกร่วมกับโรควิตกกังวลชนิดอื่นหรือโรคซึมเศร้าได้บ่อย

อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นทางด้านระบาดวิทยาอีกหลายประเด็นที่ยังต้องศึกษาต่อเพื่อหาคำตอบเพิ่มเติมอีกต่อไป เช่น

- การปรับเปลี่ยนเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของระบบการจำแนกโรคต่างๆ (DSM, ICD) นั้นจะมีผลต่อข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาอย่างไร
- ควรเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีอายุที่เริ่มป่วยต่างกัน เช่น กลุ่มที่เริ่มป่วยเมื่ออายุน้อย (early onset) กับกลุ่มที่เริ่มป่วยเมื่ออายุมาก (late-onset panic disorder, LOPD)
- ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สำหรับภาวะโรคร่วมเป็นต้น

เชื่อว่าในอนาคตอันใกล้ ข้อมูลจากการศึกษาทางด้านระบาดวิทยา รวมทั้งการศึกษาในด้านอื่นๆ ที่กำลังมีผู้ศึกษาอยู่ในส่วนต่างๆ ของโลกนี้ คงทำให้เราได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคตื่นตระหนก

ในแง่มุมต่างๆ ได้มากยิ่งขึ้นต่อไป.

เอกสารอ้างอิง

1. Horwath E, Weissman MM. Anxiety disorders : Epidemiology. In : Sadock BJ, Sadock VA, eds. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2000:1444-50.
2. Lepine JP, Pelissolo A. Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. In: Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP, eds. Panic disorder : Clinical diagnosis, management and mechanisms. London : Martin Dunitz, 1999:9-23.
3. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1997; 54:305-9.
4. Barlow DH, Brown TA, Craske MG. Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV : Implications for research. J Abnormal Psychol 1994; 104:553-64.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1980; 225-39.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1987; 235-53.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1994; 393-444.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000:429-84.

9. Robins LN, Helzer JE, Croughan JL. The NIMH diagnostic interview schedule : Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 381-9.
10. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, et al. The composite international diagnostic interview : An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 45:1069-77.
11. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
12. Weissman MM, Myers JK. Psychiatric disorders in a U.S. community : The application of Research Diagnostic Criteria to a resurveyed community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62:99-11.
13. Dean C, Surtees PG, Sashidharan SP. Comparison of research diagnostic systems in an Edinburgh community sample. *Br J Psychiatry* 1983;142:247-56.
14. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994; 151:413-20.
15. Von Korff MR, Eaton WW, Keyl PM. The epidemiology of panic attacks and panic disorder : Results of three community surveys. *Am J Epidemiol* 1985; 122:970-81.
16. Weissman MM. The hidden patient : Unrecognized panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; Suppl:5-8.
17. Faravelli C, Degli' Innocenti BG, Aiazzi L, et al. Epidemiology of anxiety disorder in Florence. *J Affect Disord* 1989; 19:1-5.
18. Aoki Y, Fujihara S, Kitamura T. Panic attacks and panic disorder in a Japanese nonpatient population : Epidemiology and psychosocial correlates. *J Affect Disord* 1994; 32:51-9.
19. Lepine JP, Lellouch J. Classification and epidemiology of anxiety disorders. In : Darcourt G, Mendlewicz J, Racagni G, Brunello N, eds. *Current therapeutic approaches to panic and other anxiety disorders. Int Acad Biomed Drug Res, Vol8. Basel : Karger, 1994; 1-14.*
20. Joyce PR, Bushnell JA, Oakley-Browne MA, et al. The epidemiology of panic symptomatology and agoraphobic avoidance. *Comp Psychiatry* 1989; 30: 303-12.
21. Angst J, Dobler-Mikola A, The Zurich study. V. Anxiety and phobia in young adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1985; 235:171-8.
22. Wittchen HU. Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders : Results of the Munich Follow-up Study (MFS). In : Hand I, Wittchen HU, eds. *Panics and phobias, Vol. 2. Berlin : Springer-Verlag, 1986.*
23. Hwu HG, Yeh EK, Chang LY. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 136-47.
24. Weissman MM, Leaf P, Tischler GL, et al. Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med* 1988; 18:141-53.
25. Sartorius N, Ustun B, Costa e Silva JA, et al. An international study of psychological problems in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:819-24.
26. Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care : An international study. Chichester : Wiley, 1995.
27. Chignon JM, Lepine JP, Ades J. Panic disorder in cardiac outpatients. *Am J Psychiatry* 1993;150:780-5.

28. สมภาพ เรืองตระกูล, อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม, อรพรรณ ทองแดง และคณะ. โรคประสาทชนิดกังวล : การศึกษาลักษณะทางคลินิกในผู้ป่วย 180 ราย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2522; 24: 283-90.
29. Tanchaiswad W, Yipintsoi T. Anxiety and depressive neurosis in a cardiac outpatient of a general hospital. Thai J Intern Med 1987; 2:14-8.
30. Nilchaikovit T. Round table discussion on panic disorder. In : Symposium proceedings and panel discussion on "Panic disorder : An update". Hong Kong : Excerpta Medica Asia, 1988:15-28.
31. ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, ปราโมทย์ สุนิษฐ์. โรคแพนิค : การวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์สาขาอื่นที่ไม่ใช่จิตเวชศาสตร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2535; 37: 182-90.
32. Udomratn P. Anxiety disorders at Songklanagarind Hospital from 1990-1991. Data presented at an International Symposium on Panic Disorder at Goodwood Park Hotel, Singapore. June 18, 1991.
33. ศิริรัตน์สุขวัลย์. โรคแพนิคที่โรงพยาบาลสระบุรี. วารสารโรงพยาบาลสระบุรี. 2536;18(4):34-52.
34. พิเชฐ อุดมรัตน์. Panic disorder. ใน : เกษม ตันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536:464-74.
35. Udomratn P. Panic disorder in Thailand : A report on the secondary data analysis. J Med Assoc Thai 2000; 83:1158-66.
36. Barlow DH, Cerny JA. Psychological treatment of panic. New York : Guilford Press, 1988:1-27.
37. Burns LE, Thorpe GL. Fears and clinical phobias : Epidemiological aspects and national survey of agoraphobics. J Intern Med Res 1977; 3:132-9.
38. Chambless DL, Mason J. Sex, sex role stereotyping, and agoraphobia. Behav Res Ther 1986; 24:231-5.
39. Barlow DH. Anxiety and its disorders. New York : Guilford, 1988.
40. Sheehan DV, Sheehan KH. The classification of anxiety and hysterical states part I : Historical review and empirical delineation. J Clin Psychopharmacol 1982;2:235-43.
41. Sheehan DV, Sheehan KH. The classification of anxiety and hysterical states part II : toward a more heuristic classification. J Clin Psychopharmacol 1982;2: 386-93.
42. พิเชฐ อุดมรัตน์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์, สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. โรคแพนิคที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2531; 33: 107-18.
43. พิเชฐ อุดมรัตน์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. Panic disorder และ generalized anxiety disorder : การศึกษาเปรียบเทียบใน Hamilton anxiety scale. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2531; 33:17-23.
44. Ballenger JC, Carek DJ, Steele JJ, Cornish-McTighe D. Three cases of panic disorder with agoraphobia in children. Am J Psychiatry 1989; 146:922-3.
45. ศุภรัตน์เอกอัครวิน. โรคแพนิคในเด็กและวัยรุ่น : ทบทวนวรรณกรรมและรายงานผู้ป่วย 2 ราย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44:65-72.
46. Regier DA, Boyd JH, Burk JD Jr, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States: based on five Epidemiological Catchment Area sites. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:977-86.
47. Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. Am J Psychiatry 1994; 151: 640-9.
48. พิเชฐ อุดมรัตน์. ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ. ใน : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย

- สงขลานครินทร์. จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ : สู่สหัสวรรษ
ใหม่. เล่มที่ 1 สงขลา : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2542:
21-39.
49. Luchins DJ, Rose RP. Late-life onset of panic
disorder with agoraphobia in three patients. *Am J
Psychiatry* 1989;146:920-1.
50. Battaglia M, Bertella S, Politi E, et al. Age at onset of
panic disorder : Influence of familial liability to the
disease and of childhood. *Am J Psychiatry* 1995;
152:1362-4.
51. Servant D, Parquet PJ. Early life events and panic
disorder : Course of illness and comorbidity. *Prog
Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1985; 18:
373-9.
52. Silove D, Harris M, Morgan A, et al. Is early separation
anxiety a specific precursor of panic disorder-
agoraphobia? A community study. *Psychol Med* 1995;
25:405-11.
53. Dumas CA, Katerndahl DA, Burge SK. Familial
patterns in patients with infrequent panic attacks. *Arch
Fam Med* 1995; 4:863-7.
54. David D, Giron A, Mellman JA. Panic-phobic patients
and developmental trauma. *J Clin Psychiatry* 1995;
56:113-17.
55. Stein MB, Walker JR, Anderson G, et al. Childhood
physical and sexual abuse in patients with anxiety
disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry*
1996; 153:275-7.
56. Weissman MM, Leaf P, Blazer DG, et al. Panic disorder
: clinical characteristics, epidemiology, and treatment.
Psychopharmacol Bull 1986; 22:787-91.
57. Goisman RM, Warshaw MG, Peterson LG, et al. Panic,
agoraphobia and panic disorder with agoraphobia
data from a multicenter anxiety disorders study. *J Nerv
Ment Dis* 1994; 182:72-9.
58. Lepine JP, Wittchen HU, Essau CA and participants of
the WHO-ADAMHA CIDI Field Trials. Lifetime and
current comorbidity of anxiety and affective disorders:
results from the International WHO-ADAMHA CIDI
Field Trials. *Int J Meth Psy Res* 1993; 3:67-77.
59. Wittchen HU, Essau CA. Epidemiology of panic
disorders: progress and unresolved issues. *J Psychiat
Res* 1993; 27(Suppl 1):47-68.



Epidemiology of Panic Disorder

Pichet Udomratn, M.D.*

Abstract

Recent articles and research papers on the epidemiology of panic disorder were reviewed. It is difficult to compare the results from those studies due to the lack of uniformity of the assessment methods. However, it can be concluded that the lifetime prevalence of panic attack was 7-9% while the annual prevalence of panic disorder was generally about 1%. In Thailand, the rate of panic disorder in patients who first attended at the psychiatric outpatient clinic was 0.7-12.4%. Regarding sex difference in many countries, the range of the female : male ratio of panic disorder in patients living in the community was 1.3 : 1 to 5.8 : 1. In Thailand, the range of the female : male ratio in patients attended at the clinic was 0.67 : 1 to 1.45 : 1. These differences may be due to cultural factors. Thai women suffering panic attacks are considered as "*pen lom*" or having the "wind illness" of women which is treated by traditional medicine at home, while Thai men having panic attacks are considered as having a medical illness which should be treated medically. The age at onset of panic disorder follows a bimodal distribution with an early mode in late adolescence and a later one in the mid-life period. Several studies have suggested that life events in childhood may enhance the risk of panic disorder in adulthood. The comorbidity of panic disorder and other psychiatric disorders are primarily found with major depression and social phobia. **J Psychiatr Assoc Thailand 2001; 46(3):247-261.**

Key words: panic disorder, epidemiology, prevalence, sex ratio, comorbidity

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla 90110