



ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ พบ.*, ปณิตดา เจียมจงวัฒนา พบ.*, วรภัทร รัตอากา พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อหาความชุกของภาวะ metabolic syndrome และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ในระหว่างวันที่ 23 สิงหาคม ถึงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 110 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว วัดความดันโลหิต และเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาลและไขมัน triglyceride และ HDL ในเลือด การวินิจฉัยภาวะ metabolic syndrome ใช้เกณฑ์ของ International Diabetes Federation (IDF) criteria of metabolic syndrome วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติ t-test, chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา พบความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช คิดเป็นร้อยละ 31.3 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq 0.05$ คือ อาชีพโรคเบาหวาน การกินยารักษาเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การกินยาลดความดันโลหิต โรคไขมันในเลือดสูง การกินยาลดไขมันในเลือด และอายุ

สรุป พบความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ค่อนข้างมาก จึงควรมีการประเมินและเฝ้าติดตามภาวะนี้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ ภาวะ metabolic syndrome โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยนอก

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(3): 271--282

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร



Prevalence of Metabolic Syndrome in Patients with Major Depressive Disorder at Outpatient Clinic, Department of Psychiatry, Siriraj Hospital

Sirirat Kooptiwoot M.D.*, Panadda Jiamjongwathana M.D.*,
Woraphat Ratta-Apha M.D.*

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of metabolic syndrome and its' associated factors in patients with major depressive disorder at outpatient clinic, department of psychiatry, Siriraj hospital.

Method: A descriptive cross-sectional study was conducted. Sample consisted of 110 patients who were diagnosed as major depressive disorder and visited at outpatient clinic, department of psychiatry, Siriraj hospital, between 23 August and 1 December 2010. They were assessed by measuring their height, body weight, waist circumference and blood pressure. Blood was drawn for fasting plasma glucose and lipid profile (triglyceride and HDL). Metabolic syndrome was diagnosed by International Diabetes Federation (IDF) criteria of metabolic syndrome and the prevalence was calculated. Data was analyzed by using percentage, mean, standard deviations, student t-test, chi-square test and Fisher's exact test.

Results: The prevalence of metabolic syndrome in patients with major depressive disorder at outpatient clinic, was 31.3 %. Occupation, diabetes mellitus, antidiabetic agents, hypertension, antihypertensive agents, dyslipidemia, dyslipidaemic agents and age were significantly correlated with metabolic syndrome. ($p \leq 0.05$).

Conclusion: The metabolic syndrome is quite high prevalence in patients with major depressive disorder. These findings support the importance of assessing and monitoring metabolic syndrome in patients with major depressive disorder.

Keywords: metabolic syndrome, depressive disorder, outpatient

J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(3): 271--282

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Siriraj hospital, Mahidol University, Bangkoknoi, Bangkok

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความสำคัญและพบได้บ่อย มีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำ¹ นำไปสู่การสูญเสียอย่างมากทั้งต่อบุคคลและสังคม² องค์การอนามัยโลกได้จัดลำดับโรคซึมเศร้าอยู่ในกลุ่มโรคที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เป็นภาระต่อสังคมและเศรษฐกิจเป็นลำดับที่ 5 ในปัจจุบันและคาดว่าจะจะเป็นลำดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจในปีพ.ศ.2563³ ความชุกตลอดชีพของโรคซึมเศร้าคือ 5-17%⁴ ในประเทศสหรัฐอเมริกาความชุกตลอดชีพของโรคซึมเศร้าพบมากกว่าร้อยละ 21 ในเพศหญิง และมากกว่าร้อยละ 12 ในเพศชาย⁵ ส่วนในประเทศไทยจากการสำรวจของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ ปี พ.ศ.2546 ในประชากรอายุ 15-59 ปี พบความชุกของโรคซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 3.20 และความชุกของโรคซึมเศร้าเรื้อรังร้อยละ 1.18⁶ ศุภรัตน์ วงทองคำ และคณะ ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ในจังหวัดเชียงใหม่พบความชุกร้อยละ 29.2⁷ จากสถิติกองแผนงานของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ.2552 รายงานอัตราอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 4.76 ของประชากรหรือประมาณ 3 ล้านคน⁸

ภาวะ metabolic syndrome เป็นความผิดปกติที่ประกอบด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (glucose intolerance), ภาวะต้านต่ออินซูลิน (insulin resistance) ภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) ภาวะไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) และภาวะอ้วน (central obesity)^{9,10} ภาวะ metabolic syndrome มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus) 5-9 เท่า^{11,12} โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) 2-3 เท่า^{13,14} และโรคเส้นเลือดในสมองตีบ (ischemic stroke)¹⁵ เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ metabolic syndrome มีจากหลายองค์กรได้แก่ องค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ค.ศ. 1999¹⁶ European Group for the study of Insulin Resistance (EGIR) ปี ค.ศ. 1999¹⁷ American Association of

Clinical Endocrinologists (AAACE) ปี ค.ศ.2003 National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP/ATPIII) ปี ค.ศ.2003 รวมถึงเกณฑ์ที่นิยมใช้กันในปัจจุบันคือ Updated ATP III และ International Diabetes Federation (IDF) ปี ค.ศ. 2005¹⁸⁻²³ ซึ่งเป็นเกณฑ์ของ American Heart Association (AHA) ร่วมกับ National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ metabolic syndrome ตาม IDF ต้องมีภาวะอ้วน หรือมีเส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชาย และ ≥ 80 ซม. ในผู้หญิง ในกลุ่มประชากรเอเชีย หรือมี BMI (body mass index) มากกว่า 30 กก./ม.² และต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไปจาก 4 ข้อต่อไปนี้

1. ระดับ triglyceride ในเลือด ≥ 150 มก./ดล. หรือได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับความผิดปกติของไขมันชนิดนี้
2. ระดับ HDL cholesterol ในเลือด < 40 มก./ดล. ในผู้ชาย หรือ < 50 มก./ดล. ในผู้หญิง หรือได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับความผิดปกติของไขมันชนิดนี้
3. ความดันโลหิต $\geq 130/ \geq 85$ mmHg หรือได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนหน้านี้
4. ระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) ≥ 100 มก./ดล. หรือได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนหน้านี้

ความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในประชากรประเทศสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 30.9-35.3 ส่วนในประเทศไทยพบความชุกของภาวะนี้ร้อยละ 18.5-26.5 และพบว่าภาวะ metabolic syndrome กำลังเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข Kinder และคณะ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรอายุ 17-39 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 6,189 ราย พบว่าผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสพบภาวะ metabolic syndrome มากกว่าผู้หญิงที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

ถึง 2 เท่า และพบความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยชายโรคซึมเศร้าร้อยละ 11.7 และในผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้าร้อยละ 12.3²⁴ Raikkonen และคณะได้ศึกษาในผู้หญิงวัยกลางคนจำนวน 425 ราย ที่มีภาวะซึมเศร้า พบความเสี่ยงต่อภาวะ metabolic syndrome มากขึ้นเมื่อติดตามต่อมาในเวลา 7 ปี²⁵ McCaffery และคณะได้ศึกษาในผู้ชายจำนวน 86 ราย ที่อายุเฉลี่ย 63 ปี พบว่าภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับภาวะ metabolic syndrome²⁶ Heiskanen Tuula และคณะได้ศึกษาในผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคซึมเศร้า 121 ราย พบความชุกของภาวะ metabolic syndrome สูงถึงร้อยละ 36²⁷

เนื่องจากทั้งโรคซึมเศร้าและภาวะ metabolic syndrome มีความสำคัญและพบได้ค่อนข้างมาก แต่การศึกษาภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีน้อยและไม่มีการศึกษาในประเทศไทย และยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับภาวะ metabolic syndrome ในประเทศไทยมาก่อน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาในเรื่องนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อทราบความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะนี้

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาชนิด cross-sectional descriptive study กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR²⁸ หรือ ICD-10 code F32 และ F33²⁹ (โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์)

2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3. สามารถเข้าใจภาษาไทยดีพอที่จะเข้าใจแบบสอบถามได้

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่พยาธิสภาพทางกายรุนแรง เช่น สัญญาณชีพไม่เสถียร ภาวะทางร่างกายที่ป่วยรุนแรง อ่อนเพลียมาก อาการทางจิตเวชในขณะนั้นอยู่ในระดับที่รุนแรง มีความเสี่ยง หรือไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ เช่น มีพฤติกรรมมารยาทชั่วร้าย มีภาวะโรคจิต (psychosis) ที่รบกวนต่อความคิดอย่างมาก เป็นต้น

2. ผู้ป่วยมีปัญหาการได้ยินบกพร่องมากจนไม่สามารถสื่อสารเข้าใจได้

3. ผู้ป่วยมีสติปัญญาบกพร่อง

ขนาดตัวอย่าง (sample size)

ที่มาของขนาดตัวอย่าง

n = กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

p = ค่าประมาณของความชุกจากการทบทวนวรรณกรรม = 0.36 *

d = allowable error ของค่าประมาณที่ยอมให้

เกิดขึ้นได้

(โดยทั่วไปค่า d ไม่ควรเกิน 25% ของค่า p) = 25% = 0.090

z = 1.96 ที่ค่า confident interval เป็น 95%

*จากการศึกษาเรื่อง Metabolic syndrome and depression: A cross-sectional analysis

$$Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)$$

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

$$n = 1.96 \times 1.96 \times 0.36(1-0.36) / 0.09 \times 0.09$$

$$n = 110$$

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะ metabolic syndrome

2. ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต และวัดเส้นรอบเอวด้วยวิธีมาตรฐาน ด้วยเครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต และสายวัดรอบเอว ที่ได้มาตรฐาน และใช้เครื่องมือชุดเดิมตลอดการวิจัย

3. เจาะเลือดของผู้เข้าร่วมการศึกษาส่งตรวจ fasting plasma glucose, triglyceride และไขมันชนิด HDL

4. ผู้วิจัยเปิดแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วย เพื่อลงข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ประวัติโรคทางจิตเวชอื่นๆ คะแนนจากแบบประเมิน Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) ซึ่งประเมินโดยจิตแพทย์ และยาทางจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ผล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ chi-square test, Fisher's exact test, และ independent samples t-test โดยผลการทดสอบถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อค่า p-value < 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 110 ราย เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตาม ICD-10 code F32 จำนวน 92 ราย และ code F33 จำนวน 18 ราย โดยเป็นเพศหญิง 80 ราย (ร้อยละ 72.7) ชาย 30 ราย (ร้อยละ 27.3) อายุระหว่าง 20-82 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 48 ± 13 ปี ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย (ร้อยละ 98.2) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.3) และอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (ร้อยละ 89) มีสถานภาพสมรสและอยู่กับคู่สมรส 47 ราย (ร้อยละ 42.7) โสด 28 ราย (ร้อยละ 25.5) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี 36 ราย (ร้อยละ 32.7) ประถมศึกษา 26 ราย (ร้อยละ 23.6) ประกอบอาชีพแบบไม่ใช้แรงงาน 88 ราย (ร้อยละ 80) ใช้แรงงาน 17 ราย (ร้อยละ 15.5) และว่างงาน 5 ราย (ร้อยละ 4.5) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 10,001-30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 48.2) มีสถานะการเงินแบบพอกินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 40) มีหนี้สิน (ร้อยละ 31.8)

ผู้ป่วยทั้งหมด 110 ราย มีค่าคะแนน MADRS เฉลี่ย 10.61 ± 7.06 มีผู้ป่วยไม่ได้เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวน 11 ราย (ดูตารางที่ 1) พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ metabolic syndrome ตาม IDF จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.3

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนจากแบบประเมิน Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ metabolic syndrome ในประชากรที่ศึกษาทั้งหมด

ปัจจัย	จำนวน	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด (Minimum - Maximum)	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Mean \pm SD)
MADRS (คะแนน)	110	0 - 30	10.6 \pm 7.1
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	110	58 - 116	82.5 \pm 11.3
ชาย	30	66 - 107	85.8 \pm 10.8
หญิง	80	58 - 116	81.3 \pm 11.3
Body Mass Index (kg/m ²)	110	16.4 - 39.3	24.6 \pm 4.6
ความดัน Systolic (mm.Hg.)	110	80 - 171	120.4 \pm 17
ความดัน Diastolic (mm.Hg.)	110	45 - 104	72.7 \pm 11.5
Fasting Plasma Glucose (mg/dl)	99	77 - 211	97.8 \pm 19.1
HDL (mg/dl)	99	31 - 106	60.5 \pm 17
ชาย	27	33 - 106	56.6 \pm 15.8
หญิง	72	31 - 106	62 \pm 17.3
Triglyceride (mg/dl)	99	34 - 444	112.1 \pm 68.2

จากตารางที่ 2 พบผู้ป่วยหญิงร้อยละ 30.6 (22/72 ราย) และผู้ป่วยชายพบร้อยละ 33.3 ราย (9/27 ราย) เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ metabolic syndrome

ทั้งสองกลุ่มอยู่อาศัยในกรุงเทพฯ เป็นสัดส่วนมากที่สุด ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่ไม่ได้ใช้แรงงาน และมีระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้านาน 1-5 ปี

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานในกลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีภาวะ metabolic syndrome

ปัจจัย	กลุ่มที่ไม่มีภาวะ metabolic syndrome	กลุ่มที่มีภาวะ metabolic syndrome
	(N=68) จำนวน (ร้อยละ)	(N=31) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	18 (26.5)	9 (29.0)
หญิง	50 (73.5)	22 (71.0)
ที่อยู่ปัจจุบัน		
กรุงเทพฯ	47 (69.1)	27 (87.1)
ปริมณฑล	12 (17.6)	3 (9.7)
ต่างจังหวัด	9 (13.2)	1 (3.2)
อาชีพ		
ว่างงาน	3 (4.4)	2 (6.5)
ใช้แรงงาน	15 (22.1)	0 (0)
ไม่ใช้แรงงาน	50 (73.5)	29 (93.5)
ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า		
น้อยกว่า 1 ปี	13 (19.1)	5 (16.1)
1-5 ปี	35 (51.5)	18 (58.1)
6-10 ปี	10 (14.7)	2 (6.5)
มากกว่า 10 ปี	10 (14.7)	6 (19.4)

กลุ่มที่มีภาวะ metabolic syndrome เป็นเพศหญิง 22 ราย และชาย 9 ราย อายุเฉลี่ย 54.9 ± 12 ปี, มีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 92.5 ± 8.8 เซนติเมตร, มี Body Mass Index เฉลี่ย 27.9 ± 4.2 กก./ม.², ความดันโลหิตเฉลี่ย 130 ± 16 / 79 ± 13 มิลลิเมตรปรอท, มีระดับ fasting plasma glucose เฉลี่ย 108.2 ± 27 มก. /ดล., triglyceride เฉลี่ย 140 ± 83 มก. /ดล. และไขมันชนิด HDL ในผู้หญิงเฉลี่ย 52.5 ± 11.9 มก. /ดล. และ

ไขมันชนิด HDL ในผู้ชายเฉลี่ย 47.4 ± 6.8 มก. /ดล. (ตารางที่ 3)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะ metabolic syndrome พบว่าปัจจัยด้านอายุ อาชีพ โรคเบาหวาน การกินยารักษาเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การกินยาลดความดันโลหิต โรคไขมันในเลือดสูง และการกินยาลดไขมันในเลือด มีความสัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p \leq 0.05$) (ตารางที่ 3 และ 4)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีภาวะ metabolic syndrome

ปัจจัย	กลุ่มที่ไม่มีภาวะ metabolic syndrome (N=68)		กลุ่มที่มีภาวะ metabolic syndrome (N=31)		ค่า p-value (independent t-test)
	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด (Minimum - Maximum)	ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด (Minimum - Maximum)	ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
	อายุ	20 - 82	47.2 ± 14.2	32 - 76	
MADRS (คะแนน)	0 - 30	10.7 ± 7.5	0 - 21	9.45 ± 5.78	0.416
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	60 - 109	79.6 ± 9.5	80 - 116	92.5 ± 8.8	0.000*
ชาย	66 - 95	81.2 ± 8.9	87 - 107	96.9 ± 6.6	
หญิง	60 - 109	79 ± 9.8	80 - 116	90.73 ± 9.09	
BMI ¹ (kg/m ²)	16.4 - 39.3	23.7 ± 4.1	20 - 37.1	28 ± 4.2	0.000*
Systolic BP ² (mm.Hg.)	80 - 171	117.6 ± 16.5	107 - 171	130.4 ± 15.8	0.000*
Diastolic BP ³ (mm.Hg.)	45 - 97	71.5 ± 10.2	54 - 104	78.6 ± 12.5	0.003*
FPG ⁴ (mg/dl)	77 - 139	93 ± 11.6	81 - 211	108.2 ± 27	0.005
HDL ⁵ (mg/dl)	33 - 106	64.9 ± 17.6	31 - 75	51 ± 10.8	0.000*
ชาย	33 - 106	61.1 ± 17.2	35 - 60	47.4 ± 6.8	
หญิง	35 - 106	66.2 ± 17.8	31 - 75	52.5 ± 11.9	
Triglyceride (mg/dl)	34 - 348	99.4 ± 56.5	46 - 444	140.1 ± 83	0.005

¹BMI = Body Mass Index, ²Systolic BP = ความดัน Systolic, ³Diastolic BP = ความดัน Diastolic, ⁴FPG = Fasting Plasma Glucose, ⁵HDL = HDL Cholesterol, *statistical significant

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะ metabolic syndrome

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ metabolic syndrome	ค่า p-value
เพศ	0.791
อาชีพ	0.018*
การรับประทานอาหารประเภทแป้ง, ของหวานและไขมันสูง	0.053
การออกกำลังกาย	0.462
การสูบบุหรี่	0.822
การดื่มสุรา	0.124
ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า	0.624
โรคเบาหวาน	0.002*
การกินยารักษาเบาหวาน	0.002*
โรคความดันโลหิตสูง	0.000*
การกินยาลดความดันโลหิต	0.000*
โรคไขมันในเลือดสูง	0.000*
การกินยาลดไขมันในเลือด	0.000*
การกินยารักษาซึมเศร้า	0.971
การกินยารักษาโรคจิต	0.891
การกินยารักษาอารมณ์ให้คงที่	0.180
การกินยาคลายกังวล	0.856

* ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า p ≤ 0.05)

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่าความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช คิดเป็นร้อยละ 31.3 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการศึกษามาก่อนหน้านั้นในต่างประเทศคือพบประมาณร้อยละ 12-36²⁵⁻²⁷ แต่สูงกว่าประชากรทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบจากข้อมูลจากการศึกษา InterAsia ที่ศึกษาในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 5,091 ราย โดยใช้เกณฑ์ของ NCEP ATP III พบความชุกร้อยละ 29.3 ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าหญิงโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ¹⁶ แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการศึกษานี้มีภาวะ metabolic syndrome ในเพศชายมากกว่าหญิง (33.3%:30.6%) อาจมีสาเหตุจากการที่ผู้หญิงไทยถึงแม้ว่าจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าก็ต้องทำงานบ้านที่ต้องออกแรงมากกว่าผู้ชายไทยที่มักจะไม่ต้องทำงานบ้าน และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Sritara และคณะซึ่งศึกษาในกลุ่มประชากรพนักงานการไฟฟ้าผลิตในกรุงเทพ เมื่อปี พ.ศ.2538 อายุระหว่าง 3-5-54 ปี จำนวน 3,499 ราย พบความชุกของ metabolic syndrome ร้อยละ 16.4 (เพศชาย 18.2 และเพศหญิง 9.4) ถ้าใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ NCEP ATP III³⁰

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยด้านอาชีพ อายุ โรคเบาหวาน การกินยารักษาเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การกินยาลดความดันโลหิต โรคไขมันในเลือดสูง และการกินยาลดไขมันในเลือด มีความสัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้พบว่าอายุมากขึ้น จะยังมีภาวะ metabolic syndrome สูงขึ้น อายุเฉลี่ยในอาสาสมัครกลุ่มที่มีภาวะ metabolic syndrome คือ 54.9 ปี ซึ่งมีอายุมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะ metabolic syndrome ที่มีอายุเฉลี่ย 47.2 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewtrakulpong ในปี ค.ศ.2008 ศึกษาอัตราความชุกของการเกิดภาวะ

metabolic syndrome ของประชาชนที่มาตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ พบว่า อัตราความชุกของภาวะ metabolic syndrome มีมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น³¹ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Heiskanen และคณะ ในปี ค.ศ.2006 ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome²⁷ อาจเป็นไปได้ว่าวิถีการดำเนินชีวิต รวมถึงอาหารการกิน และลักษณะของประชากร มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ

ส่วนปัจจัยด้านอาชีพที่การศึกษานี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพไม่ใช้แรงงานหรือว่างงาน อาจเป็นเพราะอาชีพที่ใช้แรงงานได้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทำให้ลดปัจจัยการเกิดโรคอ้วนซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะ metabolic syndrome แต่การออกกำลังกายก็ไม่พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะนี้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและชนิดของอาหารที่รับประทาน

ปัจจัยที่การศึกษานี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การกินยารักษาซึมเศร้า และระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Raikkonen และคณะ ในปี ค.ศ.2002 ซึ่งทำการศึกษาในผู้หญิงวัยกลางคน พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ metabolic syndrome กับความรุนแรงของภาวะโรคซึมเศร้า²⁵ โดยการศึกษาที่ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจากค่าคะแนน MADRS ซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาจนอาการซึมเศร้าดีขึ้นมากแล้ว ส่วนปัจจัยด้านารกินยารักษาซึมเศร้าที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome นั้น คงต้องมีการศึกษาในรายละเอียดของชนิดยารักษาซึมเศร้าให้มากกว่านี้

จุดแข็งของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาระดับแรกในประเทศไทยที่ได้ศึกษาความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และได้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการมีข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาเรื่องนี้ต่อไป รวมทั้งการนำมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในด้านการให้ความรู้ การคัดกรอง และการเฝ้าระวังภาวะ metabolic syndrome

จุดด้อยของการศึกษานี้คือ จำนวนประชากรที่ศึกษาไม่ครบตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ไม่ได้มาเจาะเลือดตรวจ (11 ใน 110 ราย) และเป็นการศึกษาแบบ cross-section ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้ามาแล้ว ทำให้บอกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome ได้ แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง และงานวิจัยนี้ไม่ได้ศึกษาวิเคราะห์ชนิดของยารักษาซึมเศร้าที่อาจมีผลต่อภาวะ metabolic syndrome เนื่องจากยารักษาซึมเศร้าส่วนใหญ่มีผลข้างเคียงทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

น่าจะมีการศึกษาในเรื่องนี้ในโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อศึกษาว่ามีความเหมือนหรือความต่างในเรื่องความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน และจะได้มีข้อมูลเรื่องความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

การศึกษาค้างต่อไปควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อศึกษาว่าอุบัติการณ์ของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเท่าใด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ metabolic syndrome มีอะไรบ้าง มีความเหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษานี้

สรุป

พบความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ค่อนข้างมาก จึงควรมีการประเมินและเฝ้าติดตามภาวะนี้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนพัฒนาการศึกษาและแพทยศาสตร์ศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และขอขอบพระคุณศาสตราจารย์คลินิกแพทย์หญิงอรพรพรรณ ทองแดง และรองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน์ ที่กรุณาตรวจสอบงานวิจัยและให้คำแนะนำ

เอกสารอ้างอิง

1. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, et al. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. Arch Gen Psychiatry. 1998; 55:694-700.
2. Stefanis CN, Stefanis NC. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry Volume 1: Diagnosis of depressive disorders: a review. In: Mario Maj, Norman Sartorius, editors. Depressive Disorders. Chichester: Wiley; 2002:1-51.
3. The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope [database on the Internet] 2001 [cited June 21,2012]. Available from: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf.

4. Rihmer Z, Angst A. Mood disorders: Epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2004:1575-82.
5. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman 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.
6. Siriwanarangsun P, Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Kittirattanapaiboon P, Charatsingha A. Prevalence of Mental disorders in Thailand: A national survey 2003. *Journal of Mental Health of Thailand* 2004; 12:177-88.
7. Wangtongkum S, Sucharitakul P, Wongjaroen S, Maneechompoo S. Prevalence of depression among a population aged over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2008; 91:1812-6.
8. Metal health news [database on the Internet] 2551 [cited 21 June 2012]. Available from: http://www.dmh.go.th/sty_libnews/news/view.asp?id=9249.
9. Laaksonen DE, Niskanen L, Lakka HM, Lakka TA, Uusitupa M. Epidemiology and treatment of the metabolic syndrome. *Ann Med* 2004; 36:332-46.
10. Eckel RH, Alberti KG, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet* 2010; 375(9710):181-3.
11. Laaksonen DE, Lakka HM, Niskanen LK, Kaplan GA, Salonen JT, Lakka TA. Metabolic syndrome and development of diabetes mellitus: application and validation of recently suggested definitions of the metabolic syndrome in a prospective cohort study. *Am J Epidemiol* 2002; 156:1070-7.
12. Facchini FS, Hua N, Abbasi F, Reaven GM. Insulin resistance as a predictor of age-related diseases. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86:3574-8.
13. Isomaa B, Almgren P, Tuomi T, Forsen B, Lahti K, Nissen M, et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2001; 24:683-9.
14. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J, et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002; 288:2709-16.
15. Chen HJ, Bai CH, Yeh WT, Chiu HC, Pan WH. Influence of metabolic syndrome and general obesity on the risk of ischemic stroke. *Stroke* 2006; 37:1060-4.
16. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus [database on the Internet] 1999 [cited 21 June 2012]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/who_ncd_ncs_99.2.pdf.

17. Balkau B, Charles MA. Comment on the provisional report from the WHO consultation. European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR). *Diabet Med* 1999; 16:442-3.
18. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med* 1998; 15:539-53.
19. Matthews DR, Hosker JP, Rudenski AS, Naylor BA, Treacher DF, Turner RC. Homeostasis model assessment: insulin resistance and beta-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. *Diabetologia* 1985; 28:412-9.
20. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285:2486-97.
21. Genuth S, Alberti KG, Bennett P, Buse J, Defronzo R, Kahn R, et al. Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2003; 26:3160-7.
22. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005; 112:2735-52.
23. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. The metabolic syndrome--a new worldwide definition. *Lancet* 2005; 366(9491):1059-62.
24. Kinder LS, Carnethon MR, Palaniappan LP, King AC, Fortmann SP. Depression and the metabolic syndrome in young adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosom Med* 2004; 66:316-22.
25. Raikonen K, Matthews KA, Kuller LH. The relationship between psychological risk attributes and the metabolic syndrome in healthy women: antecedent or consequence? *Metabolism* 2002; 51:1573-7.
26. McCaffery JM, Niaura R, Todaro JF, Swan GE, Carmelli D. Depressive symptoms and metabolic risk in adult male twins enrolled in the National Heart, Lung, and Blood Institute twin study. *Psychosom Med* 2003; 65:490-7.
27. Heiskanen TH, Niskanen LK, Hintikka JJ, Koivumaa-Honkanen HT, Honkalampi KM, Haatainen KM, et al. Metabolic syndrome and depression: a cross-sectional analysis. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1422-7.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 4th edition, Text revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
29. Sukanich P, Lotrakul M. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)-Thai version (ICD-10 code)*. 2ed, Bangkok: Chuan Printing Press; 1998.

30. Deerochanawong C. Metabolic syndrome. Royal College Bulletin 2006; 23:5-13.
31. Kaewtrakulpong L. Metabolic syndrome: Prevalence in Si Chiang Maidistrict, Nong Khai province, Thailand. J Trop Med Parasitol 2008; 31:41-7.