



การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ : ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี

ธัญชนก พรหมภักดี, พบ. *, พิเชฐร์ อุดมรัตน์, พบ. *

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดำเนินโรคในระยะยาวและปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วิธีการ เป็นการศึกษาแบบ retrospective descriptive study โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Depressive disorder (F32) หรือ Recurrent depressive disorder (F33) ตาม ICD-10 โดยเป็นผู้ป่วยซึ่งมาตรวจที่โรงพยาบาลตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2544 ถึง 30 มิถุนายน 2547 และมีรายละเอียดของการรักษาในเวชระเบียนย้อนหลังไปอย่างน้อย ไม่ต่ำกว่า 10 ปี

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,655 ราย แต่มีผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์คัดเลือกเพียง 51 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 6 ราย เพศหญิง 45 ราย มีจำนวนครั้งของการป่วยทั้งหมด 192 episode จำนวน episode เฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 3.8 อายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วยครั้งแรกในเพศหญิง 40.8 ปี ในเพศชาย 37.5 ปี เมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคกับการฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการระดับรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 77.4 ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางพบเพียงร้อยละ 12.9 เมื่อวิเคราะห์ multivariate โดยใช้ Cox proportional hazard พบว่าเพศ การขาดยา ระดับความรุนแรงของโรคใน episode แรก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าเพศชาย 6.5 เท่า (95%CI=1.9-22.1) ผู้ที่มีประวัติขาดยามีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ไม่ขาดยา ประมาณ 4 เท่า (95%CI=1.6-10.1) และผู้ป่วยที่มีอาการ รุนแรงระดับปานกลาง (moderate) มีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่า ผู้ป่วยกลุ่มเล็กน้อย (mild) 3.4 เท่า (95%CI=0.7-15.6) เมื่อดูสภาวะการทำงานของ ผู้ป่วยในครั้งสุดท้ายที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา พบว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะ full recovery, nearly full recovery, partial recovery และ partial disability ร้อยละ 11.8, 43.1, 33.3 และ 11.8 ตามลำดับ

สรุป ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีผลการรักษาปานกลางถึงค่อนข้างดี โดยพบว่า เพศหญิง, ผู้ป่วยที่ขาดยาและผู้ป่วยที่มีอาการป่วยใน episode แรกระดับปานกลาง (moderate) ขึ้นไป จะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่ากลุ่มอื่น ได้เสนอให้มีการศึกษาถึงการดำเนินโรคในระยะยาวแบบ prospective study รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ โดยควรศึกษาข้อมูลจากโรงพยาบาลอื่นๆ ด้วย เพื่อจะได้เข้าใจถึงภาพรวมของการดำเนินโรคซึมเศร้าในคนไทยทั้งหมดต่อไป

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53(1): 81-97

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110



Natural Course and Outcome of Depressive Disorder Patients in Songklanagarind Hospital : Ten Years of Follow-up

*Thunchanok Prompakdee, M.D. *, Pichet Udomratn, M.D. **

Abstract

Objective: To study the long term natural course of the factors related to recurrence and functional status outcome of major depressive disorder patients treated at Songklanagarind Hospital

Method: A retrospective, descriptive study used systematical review of medical records from 1 July 2001 - 30 June 2004.

Results: During the period studied there were 1,655 depressive disorder patients, according to ICD-10 criteria (F32 and F33), of whom 51 (6 males and 45 females) met the inclusion criteria of the study. There were a total of 192 depressive episodes in these 51 patients, of which moderate severity was the most common (52.9%). Severe patients had a higher rate of suicidal thoughts (77.4%) than the moderate severity ones (12.9%). By using multivariate Cox proportional hazard, it was found that factors that were associated with recurrent depressive disorders were sex, poor drug compliance, and severity of symptoms. Females were 6.5 times (95%CI = 1.9-22.1) more likely to have recurrent episode than males while poor drug complaints were 4 times (95% CI = 1.6-10.1) more likely to have recurrent episode than good ones. At the last visit, the functional status of patients with full recovery, nearly full recovery, partial recovery and partial disability were 11.8%, 43.1%, 33.3% and 11.8%, respectively.

Conclusion: Thai depressive disorder patients treated at Songklanagarind Hospital had a fairly good outcome. Female, poor drug compliance and more severity of symptoms in the first episode were associated with recurrent depression. Further prospective studies from various hospitals are recommended and will give us a clear picture of the natural course and outcome of Thai patients.

Key words: natural course, outcome, depressive disorders, patients

J Psychiatr Assoc Thailand 2008; 53(1): 81-97

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

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder, MDD) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีอาการป่วยซ้ำได้บ่อย¹ และมักพบร่วมกับโรคทางกาย และโรคทางจิตเวชอื่นๆ² จัดว่าเป็นโรคเรื้อรังที่แพงมากโรคหนึ่ง หากวัดด้วยผลิตผล (productivity) ของการทำงานที่ลดลง การขาดงาน ค่าใช้จ่ายโดยตรงในทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย (suicide - related costs)³ ด้วยเหตุผลดังกล่าว โรคซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศต่างๆ หลายประเทศทั่วโลก เช่น ในสหรัฐอเมริกา¹ อิสราเอล⁴ หรือแม้กระทั่งในประเทศไทย จากการศึกษาคความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งเป็นการสำรวจระดับชาติของประชากรทั้ง 4 ภาค โดยใช้ Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) เมื่อปี พ.ศ. 2546 พบว่าโรคซึมเศร้ามีความชุกสูงถึงร้อยละ 3.2 และประมาณการว่ามีคนไทยในขณะนั้นป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากถึง 871,744 ราย⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในต่างประเทศเป็นระยะยาวหลายรายงาน เช่น Baumgarten EW และคณะ⁶ ได้ศึกษาแบบ historic cohort study ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 222 ราย ซึ่งมารักษาที่มหาวิทยาลัย Nijmegen ประเทศเนเธอร์แลนด์ เพื่อดูการดำเนินโรคของผู้ป่วยเป็นเวลา 10 ปีปรากฏว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วย มีภาวะซึมเศร้าเพียงแค่ 1 ครั้งในช่วงเวลาดังกล่าวและระยะเวลาของการป่วยครั้งแรกเฉลี่ย 103 วันโดยผู้ป่วยที่มีมากกว่า 1 episode มีจำนวน 88 ราย ซึ่งครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะห่างระหว่างแต่ละ episode (interepisode) ประมาณ 2 ปีหรือน้อยกว่า ส่วน Oquendo MA และคณะ⁷ ได้ศึกษาถึงอาการใน episode แรก และ episode ที่สอง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด 185 รายที่มารักษาใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในนิวยอร์กและพิตสเบิร์กและประเมินอาการซึมเศร้าด้วย Hamilton Depression Rating Scale พบว่ามีผู้ป่วย 78 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการกลับเป็นซ้ำภายใน

ระยะเวลา 2 ปี Mueller TI และคณะ⁸ ได้ศึกษาถึงอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยศึกษาแบบ prospective ในโรงเรียนแพทย์ 5 แห่งคือที่บอสตัน ซิกาโก โอไฮโอวา นิวยอร์ก และเซนต์หลุยส์ พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างเดียว 431 คนที่เข้าร่วมโครงการเมื่อติดตามผู้ป่วยไปจนครบ 15 ปี เหลือผู้ป่วยที่ร่วมโครงการจนครบระยะเวลาเพียง 380 ราย (ร้อยละ 85) ในจำนวนนั้นมีผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 58 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เคยมีประวัติของการป่วยครั้งก่อนที่ค่อนข้างยาวนานและไม่ได้แต่งงาน ซึ่งพบว่าปัจจัยที่กล่าวมานี้สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำ ส่วนในประเทศไทยเท่าที่คณะผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมกลับไม่พบว่ามีผู้ใดได้ศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นระยะยาวถึง 10 ปี มาก่อน งานวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี โดยศึกษาในด้านต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) การดำเนินโรคในระยะยาว (course) และสภาวะการทำงาน (functional status) ของผู้ป่วยเมื่อมาพบแพทย์ในครั้งสุดท้าย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบพรรณนา (retrospective descriptive study) โดยอาศัยข้อมูลจากเวชระเบียน

คุณสมบัติของกลุ่มประชากร

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยซึ่งมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Depressive disorder (F32) หรือ Recurrent depressive disorder (F33) ตาม ICD-10 ซึ่งเทียบเท่ากับ Major depressive disorder (MDD) ของ DSM-V โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคตลอดระยะเวลาที่มาพบแพทย์

2. ผู้ป่วยจะต้องมีบันทึกประวัติการรักษาในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและ/หรือเวชระเบียน ผู้ป่วยในอย่างน้อย 10 ปี

3. ผู้ป่วยยังมีการติดตามการรักษาอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จนถึงเดือนธันวาคม 2547

4. ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยต้องไม่มีช่วงใดช่วงหนึ่งที่ขาดการรักษานานเกิน 6 เดือน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 18 ปี และมากกว่า 65 ปี

2. ผู้ป่วยซึ่งมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Depressive disorder หรือ Recurrent depressive disorder แต่ปัจจุบันได้เปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นโรคในกลุ่มอื่นแล้ว **เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย**

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคทางด้านจิตเวชอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคซึมเศร้า บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) ภาวะความเจ็บป่วยทางกาย ความร่วมมือในการรักษา และสถานะการทำงาน (functional status) ของผู้ป่วย เมื่อมาติดตามการรักษาครั้งสุดท้าย

2. แบบบันทึกข้อมูลการรักษาและหรือการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล ประวัติการรักษาที่ได้รับ

3. แบบบันทึกข้อมูลการดำเนินโรค ได้แก่ จำนวนของ episode ทั้งหมดในช่วงเวลาที่ศึกษา วันที่มาติดตามการรักษาในแต่ละ episode รายละเอียดของแต่ละ episode ที่เกี่ยวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วย (duration) ระยะเวลาาระหว่างแต่ละ episode (interepisode) ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (suicidal idea) การพยายามฆ่าตัวตาย

(suicidal attempt) ประวัติการขาดยาและการวินิจฉัยในแต่ละ episode สำหรับความร่วมมือในการรักษาและสถานะการทำงาน นั้นคณะผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินไว้ดังนี้

1) ดี หมายถึง กินยาครบสม่ำเสมอหรือระยะเวลาที่ขาดยาน้อยกว่าร้อยละ 5 ในระยะเวลา 10 ปี

2) พอใช้ หมายถึง กินยาไม่สม่ำเสมอและระยะเวลาที่ขาดยาอยู่ในช่วงร้อยละ 5-10 ในระยะเวลา 10 ปี

3) ไม่ดี หมายถึง กินยาไม่สม่ำเสมอและระยะเวลาที่ขาดยามากกว่าร้อยละ 10 ในระยะเวลา 10 ปี

สถานะการทำงาน (functional status) เมื่อติดตามการรักษาครั้งสุดท้าย ได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้

1) Full recovery หมายถึง ไม่มีอาการของโรคหลงเหลือ ทำงานได้เหมือนเดิม

2) Nearly full recovery หมายถึง มีอาการของโรคเหลือเล็กน้อย และ/หรือทำงานได้แต่เป็นงานที่ง่ายๆ และไม่ต้องมีคุณสมบัติพิเศษ เช่น จากเดิมเป็นครูสอนภาษาไทยมาเป็นแม่บ้าน

3) Partial recovery หมายถึง มีอาการของโรคเหลือปานกลาง และ/หรือทำงานได้แต่ต้องเป็นงานที่ง่ายขึ้นและต้องมีคนช่วยเหลือเป็นพิเศษ เช่น จากเดิมมีร้านขายของเป็นของตัวเองมาเป็นช่วยงานที่ร้านของพี่ชายโดยต้องมีพี่ชายคอยดูแล

4) Partial disability หมายถึง มีอาการของโรคหลงเหลือมาก และ/หรือทำงานได้เฉพาะงานง่ายๆ เท่านั้น เช่น ช่วยงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ของคนในครอบครัว

5) Disability หมายถึง มีอาการของโรคต่อเนื่องเรื้อรัง และ/หรือทำงานไม่ได้ ต้องพึ่งพารายได้จากผู้อื่น

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ค้นหาเลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ป่วย (Hospital number) ในระบบเวชระเบียนแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช จากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล สงขลานครินทร์ โดยค้นข้อมูลของผู้ป่วยที่มีการลงทะเบียนโรค ICD-10 ซึ่งขึ้นต้นด้วย F32xx และ F33xx และมาตรวจตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2544 ถึง 30 มิถุนายน 2547
2. นำเลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้ไปค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มีบันทึกประวัติการรักษา ไม่น้อยกว่า 10 ปีและยังมาติดตามการรักษาอยู่ที่คลินิกจิตเวชจนถึงเดือนธันวาคม 2547
3. ค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล สงขลานครินทร์และนำข้อมูลที่ได้มาสรุป
4. ผู้วิจัยได้เก็บบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของประชากร ข้อมูลการรักษา การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและข้อมูลการดำเนินโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณจะแสดงผลการศึกษาเป็นสถิติเชิงพรรณนา เชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบและแสดงความสัมพันธ์ตามลักษณะข้อมูลที่ได้โดยแสดงเป็น percentage, mean, range และ median ส่วนการกลับเป็นซ้ำของโรค จะวิเคราะห์แบบ survival analysis เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระหลายตัวกับตัวแปรตาม

ผลการศึกษา

พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 1,655 ราย แต่ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดมีเพียง 51 ราย ผู้ป่วยที่เหลือ

ซึ่งถูกคัดออกจากการศึกษามีทั้งหมด 1,604 ราย ประกอบด้วย

- ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยในกลุ่ม F32xx และ F33xx แต่ปัจจุบันได้เปลี่ยนการวินิจฉัย เป็นโรคในกลุ่มอื่นแล้วมี 93 ราย (ร้อยละ 5.8)
- ผู้ป่วยที่มีบันทึกประวัติการรักษาในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเวชระเบียนผู้ป่วยในน้อยกว่า 10 ปี เนื่องจากระยะเวลาการดำเนินโรคน้อยกว่า 10 ปี มี 1,207 ราย (ร้อยละ 75.2)
- ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการดำเนินโรคนานกว่า 10 ปี แต่มีบันทึกประวัติการรักษาในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือเวชระเบียนผู้ป่วยในน้อยกว่า 10 ปี เนื่องจากผู้ป่วยเคยติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นมาก่อน 159 ราย (ร้อยละ 9.9)
- ผู้ป่วยที่ปัจจุบันได้ขาดการติดตามการรักษาหรือส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น 7 ราย (ร้อยละ 4.4)
- ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและประวัติที่มีในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกไม่สมบูรณ์ 38 ราย (ร้อยละ 2.3)
- ผู้ป่วยที่หาเวชระเบียนผู้ป่วยในไม่พบ และข้อมูลที่มีในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกไม่ชัดเจน 35 ราย (ร้อยละ 2.2)

สำหรับผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์ ทั้งหมด 51 ราย นั้น มีข้อมูลดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของประชากร

พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ สมรสแล้วและอยู่ด้วยกัน ประกอบอาชีพทำสวนทำนา ไม่มีประวัติโรคจิตเวชในญาติสายตรง ไม่มีประวัติการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีประวัติกระทบกระเทือนทางสมอง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากร

ลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	11.8
หญิง	45	88.2
ศาสนา		
พุทธ	44	86.3
อิสลาม	7	13.7
เชื้อชาติ		
ไทย	44	86.3
จีน	2	3.9
มลายู	5	9.8
สถานภาพสมรส		
โสด	3	5.9
คู่อยู่ด้วยกัน	43	84.3
คู่แยกกันอยู่	3	5.9
หย่า	2	3.9
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	8	15.7
ประถมศึกษา	30	58.8
มัธยมศึกษา	2	3.9
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	6	11.8
ปริญญาตรี	5	9.8
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	3.9
ทำสวน/ทำนา	17	33.3
แม่บ้าน/งานบ้าน	10	19.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	11.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	17.7
รับจ้าง	7	13.7
ประวัติการดื่มสุรา		
ดื่ม	2	3.9
ไม่ดื่ม	49	96.1
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบ	3	5.9
ไม่สูบ	48	94.1
ประวัติโรคจิตเวชในญาติสายตรง		
ไม่มี	50	98.1
มี	1	1.9

เพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 40.8 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.9 ปี อยู่ระหว่าง 25-70 ปี) ส่วนเพศชายมีอายุเฉลี่ย 37.5 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.9 ปี อยู่ระหว่าง 31-45 ปี) ระยะเวลาที่ป่วย ก่อนมาโรงพยาบาลครั้งแรก ในเพศหญิงเฉลี่ย 85 วันในเพศชายเฉลี่ย 128.3 วัน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคร่วม (comorbidity) และความร่วมมือในการรักษา

พบว่าโรคร่วมทางด้านจิตเวชส่วนใหญ่คือ panic disorder with agoraphobia และมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีบุคลิกภาพผิดปกติทั้งหมด 4 ราย เป็น histrionic personality disorder 2 ราย และมี dependent กับ borderline personality disorder อย่างละ 1 ราย ส่วนโรคทางกายที่พบร่วมด้วยมากที่สุดคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับความร่วมมือในการรักษานั้นพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี (ตารางที่ 2)

2. ลักษณะการดำเนินโรค

2.1 ระดับความรุนแรงของโรคใน episode แรก เมื่อแยกตามเพศ

พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.867$) ส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับปานกลางทั้งในเพศชายและหญิง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 โรคร่วมใน Axis I, II, III และความร่วมมือในการรักษา

ลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
โรคอื่นๆ ใน Axis I			โรคอื่นๆ ใน Axis III		
ไม่มี	31	60.8	ไม่มี	28	54.9
มี	20	39.2	มี	23	45.1
รายละเอียดของโรคใน Axis I			รายละเอียดของโรคใน Axis III		
Somatoform pain disorder	1	2.0*	Diabetes mellitus and Hypertension	14	27.5*
Generalized anxiety disorder	2	3.9*	Trigeminal neuralgia	1	2.0*
Panic disorder with agoraphobia	15	29.4*	Spondylosis	1	2.0*
Nonorganic insomnia	1	9.8*	OA knee	2	3.9*
Bulimia	1	9.8*	Hb E trait	1	2.0*
โรคอื่นๆ ใน Axis II			Renal calculi	2	3.9*
ไม่มี	47	92.2	Hyperthyroid	2	3.9*
มี	4	7.8	ความร่วมมือในการรักษา		
รายละเอียดของโรคใน Axis II			ดี	38	74.5
Dependent personality disorder	1	2.0*	พอใช้	11	21.3
Histrionic personality disorder	2	3.9*	ไม่ดี	2	3.9
Borderline personality disorder	1	2.0*			

* ค่าร้อยละในส่วนนี้เป็นค่าร้อยละของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (51 ราย)

ตารางที่ 3 ระดับความรุนแรงของโรคใน episode แรก แยกตามเพศ

ระดับความรุนแรง	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
mild	0	0	4	8.9	4	7.9
moderate	3	50	24	53.3	27	52.9
severe without psychotic symptoms	3	50	14	31.1	17	33.3
severe with psychotic symptoms	0	0	3	6.7	3	5.9
รวม	6	100	45	100	51	100

2.2 ระดับความรุนแรงของโรคในแต่ละ episode กับความคิดฆ่าตัวตาย

จากผู้ป่วยทั้งหมด 51 ราย พบว่า ผู้ป่วยชาย 6 ราย มีจำนวน episode ที่ป่วยทั้งหมด 15 episode เฉลี่ยร้อยละ 2.5 ใน 10 ปี ส่วนผู้ป่วยหญิง 45 ราย

มีจำนวน ทั้งหมด 177 episode เฉลี่ยร้อยละ 3.9 ใน 10 ปี แต่ถ้ารวมทั้งชายและหญิงพบจำนวน ทั้งหมดคือ 192 episode เฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 3.8

จากตารางที่ 4 ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับของความรุนแรงของโรคในแต่ละ episode กับ

การฆ่าตัวตายพบว่า ในกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายนั้น พบมากที่สุดในกลุ่มที่มีอาการในระดับรุนแรงมาก ซึ่งไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วยโดยพบ 24 episode (ร้อยละ 77.4) รองลงมาที่พบใกล้เคียงกันคือ กลุ่มที่มี

ระดับความรุนแรงปานกลาง (ร้อยละ 12.9) และกลุ่มที่มีระดับรุนแรงมากที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย (ร้อยละ 9.7) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระดับรุนแรงน้อยนั้นพบว่า ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีความคิดฆ่าตัวตายเลย

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคกับการฆ่าตัวตาย

ระดับความรุนแรง	ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย		มีความคิดฆ่าตัวตาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
mild	11	6.8	0	0
moderate	116	72.1	4	12.9
severe without psychotic symptoms	27	16.8	24	77.4
severe with psychotic symptoms	7	4.3	3	9.7
รวม	161	100	31	100

2.3. ระดับความรุนแรงของโรคกับการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

พบว่าผู้ป่วยชายไม่ได้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลเลย ส่วนผู้ป่วยหญิงนั้น พบว่ามีกรนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 18 ครั้ง จาก episode ในเพศหญิง 177 episode (ร้อยละ 10.2) พบว่าผู้ป่วยที่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำในระดับรุนแรงมาก และไม่มีอาการโรคจิตร่วมโดยมีจำนวนทั้งหมด 11 ครั้ง (ร้อยละ 61.1)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคใน episode ที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในกับการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยหญิง

ระดับความรุนแรง	จำนวน (ครั้ง) การนอนรักษา	ร้อยละ
moderate	1	5.6
severe without psychotic symptoms	11	61.1
severe with psychotic symptoms	6	33.3
รวม	18	100

2.4. ระดับความรุนแรงของโรคกับจำนวนวันเฉลี่ยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

เมื่อศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคกับจำนวนวันเฉลี่ยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่าใน episode แรก กลุ่มที่มีอาการรุนแรงระดับมากและมีอาการโรคจิตร่วมด้วย จะมีจำนวนวันเฉลี่ยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานที่สุดคือ 26.5 วัน และผู้ป่วยใน episode แรกจะมีจำนวนวันเฉลี่ยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า episode หลัง (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคกับจำนวนวันเฉลี่ยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ระดับความรุนแรง	จำนวน	mean	median	sd.	min	max
moderate (first episode)	1	10	10	-	10	10
severe without psychotic symptoms (first episode)	1	15	15	-	15	15
severe with psychotic symptoms (first episode)	2	26.5	26.5	26.1	8	45
severe without psychotic symptoms (recurrent)	10	10.8	11	5.0	4	20
severe with psychotic symptoms (recurrent)	4	10.5	9	5.4	6	18

เมื่อศึกษาถึงระยะเวลาเฉลี่ยของช่วงเวลาที่ไม่มีอาการจนกระทั่งมีอาการกลับเป็นซ้ำ โดยดูความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการแล้วพบว่าผู้ป่วยเพียง 6 ราย ที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 11.8) และมี 45 รายที่มีอาการกลับเป็นซ้ำอีก (ร้อยละ 88.2) ในจำนวนนี้ พบว่าผู้ป่วย 11 ราย มีอาการรุนแรงระดับมาก มีระยะเวลาเฉลี่ยของช่วงเวลาที่ไม่มีอาการจนกระทั่งมีอาการกลับเป็นซ้ำสูงสุดคือ 1,186 วัน (38.96 เดือน หรือ 3.2 ปี) รองลงมาคือ ผู้ป่วย 32 ราย มีอาการรุนแรงระดับปานกลางซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ยของช่วงเวลาที่ไม่มีอาการจนกระทั่งมีอาการกลับเป็นซ้ำ 1,137 วัน (37.35 เดือน หรือ 3.1 ปี) มีเพียงผู้ป่วย 2 ราย ที่มีอาการรุนแรงระดับน้อย แต่กลับมีระยะเวลาเฉลี่ยของช่วงเวลาที่ไม่มีอาการจนกระทั่งมีอาการกลับเป็นซ้ำเพียง 312 วัน (10.25 เดือน)

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)

เมื่อดูถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของ episode ที่เป็นซ้ำกับประวัติของการขาดยาพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งไม่ได้ขาดยา แต่ป่วยซ้ำ 89 episode นั้น กลุ่มที่มีอาการในระดับปานกลาง พบได้มากที่สุดเป็น 67 episode (ร้อยละ 75.3)

สำหรับในกลุ่มซึ่งขาดยาที่พบ 52 episode นั้น เป็นผู้ที่ม่ประวัติขาดยาสูงสุดและมีอาการระดับปานกลางเช่นกัน โดยพบได้ 26 episode (ร้อยละ 50) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของการกลับเป็นซ้ำกับประวัติการขาดยาโดยแยกพิจารณาตามระดับความรุนแรงแล้วพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของ episode ที่เป็นซ้ำ กับประวัติการขาดยา

ระดับความรุนแรง	ไม่มีขาดยา		ขาดยา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
mild	3	3.4	4	7.7
moderate	67	75.3	26	50.0
severe without psychotic symptoms	18	20.2	16	30.7
severe with psychotic symptoms	1	1.1	6	11.5

ปัจจัยที่มีหลักฐานว่าน่าจะมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติโรคจิตเวชในญาติสายตรง โรคร่วมทางด้านจิตเวช โรคร่วมทางกาย ความร่วมมือในการรักษา สภาวะการทำงาน ประวัติ

การฆ่าตัวตาย ประวัติการขาดยา ระดับความรุนแรงของโรคใน episode แรก ได้นำมาวิเคราะห์แบบ univariate analysis (ตารางที่ 8) พบว่าปัจจัยที่มีค่า $p < 0.5$ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงเมื่อเริ่มป่วย ประวัติการขาดยา

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคโดยการวิเคราะห์แบบ univariate analysis

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	person-months	Hazard Ratio	95%CI	p-value
เพศ						
ชาย	4	8.9	665.2	2,590.6		0.0587
หญิง	41	91.1	1	2.4	0.9-6.9	
อายุที่เริ่มป่วย						
>=45	16	35.6	1,263.6	1		0.3528
35-44	17	37.8	1,333.5	1.1	0.5-2.0	
25-35	12	26.6	658.7	1.7	0.8-3.6	
สถานภาพสมรส						
มีคู่	38	84.4	2,810.2	1		0.3966
โสด/แยกกันอยู่/หย่า/หม้าย	7	15.6	445.6	1.4	0.6-3.3	
การศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	5	11.1	809.5	1		0.0403*
ประถมศึกษา	28	62.2	1,908.4	2.3	0.9-6.0	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	12	26.7	537.9	3.7	1.3-10.7	
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	11	24.4	816.4	1		0.5062
ทำสวน/ทำนา	13	28.9	1,231.0	0.9	0.4-1.9	
รับจ้าง/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	13	28.9	835.2	1.1	0.5-2.7	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	17.8	373.2	1.7	0.7-4.3	
ประวัติการดื่มสุรา/สูบบุหรี่						
ไม่มี	42	93.3	3,078.0	1		0.7947
มี	3	6.7	177.8	1.1	0.4-3.8	
ประวัติโรคจิตเวชในญาติสายตรง						
ไม่มี	44	97.8	3,216.9	1		0.6601
มี	1	2.2	38.9	1.6	0.2-12.0	

ตารางที่ 8 (ต่อ) ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคโดยการวิเคราะห์แบบ univariate analysis

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	person-months	Hazard Ratio	95%CI	p-value
โรคอื่น ๆ ใน axis I						
ไม่มี	29	64.4	1,737.1	1		0.1643
มี	16	35.6	1,518.7	0.7	0.4-1.2	
โรคอื่น ๆ ใน axis II						
ไม่มี	41	91.1	3,149.3	1		0.0596
มี	4	8.9	106.5	3.2	1.1-9.3	
โรคอื่น ๆ ใน axis III						
ไม่มี	25	55.6	1,711.6	1		0.5306
มี	20	44.4	1,544.2	0.8	0.5-1.5	
ความร่วมมือในการรักษา						
ดี	33	73.3	2,458.4	1		0.1825
พอใช้	10	22.2	759.2	1.2	0.6-2.4	
ไม่ดี	2	4.5	38.2	5.5	1.2-24.3	
สภาวะการทำงาน						
full recovery	4	8.9	622.9	1		0.9010
nearly full recovery	19	42.2	1,361.8	2.6	0.9-7.6	
partial recovery	17	37.8	834.9	3.6	1.2-11.1	
partial disability	5	11.1	436.2	1.8	0.5-6.7	
ความคิดฆ่าตัวตาย						
ไม่มี	39	86.7	2,648.4	1		0.6083
มี	6	13.3	607.4	0.8	0.3-1.9	
การขาดยา						
ไม่มี	34	75.6	2,795.6	1		0.0427
มี	11	24.4	460.2	2.2	1.1-4.5	
ระดับความรุนแรง						
รุนแรงน้อย	2	4.4	212.0	1		0.1175
รุนแรงปานกลาง	32	71.1	1,796.1	1.9	0.5-8.0	
รุนแรงมาก	11	24.5	1,247.7	0.9	0.21-4.4	

ตารางที่ 9 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำโดย multivariate analysis

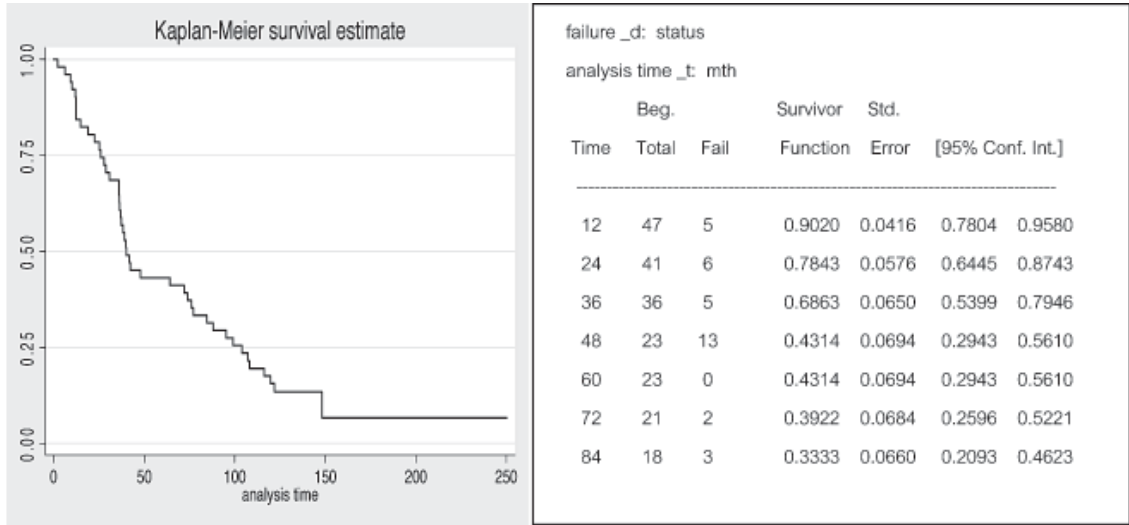
ตัวแปร	Crude Hazard Ratio	Adjust Hazard Ratio	95%CI	p value*
เพศ				
ชาย	1	1		0.0006
หญิง	2.43	6.52	1.92-22.14	
การศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	1	1		0.0186
ประถมศึกษา	2.29	1.13	0.41-3.14	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	3.66	3.74	1.20-11.67	
การขาดยา				
ไม่มี	1	1		0.0044
มี	2.19	3.97	1.57-10.06	
ระดับความรุนแรง				
รุนแรงน้อย	1	1		0.0166
รุนแรงปานกลาง	1.89	3.39	0.74-15.59	
รุนแรงมาก	0.97	1.09	0.23-5.23	

* p-value Likelihood ratio test

การวิเคราะห์ multivariate โดยใช้ Cox proportional hazard (ตารางที่ 9) พบว่า เพศ การศึกษา การขาดยา ระดับความรุนแรง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าเพศชาย 6.52 เท่า (95%CI = 1.9-22.1) ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ไม่ได้ศึกษา 3.7 เท่า (95%CI: 1.2-11.7) ผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ไม่ได้ศึกษา ประมาณ 1.13 เท่า (95%CI = 0.4-3.1) ผู้ที่มีประวัติขาดยามีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ไม่ขาดยาประมาณ 4 เท่า (95%CI =

1.6-10.1) และ ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงในกลุ่ม moderate มีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยกลุ่ม mild 3.4 เท่า (95%CI: 0.7-15.6) ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงในกลุ่ม severe มีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยกลุ่ม mild เพียง 1 เท่า (95%CI= 0.2 - 5.2)

จากการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 51 ราย ในระยะติดตาม 3,255.8 คน-เดือน (person-month) มีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำทั้งสิ้น 45 ราย มีอัตราการกลับเป็นซ้ำเท่ากับ 1.4 ครั้งต่อ 100 คน-เดือน ซึ่งอธิบายว่าถ้าติดตามผู้ป่วย 100 รายไป 10 เดือน จะมีผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำประมาณ 14 คน



รูปที่ 1 โอกาสที่ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำโดยวิธี survival analysis

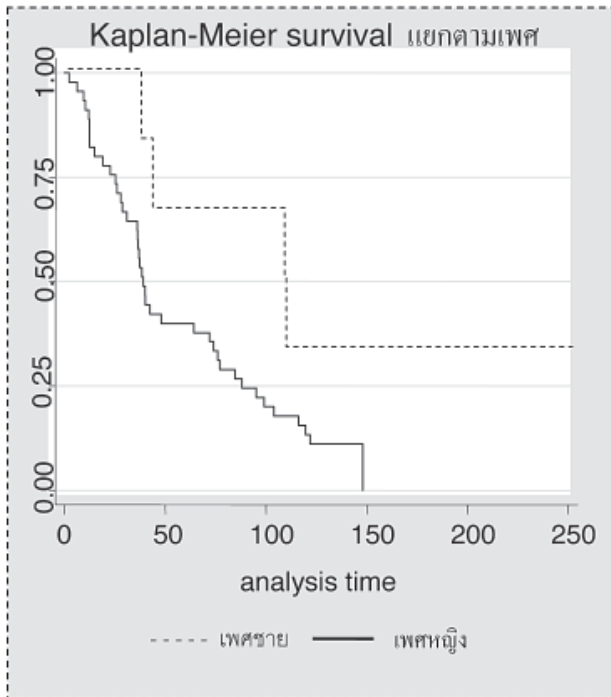
จากรูปที่ 1 แสดงว่าโอกาสไม่กลับเป็นซ้ำหลังผู้ป่วยมารับการรักษานั้นลดลงมากในระยะแรก จากนั้นเมื่อติดตามประมาณ 48 เดือน โอกาสไม่กลับเป็นซ้ำจะมีระยะยาวมากขึ้น และหลังจากนั้นเริ่มลดลงอีกครั้งในช่วงระยะติดตามประมาณ 72 เดือน

จากตารางที่ 10 จะเห็นว่าจากจำนวนผู้ป่วยชาย 6 ราย ในระยะติดตาม 665.2 คน-เดือน นั้น อัตราการกลับเป็นซ้ำเท่ากับ 0.6 ครั้งต่อ 100 คน-เดือน ระยะเวลา

ปลอดการกลับเป็นซ้ำโดยเฉลี่ยเท่ากับ 107.3 เดือน ซึ่งหมายความว่าถ้าติดตามผู้ป่วยชาย 100 รายไป 10 เดือน จะมีคนกลับเป็นซ้ำประมาณ 6 ราย ส่วนผู้ป่วยหญิง 45 ราย ในระยะติดตาม 2,590.6 คน-เดือน นั้น อัตราการกลับเป็นซ้ำเท่ากับ 1.6 ครั้งต่อ 100 คน-เดือน ระยะเวลาปลอดการกลับเป็นซ้ำโดยเฉลี่ยเท่ากับ 39 เดือน กล่าวคือถ้าติดตามผู้ป่วยหญิง 100 รายเป็นเวลา 10 เดือน จะมีผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำประมาณ 16 ราย

ตารางที่ 10 โอกาสที่จะมีอาการกลับเป็นซ้ำโดยแยกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ระยะติดตาม (คน - เดือน)	อัตราการกลับเป็นซ้ำ	ระยะเวลาปลอดการกลับเป็นซ้ำ
ชาย	6	665.2	0.006	107.3
หญิง	45	2,590.6	0.016	39.0
รวม	51	3,255.8	0.012	-



failure_d: status		analysis time_t: mth	
q2		Survivor	Function
		male	female
time	12	1.0000	0.8889
	18	1.0000	0.8000
	24	1.0000	0.7556
	30	1.0000	0.6667
	36	1.0000	0.6444
	42	0.6667	0.4444
	48	0.6667	0.4000
	54	0.6667	0.4000
	60	0.6667	0.4000
	66	0.6667	0.3778
	72	0.6667	0.3556
	78	0.6667	0.2889
	84	0.6667	0.2889
	90	0.6667	0.2444
	96	0.6667	0.2222
	102	0.6667	0.2000
	108	0.5000	0.1778
	114	0.3333	0.1778
	120	0.3333	0.1333
	126	0.3333	0.1111
	132	0.3333	0.1111
	138	0.3333	0.1111

รูปที่ 2 โอกาสที่ผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงจะไม่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำโดยวิธี survival analysis

จากรูปที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยชายมีโอกาสไม่กลับเป็นซ้ำหลังมารับการรักษาในระยะเวลาติดตามเกิน 36 เดือนไปแล้ว โอกาสไม่กลับเป็นซ้ำจะลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยหญิงนั้น โอกาสไม่กลับเป็นซ้ำหลังมารับการรักษาจะลดลงอย่างรวดเร็วในระยะแรก จนถึงช่วงระยะติดตามประมาณ 48 เดือน โอกาสไม่กลับเป็นซ้ำจึงมีระยะยาวมากขึ้น และหลังจากนั้นจะเริ่มลดลงอีกครั้ง ในช่วงระยะติดตามประมาณ 66 เดือน

4. สถานะการทำงานของผู้ป่วย (functional status)

ได้ประเมินอาการและความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยจากการมารักษาในครั้งสุดท้ายพบว่า มีผู้ป่วยอยู่ในสถานะ full recovery ร้อยละ 11.8 nearly full recovery ร้อยละ 43.1 partial recovery ร้อยละ 33.3 partial disability ร้อยละ 11.8 และไม่มีผู้ป่วยที่ disability เลย

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เริ่มป่วยเมื่ออายุเฉลี่ย (mean age) ในเพศหญิงอยู่ที่ 40.8 ปี และในเพศชายเฉลี่ย 37.5 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับอายุที่เริ่มป่วยเฉลี่ยตามข้อมูลในตำราจิตเวชศาสตร์ (Comprehensive Textbook of Psychiatry, CTP) ของ Kaplan และ Sadock ซึ่งกล่าวว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วยใน recurrent unipolar major depression อยู่ระหว่าง 30-35 ปี แต่ใน single episode major depression จะเริ่มป่วยหลังจากนั้น⁹ แต่ผลจากการศึกษานี้จะสูงกว่าอายุเฉลี่ย (mean age) ของผู้ป่วยในเนเธอร์แลนด์ซึ่งพบอายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วยเมื่อ 29.9 ปี¹⁰ และสูงกว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโครงการ STAR*D จำนวน 3,896 ราย ซึ่งมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วยเมื่อ 26 ปี¹¹ และเมื่อพิจารณาในเรื่องของระดับของความรุนแรงของโรคกับการฆ่าตัวตายแล้ว พบว่ากลุ่มที่มีอาการ

รุนแรงน้อยไม่พบข้อมูลของการมีความคิดฆ่าตัวตาย แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงระดับปานกลาง พบอัตราของความ คิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.9 หรือสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการรุนแรงน้อยถึง 13 เท่า และในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงระดับมากเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีอาการรุนแรงระดับปานกลางพบว่าผู้ป่วยจะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าถึง 6 เท่า ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Kessing LV¹² โดย Kessing LV ได้ใช้วิธี Cox's regression analysis แล้วพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 ที่มีอาการรุนแรงระดับปานกลาง (moderate) ในครั้งแรกที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้นจะมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอาการรุนแรงน้อย (mild) 1.5 เท่า และกลุ่มที่มีอาการรุนแรงระดับมาก (severe) จะมีความเสี่ยงกว่ากลุ่มที่มีอาการรุนแรงน้อยถึง 2.1 เท่า แม้การศึกษาครั้งนี้จะใช้วิธีแตกต่างกับ Kessing LV คือดูระดับความรุนแรงในทุก episode แต่ผลที่ได้ก็เหมือนกันกล่าวคือ ยังมีระดับความรุนแรงของอาการมากเท่าใด ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายก็จะเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น แพทย์จึงควรตระหนักถึงความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายให้มากตามระดับความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้น สำหรับเรื่องของ การกลับเป็นซ้ำนั้นจากการศึกษาของเราพบว่าเพศหญิง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำร้อยละ 91.1 โดยที่เพศชายมีการกลับเป็นซ้ำเพียงแค่อ้อยู่ 8.9 ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Mueller TI และคณะ⁸ ที่ติดตามผู้ป่วยไป 15 ปีแล้วพบว่าเพศหญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 43 และเมื่อทำ multivariate analysis ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล สงขลานครินทร์ก็พบว่าเพศหญิงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าเพศชาย 6.5 เท่า ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Kessing LV¹² ที่พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะมีค่าของการเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำมากกว่าเพศชาย เพียง 1.14 เท่า (95% CI=1.05-1.25) และ Kessing LV¹² พบว่าผู้ป่วยอายุมากที่สุดที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงน้อยต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในที่พบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า

นั้นจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยซึ่งอายุมาก ถึง 1.69 เท่า

สำหรับผลการทำ multivariate analysis ในการศึกษานี้ที่พบว่าระดับการศึกษาจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำด้วยนั้นคณะผู้วิจัยเชื่อว่าน่าจะเกิดจากความบังเอิญ (by chance) มากกว่าเพราะไม่สามารถอธิบายได้ว่าทำไมผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง จึงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาน้อย

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีโรคร่วมทางด้านจิตเวช (comorbidity) ที่เป็นโรคในกลุ่มวิตกกังวล (anxiety disorder) ถึงร้อยละ 33.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด แบ่งเป็น panic disorder with agoraphobia ร้อยละ 29.4 และ generalized anxiety disorder (GAD) ร้อยละ 3.9 ซึ่งต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ STAR*D จำนวน 2,541 ราย ซึ่งพบโรคร่วมในกลุ่มวิตกกังวลถึงร้อยละ 48.6 ในคลินิกปฐมภูมิและสูงถึงร้อยละ 51.6 ในคลินิกเฉพาะทาง แต่โรคในกลุ่มวิตกกังวลที่พบมากที่สุดกลับเป็นโรค social phobia¹³ สำหรับโรคร่วมทางกายนั้น ในการศึกษาในที่ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามียโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมถึงร้อยละ 27.5 ของผู้ป่วย และพบมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคร่วมทางกายทั้งหมด ขณะที่ Egede LE¹⁴ ศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า โรคร่วมทางกายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความชุกในช่วง 12 เดือน สูงสุดเป็นอันดับหนึ่ง คือ ผู้ป่วยโรคไตในระยะสุดท้าย โดยพบความชุกถึงร้อยละ 17 ส่วนโรคเบาหวานพบความชุกร้อยละ 9.3 และโรคความดันโลหิตสูง พบความชุกร้อยละ 8.4 อย่างไรก็ตามการศึกษาของเราไม่ได้มีวัตถุประสงค์หลักที่จะหาความชุกของโรคร่วมทางจิตเวชหรือโรคร่วมทางกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและได้คัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดำเนินโรคน้อยกว่า 10 ปี หรือไม่มีข้อมูลบันทึกในเวชระเบียนหรือมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ออกไปถึง 1,446 ราย ซึ่งหากจะศึกษาถึงความชุกของ

โรคร่วมทางจิตเวชจริงๆ คงต้องนำข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วย 1,446 ราย มาพิจารณาด้วย

สำหรับสภาวะการทำงานของผู้ป่วยในครั้งสุดท้ายที่มาติดตามการรักษา ซึ่งพบว่าอยู่ในสภาวะ full recovery และ nearly full recovery รวมกันสูงถึง ร้อยละ 54.9 นั้น อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยในการศึกษานี้มีอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกในช่วง 37.5 - 40.8 ปี ซึ่งจากการศึกษาของ Zisook S และคณะ¹¹ พบว่า หากมีอายุเริ่มป่วยยิ่งน้อยเท่าใด ก็จะมีแนวโน้มความเสื่อมในหน้าที่การงานและสังคม รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่แย่งลงเท่านั้น ขณะที่ผู้ป่วยของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เริ่มป่วยเมื่ออยู่ในช่วงทำงานของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นแล้ว จึงให้ผลการรักษาปานกลางถึงค่อนข้างดี

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ก็ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ประการแรกเนื่องจากผู้ป่วยที่คัดเข้ามาศึกษาจะต้องมีการดำเนินโรคมามากกว่า 10 ปี และมีข้อมูลครบถ้วนตามที่กำหนดจึงทำให้ในที่สุดได้กลุ่มตัวอย่างเพียง 51 ราย ซึ่งค่อนข้างน้อยและอาจส่งผลกระทบต่อค่าทางสถิติได้ ประการที่สองเนื่องจากการเป็นนักศึกษาชั้นมัธยมหลังจึงทำให้ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่จะติดตามการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายในทุกช่วงเวลาที่เท่าๆ กันได้ทุกราย ประการสุดท้ายเนื่องจากการเป็นนักศึกษาในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิทำให้กลุ่มประชากรนี้อาจไม่ใช่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดของประเทศไทย

ผู้วิจัยจึงเสนอว่าในอนาคตควรจะมีการศึกษาแบบ prospective เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dunner DL และคณะ¹⁵ ถึงการดำเนินโรคของโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่กว่านี้และศึกษาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดของกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีผู้ป่วยเรื้อรังอยู่เป็นจำนวนมาก รวมทั้งควรจะมีการศึกษาถึงการรักษานิตต่างๆ ในผู้ป่วยเหล่านี้และผู้ป่วยที่ดื้อต่อการรักษา (treatment resistant) ด้วย

สรุป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีผลการรักษาปานกลางถึงค่อนข้างดี โดยพบว่ามีผลการศึกษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีอาการป่วยระดับปานกลางขึ้นไป จะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่ากลุ่มอื่น ได้เสนอให้มีการศึกษาถึงการดำเนินโรคในระยะยาวรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ แบบ prospective study ต่อไป โดยควรศึกษาข้อมูลจากโรงพยาบาลอื่นๆ ด้วย เพื่อจะได้เข้าใจถึงภาพรวมของการดำเนินโรคซึมเศร้าในคนไทยทั้งหมดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้สนับสนุนทุนในการวิจัย และขอขอบคุณ คุณนิศานต์ สำอางศรี ที่ได้ให้คำแนะนำทางด้านสถิติ รวมทั้ง คุณณัฐณีย์ ขวัญมณี ที่ช่วยประสานงานในการวิจัย ตลอดจนช่วยในการพิมพ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Trivedi MH, Lin EH, Katon WJ. Consensus recommendations for improving adherence, self-management, and outcomes in patients with depression. *CNS Spectr* 2007; 12 (8 Suppl 13): 1-27.
2. Benton T, Staab J, Evans DL. Medical co-morbidity in depressive disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 19: 289-303.
3. Toney SD. Identifying and managing depression in women. *J Manag Care Pharm* 2007; 13 (9 suppl A) : S16-22.
4. Geulayov G, Lipsitz J, Salar R, Gross R. Depression in primary care in Israel. *Isr Med Assoc J* 2007; 9: 571-8.

5. พรเทพ สิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณณา อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย, การสำรวจระดับชาติปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 3: 177-88.
6. Baumgarten EW, Bosch W, Hoogen H, Zitman FG. Ten years follow-up of depression after diagnosis in general practice. Br J Gen Pract 1998; 48: 1643-6.
7. Oquendo MA, Barrera A, Ellis SP, Li S, Burke AK, Grunebaum M, et al. Instability of symptoms in recurrent major depression : a prospective study. Am J Psychiatry 2004; 161: 255-61.
8. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. Am J Psychiatry 1999; 156: 1000-6.
9. Rihmer Z, Angst J. Mood disorders : epidemiology. In : Sadock BJ, Sadock VA, eds. Comprehensive textbook of psychiatry. Vol. 1. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2005 : 1575-82.
10. de Graaf R, Bijl RV, Spijker J, Beekman AT, Vollebergh WA. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders : findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38: 1-11.
11. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Fava M, et al. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. Am J Psychiatry 2007; 164: 1539-46.
12. Kessing LV. Severity of depressive episodes according to ICD-10 : prediction of risk of relapse and suicide. Br J Psychiatry 2004 ; 184 : 263-6.
13. Gaynes BN, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Spencer DC, et al. Major depressive symptoms in primary care and psychiatric care settings : a cross-sectional analysis. Ann Fam Med 2007; 5: 126 -34.
14. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders : Prevalence correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. Gen Hosp Psychiatry 2007; 29: 409-16.
15. Dunner DL, Rush AJ, Russell JM, Burke M, Woodard S, Wingard P, Allen J. Prospective, long-term, multicenter study of the naturalistic outcomes of patients with treatment - resistant depression. J Clin Psychiatry 2006: 67: 688-95.