



ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วย โรคภัยอิลิน คลินิกเอ็มเอส โรงพยาบาล ศิริราช

สุวิทย์ เจริญศักดิ์ พบ.*, ศรีอาภา สมาจาร พบ.*, สศิธร ศิริโท พบ.**,
นาราทพร ประยูรวิวัฒน์ พบ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยกลุ่มโรคภัยอิลิน ที่เข้ารับการดูแลรักษาในคลินิกเอ็มเอส โรงพยาบาลศิริราช

วิธีการศึกษา กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยกลุ่มโรคภัยอิลินที่มาติดตามการรักษาในช่วงเวลาระหว่างเดือนมกราคม - สิงหาคม 2553 จำนวน 136 ราย การสัมภาษณ์ทำโดยจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ (Mini international neuropsychiatric interview : M.I.N.I) ฉบับภาษาไทยสำหรับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจะได้รับการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าโดยแบบวัด Hamilton rating scale for depression ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคทางจิตเวชด้วย odd ratio with Fisher's Exact test, continuity correction และ Pearson chi-Square

ผลการศึกษา ผู้ป่วยกลุ่มโรคภัยอิลิน จำนวน 136 ราย เป็นเพศหญิง 110 ราย (ร้อยละ 80.9) อายุเฉลี่ย 42.7 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมัลติเพิลสเคลอโรซิส (ร้อยละ 54.4) โรคทางจิตเวชที่พบร่วมด้วยมากที่สุด ได้แก่ โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 8.8) ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าโดยแบบทดสอบ Hamilton rating scale for depression ฉบับภาษาไทย มีค่าคะแนนเฉลี่ย+ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 19 ± 5.9 จัดเป็นความรุนแรงระดับ major depression โรคทางจิตเวชอื่นที่พบร่วมด้วยตามลำดับ ได้แก่ โรคกังวลไปทั่ว (ร้อยละ 4.4) โรคติดสุรา (ร้อยละ 4.4) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (ร้อยละ 2.9) โรคจิต (ร้อยละ 2.2) แมเนีย (ร้อยละ 0.7) โรคแพนิก (ร้อยละ 0.7) โรคกลัวการเข้าสังคม (ร้อยละ 0.7) ผู้ป่วยโรคภัยอิลินมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายร้อยละ 16.9 ซึ่งส่วนใหญ่ความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 73.9) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการเดินเซ OR 5.60 (95%CI; 1.43, 21.89, p 0.02) และอาการตามัว OR 0.19 (95%CI; 0.04, 0.89, p 0.04) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ไม่มีรายได้ OR 3.95 (95%CI; 1.56, 9.99, p 0.01), อาการอ่อนแรง OR 4.66 (95%CI; 1.48, 14.66, p 0.01) และการพบโรคซึมเศร้าร่วมด้วย OR 14.53 (95%CI; 3.90, 54.19, p<0.001)

สรุป โรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดในผู้ป่วยโรคภัยอิลิน คือ โรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยโรคภัยอิลินที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยมีโอกาสเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ ความชุก โรคทางจิตเวช โรคภัยอิลิน มัลติเพิลสเคลอโรซิส

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(2): 175-184

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

** สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700



Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Demyelinating Disease in MS Clinic Siriraj Hospital

Suwit Charoensak M.D.*, Sriarpa Samajarn M.D.*, Sasitorn Siritho M.D.**,
Naraporn Prayoonwiwat M.D.**

ABSTRACT

Objective: To examine prevalence of psychiatric disorders and their correlated factors in patients with demyelinating disease in MS Clinic, Siriraj Hospital.

Methods: During January - August 2010, One hundred and thirty-six patients with demyelinating disease were interviewed by psychiatrist or psychologist using the M.I.N.I thai version. Patients who were diagnosed as having major depressive episodes were assessed for the severity of depression by using the Hamilton rating scale for depression Thai version. The data was analyzed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation and statistic correlation of correlated factors of psychiatric disorders using odd ratio with Fisher's Exact test, continuity correction and Pearson chi-Square.

Results: In one hundred and thirty-six patients with demyelinating disease, there were 110 female patients (80.9%) and the mean age was 42.7 years. Most of them had multiple sclerosis (54.4%). The most common psychiatric disorder was major depressive episode (8.8%). The severity of depression by the Hamilton rating scale for depression Thai version was 19 ± 5.9 (mean \pm SD), classified as major depression. Other psychiatric disorders were generalized anxiety disorder (4.4%), alcohol dependence/abuse (4.4%), dysthymia (2.9%), psychotic disorders (2.2%), manic episode (0.7%), panic disorder (0.7%), social phobia (0.7%). Suicidality of patients with demyelinating disease was 16.9% and most was with low risk (73.9%). Statistically significant correlated factors of major depressive episode were ataxia; OR 5.600 (95%CI; 1.432, 21.894, p 0.023) and blurred vision; OR 0.187 (95%CI; 0.039, 0.891, p 0.044). Statistically significant correlated factors for suicidality were no income; OR 3.946 (95%CI; 1.559, 9.987, p 0.006), weakness; OR 4.664 (95%CI; 1.484, 14.655, p 0.01) and major depressive episode; OR 14.533 (95%CI; 3.898, 54.188, p<0.001).

Conclusion: The most common psychiatric disorder in patients with demyelinating disease was major depressive episode. Patients with demyelinating disease who had major depressive episode had increased suicidal risk.

Keywords: prevalence, psychiatric disorders, demyelinating disease, multiple sclerosis

J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(2): 175-184

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

** Division of Neurology, Department of Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทนำ

โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสเป็นโรคที่มีความผิดปกติของปลอกไมยอีลินซึ่งหุ้มรอบเส้นประสาทในสมอง ไขสันหลังและระบบประสาทส่วนปลาย โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส (multiple sclerosis) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสชนิดอื่น ๆ ได้แก่ โรคเส้นประสาทตาอักเสบ (optic neuritis) โรคไขสันหลังอักเสบ (myelitis) โรคเอ็นเอ็มไอ (neuromyelitis optica) กลุ่มโรคซีไอเอส (clinically isolated syndrome) เป็นต้น ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทขึ้นกับตำแหน่งที่มีความผิดปกติ เช่น อาการอ่อนแรง ชา เดินเซ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ สูญเสียการมองเห็นหรือการได้ยิน เป็นต้น นอกจากอาการทางกายแล้วยังพบมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย จากการศึกษาค้นคว้าของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยมัลติเพิลสเคลอโรซิสพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าตลอดช่วงชีวิตร้อยละ 15.7 ถึง 54¹⁻³ ความชุกตลอดช่วงชีวิตของกลุ่มโรควิตกกังวลร้อยละ 21.6 ถึง 35.7^{4,5} โรคติดสารเสพติดโดยเฉพาะสุราพบร้อยละ 13.6⁶ เป็นต้น แต่การศึกษาค้นคว้าของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสอื่น ๆ มีจำนวนน้อยมาก นอกจากนี้ยังไม่พบมีการศึกษาถึงความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยมัลติเพิลสเคลอโรซิส หรือผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสโรคอื่น ๆ ในประเทศไทย

การเกิดโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน เช่น เพิ่มอัตราการตาย มีผลต่อความรุนแรงของอาการของโรคเอง เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดสุรา ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย และผลรวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง⁷ และการมีโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าเป็นความเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ นอกจากนี้พบว่าโรคร่วมทางจิตเวชมียังมีผลต่อคุณภาพชีวิตและความร่วมมือของการรักษา^{8,9} และการรักษาโรคซึมเศร่ายังเพิ่มความร่วมมือต่อการรักษาของผู้ป่วย¹⁰ ในการศึกษา

เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส พบว่าผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้อยกว่าประชากรทั่วไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า (major depressive episode) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (suicidality) ภาวะแมเนียไฮโปแมเนีย (manic/hypomanic episode) โรคแพนิก (panic disorder) โรคกลัวการเข้าสังคม (social phobia) โรคติดสุรา (alcohol dependence/abuse) โรคจิต (psychotic disorders) และโรคกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder) รวมทั้งศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยกลุ่มโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสที่มีอายุมากกว่า 18 ปี เข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกเอ็มเอสสาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในช่วงเวลาระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 - สิงหาคม พ.ศ. 2553 และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่มีอาการหนักจนไม่สามารถร่วมการศึกษา หรือมีภาวะที่มีความบกพร่องของการรู้คิด (cognitive impairment) และผู้ป่วยที่ถอนตัวจากโครงการศึกษาในระหว่างการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ

สมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัญหา
ด้านการเงิน สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประวัติโรคทาง
จิตเวชในครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด การวินิจฉัย
โรคภัยฮิสัน ชนิดของมัลติเพิลสเคลอโรซิส อายุที่เริ่มเป็น
โรค อาการของโรค จำนวนครั้งที่กลับเป็นซ้ำ ตำแหน่งของ
รอยโรค และค่าคะแนน EDSS (Expanded Disability
Status Scale) ซึ่งเป็นค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน
บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค (คะแนน 0 หมายถึง ไม่พบ
ความผิดปกติทางระบบประสาทจากการตรวจร่างกาย
คะแนน 10 หมายถึง เสียชีวิตจากโรคเอ็มเอส)

2. แบบสัมภาษณ์ (Mini international
neuropsychiatric interview : M.I.N.I) ฉบับภาษาไทย
ซึ่งแปลโดย พ.ญ. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ¹¹
เพื่อใช้เป็นบทสัมภาษณ์สำหรับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช
ในแกนที่ 1 ของระบบ DSM-IV และ ICD-10 ซึ่งเป็นระบบ
ในการจำแนกโรคที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ผู้ป่วยที่ได้รับการ
วินิจฉัยโรคซึมเศร้าจะได้รับการประเมินความรุนแรง
ของโรคซึมเศร้าโดยแบบวัด Hamilton rating scale for
depression ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย รศ.นพ. มาโนช
หล่อตระกูล และคณะ¹² แบบวัดจะมีคำถามเกี่ยวกับ
อาการซึมเศร้าทั้งหมด 17 ข้อ และให้คะแนนตาม
ความรุนแรงของอาการซึ่งแต่ละข้อมีคะแนนไม่เท่ากัน
นำคะแนนที่ได้ทั้ง 17 ข้อมารวมคะแนนกัน ระดับคะแนน
ตั้งแต่ 0-57 คะแนน และประเมินเป็นระดับความรุนแรง
ของโรคซึมเศร้า คะแนน 0-7 หมายถึง ไม่มีโรคซึมเศร้า
คะแนน 8-12 หมายถึง mild depression คะแนน 13-17
หมายถึง less than major depression คะแนน 18-29
หมายถึง major depression คะแนนตั้งแต่ 30 ขึ้นไป
หมายถึง severe major depression การสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ทำโดยจิตแพทย์และนักจิตวิทยาที่ได้รับการอบรมการใช้
แบบสัมภาษณ์ M.I.N.I. ฉบับภาษาไทยและแบบวัด
Hamilton rating scale for depression ฉบับภาษาไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
และเปรียบเทียบหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคทางจิตเวช
ด้วย odd ratio with Fisher's Exact test, continuity
correction และ Pearson chi-Square

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ทั้งหมด
136 ราย เพศชาย 26 ราย (ร้อยละ 19.1) หญิง 110 ราย
(ร้อยละ 80.9) อายุตั้งแต่ 18 ถึง 86 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ
42.7 ปี ค่าเฉลี่ยของอายุที่เริ่มเป็นโรค 37.4 ปี

ลักษณะของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่
มีสถานะภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.7) การศึกษาอยู่ใน
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 53.0) และไม่ได้
ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 28.7) ผู้ที่มีรายได้มีรายได้ตั้งแต่
2,000-100,000 บาท ค่า median ของรายได้ 17,000 บาท
ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงินมีจำนวน 31 ราย
(ร้อยละ 22.8) สิทธิการรักษาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ
หรือเบิกได้ (ร้อยละ 43.4) มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย
จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 29.4) โรคประจำตัวอื่นๆ ที่พบ
ร่วมมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวจำนวน 8 ราย
(ร้อยละ 5.9) ส่วนมากเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะเครียด
มีประวัติการใช้สารเสพติดจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 8.8)
ได้แก่ สุรา และบุหรี่ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มประชากรที่ศึกษา 136 ราย

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ: หญิง	110	80.9
อายุ (ปี) [#]	42.7 (13.6)	
อายุที่เริ่มเป็นโรค (ปี) [#]	37.4 (13.9)	
สถานภาพสมรส		
โสด	54	39.7
คู่	69	50.7
หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	13	9.6
การศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	35	25.7
มัธยมศึกษา	29	21.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	72	53.0
อาชีพ		
ว่างงาน	39	28.7
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	12	8.8
รับราชการ	33	24.3
รับจ้าง/แรงงาน	19	14.0
ค้าขาย	11	8.1
เกษียณอายุ	7	5.1
อื่นๆ	15	11.0
ผู้มีรายได้		
ค่า median ของรายได้ (บาท)	17,000	
มีปัญหาด้านการเงิน	31	22.8
สิทธิการรักษา		
จ่ายเงินเอง	21	15.4
บัตรประกันสุขภาพ	33	24.3
ประกันสังคม	19	14.0
ข้าราชการ/เบิกได้	59	43.4
ผู้พิการ	4	2.9
มีโรคประจำตัวอื่นๆ	40	29.4
มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว	8	5.9
มีประวัติการใช้สารเสพติด	12	8.8

ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ผู้ป่วยโรคภัยอิลินส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมัลติเพิลสเคลอโรซิส (ร้อยละ 54.4) ชนิดของมัลติเพิลสเคลอโรซิสที่พบบ่อยที่สุดคือ Relapsing/Remitting MS (ร้อยละ 80.5) จำนวนครั้งที่กลับเป็นซ้ำตั้งแต่ 1-21 ครั้ง ค่า median ของจำนวนครั้งที่กลับเป็นซ้ำคือ 3 ครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาสเตียรอยด์ (ร้อยละ 36.8) พบค่าคะแนน EDSS ของผู้ป่วยตั้งแต่ 0-9 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.6 คะแนน ซึ่งแสดงถึงระดับความรุนแรงเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถเดินได้เอง (ตารางที่ 2) ผู้ป่วยหนึ่งคนอาจมีอาการของโรคได้หลายอาการ อาการของโรคที่พบ

บ่อยที่สุดได้แก่ อ่อนแรง (ร้อยละ 54.5) อาการที่พบได้รองลงมาตามลำดับคือ ตามัว (ร้อยละ 48.5) ชา (ร้อยละ 27.6) กลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้ (ร้อยละ 16.4) เกร็ง (ร้อยละ 11.2) และเดินเซ (ร้อยละ 10.4) การตรวจเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) พบตำแหน่งรอยโรคทั้งหมดและไขสันหลังร่วมกันมากที่สุด (61 ราย ร้อยละ 45.2) ผู้ป่วย 34 ราย พบรอยโรคที่สมอง (ร้อยละ 25.2) ผู้ป่วย 25 ราย พบรอยโรคที่ไขสันหลัง (ร้อยละ 18.4) ผู้ป่วย 10 ราย มีผล MRI ปกติ (ร้อยละ 7.4) และผู้ป่วย 6 ราย ไม่มีผลตรวจ MRI (ร้อยละ 4.4)

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยกลุ่มโรคภัยอิลิน ชนิดของมัลติเพิลสเคลอโรซิส การรักษา และค่าคะแนน EDSS (Expanded Disability Status Scale)

	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยกลุ่มโรคภัยอิลิน (demyelinating disease)		
NMO (neuromyelitis optica)	24	17.6
OSMS (optic-spinal form multiple sclerosis)	3	2.2
High-risk syndrome of NMO	14	10.3
MS (multiple sclerosis)	74	54.4
CIS (clinical isolated syndrome)	17	12.5
High risk CIS	4	2.9
ชนิดของ multiple sclerosis (MS)		
Relapsing/Remitting MS	62	80.5
Secondary/Progressive MS	5	6.5
Primary/Progressive MS	5	6.5
Progressive/Relapsing MS progressive	2	2.6
Optic-spinal form MS	3	3.9
ค่ามัธยฐาน (median) ของจำนวนครั้งที่กลับเป็นซ้ำ	3	
การรักษา		
steroid	50	36.8
interferon	29	21.3
immunosuppressive drug	31	22.8
supportive	26	19.1
ค่าเฉลี่ยคะแนน EDSS [#] (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.6 (2.6)	

คะแนน EDSS คะแนน 0 ไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาทจากการตรวจร่างกาย
คะแนน 1.0 ถึง 4.5 ผู้ป่วยมี fully ambulatory
คะแนน 5.0 ถึง 9.5 ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้เอง
คะแนน 10 ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเอ็มเอส

โรคทางจิตเวชที่พบร่วมด้วยมากที่สุด ได้แก่ โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 8.8) ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า โดยแบบทดสอบ Hamilton rating scale for depression ฉบับภาษาไทยส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 19 ± 5.9 จัดอยู่ในความรุนแรงระดับ major depression โรคทางจิตเวชอื่นที่พบร่วมด้วยตามลำดับ ได้แก่ โรคกังวลไปทั่ว (ร้อยละ 4.4) โรคติดสุรา (ร้อยละ

4.4) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง(ร้อยละ 2.9) โรคจิต (ร้อยละ 2.2) แมเนีย (ร้อยละ 0.7) โรคแพนิก (ร้อยละ 0.7) โรคกลัว การเข้าสังคม (ร้อยละ 0.7) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลโรซิสมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายร้อยละ 16.9 ซึ่งส่วนใหญ่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 73.9) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 โรคทางจิตเวชในผู้ป่วยกลุ่มโรคมัลติเพิลสเคลโรซิส

การวินิจฉัย	จำนวน	ร้อยละ
โรคซึมเศร้า (major depressive episode)	12	8.8
กลับเป็นซ้ำ (recurrent)	6	50.0
ความรุนแรงของโรค		
no depression	0	0
mild depression	2	16.7
less than major depression	3	25.0
major depression	7	58.3
severe major depression	0	0
โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia)	4	2.9
ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (suicidality)	23	16.9
ต่ำ (low risk)	17	73.9
ปานกลาง (medium risk)	6	26.1
สูง (high risk)	0	0
แมเนีย (mania)		
อดีต (past)	1	0.7
ปัจจุบัน (current)	0	0
ไฮโปแมเนีย (hypomania)		
อดีต (past)	0	0
ปัจจุบัน (current)	0	0
แพนิก (panic)		
ปัจจุบัน (current)	0	0
ตลอดช่วงชีวิต (life time)	1	0.7
โรคกลัวการเข้าสังคม (social phobia)	1	0.7
โรคติดสุรา	6	4.4
alcohol abuse	4	2.9
alcohol dependence	2	1.5
โรคจิต (psychotic)	3	2.2
ปัจจุบัน (current)	1	0.7
ตลอดช่วงชีวิต (life time)	2	1.5
โรคกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder)	6	4.4

การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับโรคทางจิตเวชในการศึกษาครั้งนี้ทำได้ในภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเท่านั้น เนื่องจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่พบร่วมมีจำนวนผู้ป่วยน้อยไม่พอกับการแบ่งกลุ่มแล้วนำมาเปรียบเทียบกัน การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อาการเดินเซ OR 5.60 (95%CI;

1.43, 21.89, p 0.02) และอาการตามัว OR 0.19 (95%CI; 0.04, 0.89, p 0.04) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ไม่มีรายได้ OR 3.95 (95%CI; 1.56, 9.99, p 0.01), อาการอ่อนแรง OR 4.66 (95%CI; 1.48, 14.66, p 0.01) และการพบโรคซึมเศร้าวร่วมด้วย OR 14.53 (95%CI; 3.90,54.19, p<0.001)(ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

ปัจจัย	โรคซึมเศร้า (N=12)			ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (N=23)		
	จำนวน (คน)	p value	Odd ratio (95%CI)	จำนวน (คน)	p value	Odd ratio (95%CI)
เพศหญิง ¹	12	0.122	1.122 (1.051,1.198)	20	0.566	1.704 (0.466,6.233)
สถานภาพสมรส ²		0.510	0.521 (0.128,2.118)		0.528	0.642 (0.237,1.739)
โสด	3			7		
คู่	7			13		
การศึกษา						
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	6	0.077	3.276 (0.981,10.937)	10	0.061	2.708 (1.061,6.907)
มัธยมศึกษา	1	0.460	0.312 (0.039,2.520)	4	0.783	0.741 (0.231,2.378)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	0.605	0.608 (0.183,2.019)	9	0.220	0.510 (0.204,1.275)
ไม่มีรายได้ ³	6	0.184	2.543 (0.768,8.419)	13	0.006	3.946 (1.559,9.987)
มีปัญหาทางการเงิน	4	0.469	1.796 (0.503,6.420)	8	0.218	2.087 (0.789,5.520)
มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย	4	0.747	1.222 (0.346,4.315)	9	0.384	1.7 (0.668,4.326)
มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว	2	0.148	3.933 (0.7,22.089)	2	0.623	1.698 (0.321,8.998)
มีประวัติการใช้สารเสพติด	0	0.600	0.903 (0.853,0.957)	2	1.000	0.981 (0.200,4.806)
ตำแหน่งของรอยโรค						
สมอง	3	1.000	0.946 (0.241,3.721)	6	0.997	1.157 (0.409,3.273)
ไขสันหลัง	3	0.442	1.653 (0.406,6.741)	6	0.238	1.895 (0.651,5.514)
ไขสันหลังและสมอง	4	0.676	0.622 (0.173,2.236)	8	0.518	0.650 (0.250,1.694)
การรักษา						
steroid	3	0.534	0.539 (0.139,2.092)	6	0.426	0.588 (0.214,1.617)
interferon	3	0.720	1.244 (0.314,4.926)	8	0.087	2.503 (0.931,6.734)
immunosuppressive drug	4	0.470	1.778 (0.497,6.355)	5	1.000	0.984 (0.331,2.925)
supportive	2	0.662	1.338 (0.268,6.668)	2	0.737	0.606 (0.129,2.847)
อาการเกร็ง ⁴	2	0.625	1.677 (0.331,8.503)	5	0.073	3.000 (0.913,9.861)
อาการเดินเซ	4	0.023	5.600 (1.432,21.894)	3	0.701	1.450 (0.369,5.691)
อาการอ่อนแรง	9	0.233	2.719 (0.702,10.530)	18	0.010	4.664 (1.484,14.655)
อาการชา	3	1.000	0.863 (0.220,3.379)	4	0.411	0.532 (0.167,1.692)
อาการกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้	3	0.416	1.807 (0.448,7.293)	6	0.203	2.250 (0.766,6.607)
อาการตามัว	2	0.044	0.187 (0.039,0.891)	9	0.585	0.692 (0.274,1.750)
โรคซึมเศร้า ⁵				8	<0.001	14.533 (3.898,54.188)

¹หญิง=1; ชาย=0, ²โสด=1; คู่=0, ³ไม่มีรายได้=1; มีรายได้=0, ⁴ อาการเกร็ง มี=1; ไม่มี=0, ⁵โรคซึมเศร้า มี=1; ไม่มี=0

วิจารณ์

โรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสในคลินิกเอ็มเอส โรงพยาบาลศิริราช คือโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 8.8) ซึ่งพบต่ำกว่าการศึกษาในต่างประเทศ การศึกษาของ Espinola-Nadurille และคณะ¹³ ซึ่งรวบรวมการศึกษาโรคจิตเวชในผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสพบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าพบร้อยละ 4.27 ถึง 61 โดยงานวิจัยเหล่านั้นใช้กลุ่มผู้ป่วยและเครื่องมือในการวัดแตกต่างกัน สาเหตุที่ความชุกของโรคซึมเศร้าในการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษาในต่างประเทศ อาจเป็นเพราะความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ชนิดของโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสแตกต่างกัน ระดับความรุนแรงของโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสไม่รุนแรง และการใช้เครื่องมือในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่ต่างกันไป

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคทางจิตเวชในกลุ่มตัวอย่างนี้ไม่สามารถวิเคราะห์ได้เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินไป อาจต้องทำการศึกษาร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลหรือระหว่างประเทศ และควรศึกษาเพิ่มเติมด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ ตำแหน่งของโรค ปัจจัยอื่นด้านสิ่งแวดล้อมหรือด้านสังคม ชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ยากลุ่ม beta interferons หรือยา steroid ว่ามีผลอย่างไรต่อโรคทางจิตเวช และควรมีการศึกษาโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น cognitive impairment ปัญหาทางเพศ ปัญหาการนอน เป็นต้น ซึ่งสามารถเกิดในผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสอันจะนำไปสู่การดูแลที่ดีขึ้น

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า พบว่าอาการเดินเซ และอาการตามัว สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีรายงานการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า¹⁴ พบว่าอาการที่แย่ลงและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ลดลงเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคซึมเศร้า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ไม่มีรายได้, อาการอ่อนแรง และการพบโรคซึมเศร้าร่วมด้วย โดยผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสร่วมด้วยมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็น 14.53 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มี

โรคซึมเศร้า ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่น^{15,16} ซึ่งพบว่าโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการประเมินโรคซึมเศร้าและให้การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว จะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่พบว่าสัมพันธ์กับความเสี่ยงฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส ได้แก่ อายุ¹⁵ การดำเนินโรคอยู่ในระยะแรก¹⁵ โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสชนิด progressive¹⁵ มีรายได้¹⁵ น้อย¹⁵ มีความเครียดทางสังคม¹⁶ อาศัยอยู่คนเดียว¹⁶ แยกตัวออกจากสังคม¹⁵ มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว¹⁶ โรควิตกกังวล¹⁶ alcohol abuse¹⁶ และ physical disability¹⁵

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีจำนวนน้อย ทำให้การศึกษาค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับโรคทางจิตเวชในการศึกษานี้ทำได้ในโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเท่านั้น การคัดออกผู้เข้าร่วมการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการหนักจนไม่สามารถร่วมการศึกษา หรือมีภาวะที่มีความบกพร่องของภาวะรู้คิด จัดเป็นอคติจากการเลือกตัวอย่างประชากร (selection bias) อาการของผู้ป่วยกลุ่มมัลติเพิลสเคลอโรซิสที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน EDSS อยู่ในระดับคะแนนต่ำ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคน้อย และยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีความชุกของโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้ามีค่าต่ำกว่าการศึกษาอื่นๆ นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่มาตรฐานควรได้จากการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์

สรุป

โรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดในการศึกษาผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสคือ โรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิสที่มีโรคซึมเศร้า มีโอกาสเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส จำเป็นต้องให้การดูแลป้องกันก่อนที่จะเกิดโรค (primary prevention) โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า และการดูแลรักษาโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พ.ญ. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ ผู้แปลแบบสัมภาษณ์ M.I.N.I ฉบับภาษาไทย ที่อนุญาตให้ใช้แบบสัมภาษณ์ และ รศ.นพ. มาโนช หล่อตระกูล ผู้แปลแบบวัด Hamilton rating scale for depression ฉบับภาษาไทย การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. Patten SB, Beck CA, Williams JV, Barbui C, Metz LM. Major depression in multiple sclerosis: a population-based perspective. *Neurology* 2003; 61:1524-7.
2. Sadovnick AD, Remick RA, Allen J, Swartz E, Yee IM, Eisen K, et al. Depression and multiple sclerosis. *Neurology* 1996; 46:628-32.
3. da Silva AM, Vilhena E, Lopes A, Santos E, Goncalves MA, Pinto C, et al. Depression and anxiety in a Portuguese MS population: associations with physical disability and severity of disease. *J Neurol Sci* 2011; 306:66-70.
4. Korostil M, Feinstein A. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *Mult Scler* 2007; 13:67-72.
5. Espinola-Nadurille M, Colin-Piana R, Ramirez-Bermudez J, Lopez-Gomez M, Flores J, Arrambide G, et al. Mental disorders in Mexican patients with multiple sclerosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2010; 22:63-9.
6. Bombardier CH, Blake KD, Ehde DM, Gibbons LE, Moore D, Kraft GH. Alcohol and drug abuse among persons with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004; 10:35-40.
7. Stenager EN, Stenager E, Koch-Henriksen N, Bronnum-Hansen H, Hyllested K, Jensen K, et al. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992; 55:542-5.
8. Amato MP, Ponziani G, Rossi F, Liedl CL, Stefanile C, Rossi L. Quality of life in multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue and disability. *Mult Scler* 2001; 7:340-4.
9. Charoensak S, Limsricharoen K, Wannasewok K, Samajam S, Prayoonwivat N, Siritho S, et al. Health related quality of life of demyelinating disease patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011; 56:71-80.
10. Mohr DC, Goodkin DE, Likosky W, Gatto N, Baumann KA, Rudick RA. Treatment of depression improves adherence to interferon beta-1b therapy for multiple sclerosis. *Arch Neurol* 1997; 54:531-3.
11. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Thai version. *J Mental Health Thailand* 2005; 13:125-35.
12. Lotrakul M, Sukanich P, Sukying C. The reliability and validity of Thai version of Hamilton rating scale for depression. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1996; 41:235-46.
13. Espinola-Nadurille M, Colin-Piana R, Ramirez-Bermudez J, Lopez-Gomez M, Flores J, Arrambide G, et al. Mental disorders in Mexican patients with multiple sclerosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2010; 22:63-9.
14. Giordano A, Granella F, Lugaesi A, Martinelli V, Trojano M, Confalonieri P, et al. Anxiety and depression in multiple sclerosis patients around diagnosis. *J Neurol Sci* 2011; 307:86-91.
15. Turner AP, Williams RM, Bowen JD, Kivlahan DR, Haselkorn JK. Suicidal ideation in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87:1073-8.
16. Feinstein A. An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis. *Neurology* 2002; 59:674-8.