



โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ

วันวิสา เกตุแก้ว พย.บ.*, รัตนา สายพานิชย์ พบ.*,
ธนิดา หิรัญเทพ พบ.*, สุตาวรรณ จุลเกตุ ศศ.บ.*,
รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย วท.ม.*, มาโนช หล่อตระกูล พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเวชร่วมในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำของแผนกผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีระหว่าง ธันวาคม 2555 ถึง มกราคม 2557 โดยใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำฉบับภาษาไทย (Yale-Brown Obsessive compulsive scale-Thai version) และ Hamilton rating scale for depression (HAM-D) ฉบับภาษาไทย

ผลการศึกษา จากผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำทั้งหมด 49 ราย พบโรคจิตเวชร่วม 26 ราย (ร้อยละ 53.1) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ hypomania 8 ราย (ร้อยละ 16.3) รองลงมาเป็นโรคในกลุ่มวิตกกังวล ได้แก่ panic disorder, social anxiety disorder, generalized anxiety disorder และ psychotic disorders อย่างละ 7 ราย (ร้อยละ 14.3) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายถึง 11 ราย (ร้อยละ 22)

สรุป ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำมีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมได้มากกว่าครึ่ง ซึ่งผู้ดูแลรักษาควรรีให้ความใส่ใจเพราะจะมีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและพยากรณ์โรคต่อไป

คำสำคัญ โรคจิตเวชร่วม ผู้ป่วยนอก โรควิตกกังวล ความคิดฆ่าตัวตาย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558; 60(1): 3-12

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400



Co-morbid Psychiatric Disorders in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Wanwisa Ketkeaw B.N.S.*, Ratana Saipanish M.D.*, Thanita Hiranyatheb M.D.*,
Sudawan Jullagate B.A.*, Rungtip Prasertchai B.Sc*, MS, Manote Lotrakul M.D.*

ABSTRACT

Objective : To examine co-morbidities in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD).

Method : The descriptive cross-sectional study was conducted in patients with obsessive-compulsive disorder from the out-patient unit of the Department of Psychiatry, Ramathibodi Hospital between December 2012 to January 2014. The interviewers applied the Mini International Neuropsychiatric Interview, the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - Second edition, and the Hamilton rating scale for depression in the interview process.

Results : Among 49 OCD patients, 26 cases (53.1%) had other psychiatric disorders. The most common co-morbid disorder found in this study was hypomania (16.3%), followed by panic disorder, social anxiety disorder, generalized anxiety disorder, and psychotic disorders (14.3%). The result also showed that there was suicidality in 11 of 43 OCD patients (22%), which was relatively high.

Conclusion : More than half of OCD patients had co-morbid psychiatric disorders. It would be very important for the clinicians to concern because these psychiatric co-morbid disorders might influence the treatment response and prognosis of the obsessive-compulsive disorder.

Keywords : co-morbidities, out-patient, anxiety disorders, suicidality

J Psychiatr Assoc Thailand 2015; 60(1): 3-12

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10400, Thailand

บทนำ

โรคย้ำคิดย้ำทำเป็นโรคที่พบได้บ่อยทางจิตเวช โดยพบได้ร้อยละ 1-3 ของประชากรทั่วไป¹ ลักษณะที่สำคัญของโรคคือมีความคิดหรือความรู้สึกที่ไม่มีเหตุผลเกิดขึ้นเองซ้ำๆ พร้อมกับมีการกระทำซ้ำๆ เพื่อลบล้างความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดจากความคิดนั้น จนเป็นผลให้ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำสูญเสียหน้าที่การทำงาน ความสัมพันธ์ และมีความทุกข์อย่างมากในชีวิต เนื่องจากไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ อีกทั้งมีรายงานการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ จำนวนไม่น้อย (ร้อยละ 40-60) ที่ตอบสนองต่อยาที่ใช้รักษาได้ไม่ดีนัก²

ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำมีโรคร่วมทางจิตเวชได้บ่อย เช่น จากการศึกษาของ Denys และคณะ³ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำมีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย และการมีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วยนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการให้การรักษาและการตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ² ดังรายงานของ Magalhaes และคณะ⁴ พบว่าผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่ติดต่อการรักษาจะมีโรคจิตเวชที่พบร่วมได้บ่อยเป็น bipolar disorder และการจะใช้ยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) รักษาอาการย้ำคิดย้ำทำ ก็ต้องให้ด้วยความระมัดระวังอย่างมากสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็น bipolar disorder เพราะอาจทำให้อาการของ mania หรือ hypomania รุนแรงขึ้น⁵ ส่วนรายงานของ Tukul และคณะ⁶ พบว่าการมีโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคย้ำคิดย้ำทำจะมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำ และการเสียความสามารถในหน้าที่การทำงานต่างๆ ที่มากขึ้น ตลอดถึงจำนวนการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น การต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลที่บ่อยขึ้น⁵ อีกทั้งมีรายงานที่เกี่ยวกับการรักษาโดยใช้พฤติกรรมบำบัดหรือแม้กระทั่งการให้ยารักษาในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยจะไม่ค่อยประสบความสำเร็จ

สำเร็จ^{7,8} Abramowitz และ Foa⁹ พบว่าโรคย้ำคิดย้ำทำที่มีโรควิตกกังวลแบบทั่วไป (generalized anxiety disorder) ร่วมด้วยนั้นมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจไม่ได้และความรับผิดชอบที่มากเกินไปเหตุซึ่งเป็นลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ จึงสามารถส่งเสริมความรุนแรงของอาการย้ำคิดย้ำทำและอาจมีผลต่อพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการศึกษาถึงโรคจิตเวชอื่นๆ ที่มีร่วมกับโรคย้ำคิดย้ำทำจึงมีความสำคัญเพื่อที่ผู้ดูแลรักษาจะได้เข้าใจ ตระหนัก และเฝ้าระวังโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ด้วยเสมอในการรักษาผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ

สำหรับประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับโรคย้ำคิดย้ำทำยังมีจำกัด¹⁰ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเวชร่วมอื่นๆ ที่พบได้ในผู้ป่วยย้ำคิดย้ำทำ ยังมีอยู่น้อยมาก ทางผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาข้อมูลดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเวชร่วมในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ ที่มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนได้รับคำชี้แจงกระบวนการและให้ความยินยอมเข้าร่วมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่ได้มารับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR โดยมีอายุตั้งแต่ 18 -70 ปี จำนวน 49 ราย ทั้งหมดเป็น

ผู้ป่วยนอกของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีที่มารับการตรวจรักษาในช่วง ธันวาคม 2555 – มกราคม 2557 ผู้ป่วยทั้งหมดตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้วยตนเองแล้วถูกสัมภาษณ์โดยทีมวิจัยเพื่อประเมินโรคทางจิตเวชอื่นๆ โดยใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย¹¹ ซึ่งได้ทดสอบความตรงและความสอดคล้องแล้ว พบว่าในทุกกรวยโรคมีค่าอยู่ในเกณฑ์สูง และสามารถนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในคนไทยได้ เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยนักจิตวิทยาทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมเพื่อช่วยการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยได้ถูกต้อง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ทั้งสิ้นประมาณ 15 นาที

2. Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale – Second edition ฉบับภาษาไทย¹² ซึ่งเป็นเครื่องมือในการศึกษาลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำโดยจิตแพทย์ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน ประกอบด้วยสองส่วนคือ ส่วนลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำ และส่วนความรุนแรงของอาการ ข้อคำถามในส่วนลักษณะอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำมีจำนวนทั้งสิ้น 67 ข้อ โดยแบ่งเป็นลักษณะอาการย้ำคิด 29 ข้อ ลักษณะอาการย้ำทำ 29 ข้อ และการหลีกเลี่ยง 9 ข้อ โดยจะตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” จำนวนอาการทั้งหมดคำนวณโดยนำข้อที่ตอบว่า “มี” มารวมกันดังนั้นคะแนนรวมจะมีช่วงตั้งแต่ 0-67 ส่วนของข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการมีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็นความรุนแรงของอาการย้ำคิด 5 ข้อและย้ำทำอีก 5 ข้อ โดยแต่ละข้อมีตัวเลือกเป็น 0 คืออาการน้อยสุดไปจนถึง 5 คืออาการมากที่สุด คะแนนรวมคิดจากการนำคะแนนทั้งหมดในส่วนนี้มาบวกกัน โดยจะมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 50 แบบสอบถามลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำ ฉบับภาษาไทยนี้ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นและความแม่นยำของเครื่องมือพบว่าค่า interrater reliability

($r = 0.99$) ค่าความสอดคล้องภายใน ($r \geq 0.90$) และค่าความแม่นยำตรงของ severity scale เมื่อเทียบกับ GAF ($r = -0.76$) และ CGI-S ($r = 0.75$) ที่ค่อนข้างดี

3. Hamilton rating scale for depression (HAM-D) ฉบับภาษาไทย¹³ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย ซึ่งมีค่า interrater reliability ($\kappa = 0.87$) ค่าความแม่นยำเมื่อเปรียบเทียบกับ Global assessment scale (Spearman's correlation coefficient = -0.82 ; $p < 0.0001$) ค่าความสอดคล้องภายใน (alpha coefficient (α) = 0.74) อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี หากผลค่าความรุนแรงตามคะแนนรวมของแบบประเมินนี้ยังมีค่าสูงหมายความว่ายังมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 18.0 โดยศึกษาลักษณะการกระจายของข้อมูล ใช้สถิติพื้นฐานได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้วย Chi-square test ส่วนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยวิเคราะห์ด้วย ANOVA

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำทั้งสิ้น 49 ราย เมื่อได้รับการสัมภาษณ์เพื่อประเมินโรคทางจิตเวชอื่นๆ โดยใช้ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย พบว่า 23 รายมีโรคย้ำคิดย้ำทำเพียงอย่างเดียว มีจำนวนถึง 26 ราย (ร้อยละ 53.1) ที่มีโรคอื่นทางจิตเวชร่วมด้วย โดยมีโรคร่วมเพียง 1 โรค 10 ราย (ร้อยละ 20.4) มีโรคร่วม 2 โรค 6 ราย (ร้อยละ 12.2) ส่วนที่เหลืออีก 10 ราย (ร้อยละ 20.4) มีมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมนั้นพบว่ามีอายุเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างผู้ป่วยที่มีโรคร่วมกับไม่มีโรคร่วม

ส่วนลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำที่ประเมินจาก Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale – Second edition (ตารางที่ 1) ในผู้ป่วยทั้งหมดพบว่ามีจำนวนอาการเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.43 ± 10.26 อาการ และความรุนแรงรวมอยู่ที่ 18.92 ± 10.36 คะแนนซึ่งเป็นความรุนแรงที่อยู่ในระดับปานกลางพบว่าในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วยมีทั้งจำนวนอาการและความรุนแรงรวมที่มากกว่าในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่ไม่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อแยกความรุนแรงออกเป็นความ

รุนแรงของอาการย้ำคิด ความรุนแรงของอาการย้ำทำก็พบว่าทั้งสองส่วนในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมก็มีความรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

จากการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton rating scale for depression (HAM-D) ฉบับภาษาไทย พบว่าค่าคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่มีโรคร่วม (8.57 ± 6.74) สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม (3.39 ± 3.28) อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ

	ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ			F / χ^2	p-value
	ทั้งหมด (49 ราย)	ไม่มีโรคจิตเวชร่วม (23 ราย)	มีโรคจิตเวชร่วม (26 ราย)		
เพศ (ร้อยละ)				1.536	0.215
หญิง	21 (42.9)	12 (52.2)	9 (34.6)		
ชาย	28 (57.19)	11 (47.8)	17 (65.4)		
อายุเฉลี่ย (SD)	37.8 (16.1)	46.5 (15.6)	30.1 (12.4)	16.854	<0.001*
สถานภาพ (ร้อยละ)				6.706	0.082
โสด	28 (57.1)	10 (43.5)	18 (69.2)		
คู่	19 (38.8)	13 (56.5)	6 (23.1)		
อื่นๆ (หม้าย, ไม่ระบุ)	2 (4.0)	-	2 (7.6)		
ศาสนาพุทธ	44 (89.8)	22 (95.7)	22 (84.6)	2.827	0.419
ระดับการศึกษา (ร้อยละ)				11.561	0.073
\leq มัธยมหรือน้อยกว่า	17 (34.7)	11 (47.8)	7 (26.8)		
\geq ปริญญาตรีหรือมากกว่า	17 (21.3)	12 (52.1)	19 (73.1)		
YBOCS-II					
จำนวนอาการ (SD)	16.43 (10.26)	9.95 (6.36)	22.15 (9.70)	26.319	<0.001*
ความรุนแรง (SD)					
Obsession	9.92 (5.88)	6.69 (5.08)	12.77 (5.07)	17.465	<0.001*
Compulsion	9.00 (5.30)	6.83 (5.06)	10.92 (4.81)	8.422	0.006*
Total	18.92 (10.36)	13.52 (9.17)	23.69 (9.02)	15.25	<0.001*
HAM-D (SD)	6.14 (5.95)	3.39 (3.28)	8.57 (6.74)	11.227	0.002*

Note: OCD = Obsessive compulsive disorder; YBOCS-II = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – second edition; HAM-D = Hamilton Rating Scale for Depression

โรคร่วมที่พบในกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2) จากการประเมินโดยใช้ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย เมื่อแบ่งตามกลุ่มโรคพบว่ากลุ่มโรคที่พบเป็นอันดับแรก คือ กลุ่มโรควิตกกังวลพบได้ 15 ราย (ร้อยละ 30.6) รองลงมาคือกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติพบ 13 ราย (ร้อยละ 26.5) หากแบ่งตามรายโรคพบว่าโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับแรก คือ hypomania 8 ราย (ร้อยละ 16.3) รองลงมาเป็น panic disorder, social anxiety disorder,

generalized anxiety disorder อย่งละ 7 ราย (ร้อยละ 14.3) และ psychotic disorder 7 ราย (ร้อยละ 14.3) โรคอารมณ์ผิดปกติที่พบบ่อยรองลงมาคือ dysthymia 6 ราย (ร้อยละ 12.2) และ major depressive episode 5 ราย (ร้อยละ 10.2) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (suicidality) 11 ราย (ร้อยละ 22.0) โดยเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงน้อย 9 ราย (ร้อยละ 18.0) ปานกลาง 1 ราย (ร้อยละ 2.0) และ สูง 1 ราย (ร้อยละ 2.0)

ตารางที่ 2 โรคร่วมที่พบในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ

	จำนวน (ร้อยละ)
Mood disorders	13 (26.5)
Major depressive episode	5 (10.2)
Dysthymia	6 (12.2)
Manic	2 (4.1)
Hypomanic	8 (16.3)
Anxiety disorders	15 (30.6)
Panic disorder	7 (14.3)
Agoraphobia	1 (2.0)
Social anxiety disorder	7 (14.3)
Post traumatic stress disorder	1 (2.0)
Generalized anxiety disorder	7 (14.3)
Alcohol and substance use disorders	4 (8.1)
Alcohol use disorder	3 (6.1)
Substance use disorder	1 (2.0)
Psychosis	7 (14.3)
Psychotic disorder	4 (8.2)
Mood disorder with psychotic feature	3 (6.1)
Eating disorders	2 (4.1)
Anorexia nervosa	-
Bulimia nervosa	2 (4.1)
Antisocial personality disorder	-

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำมีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วยมากถึง 26 ราย (ร้อยละ 53.1) ซึ่งสัมพันธ์กับผลการศึกษาจากต่างประเทศที่พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำมีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วยเช่นกัน^{1,5} จากรายงานของต่างประเทศในส่วนข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยไม่ค่อยพบความแตกต่างเรื่องเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษาระหว่างผู้ป่วยที่มีและไม่มีโรคร่วม^{3,14} แต่จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่มีโรคร่วมมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นเรื่องยากในการเปรียบเทียบอัตราการมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำของการศึกษานี้กับการศึกษาในต่างประเทศที่เคยรายงานก่อนหน้านี้แล้วเนื่องจากกระบวนการศึกษา เครื่องมือที่ใช้หรือวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้ก็เป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของต่างประเทศ โดยพบโรคในกลุ่มอารมณ์ผิดปกติ และโรคในกลุ่มวิตกกังวลได้บ่อยที่สุด จากการศึกษาของ Denys และคณะ³ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำจำนวนมากที่สุดคือ 420 รายพบว่ามีโรคในกลุ่มอารมณ์ผิดปกติร้อยละ 27.1 และโรคในกลุ่มวิตกกังวลร้อยละ 12.8 แต่ในการศึกษานี้พบโรคในกลุ่มวิตกกังวลมากกว่าคือมากถึงร้อยละ 30.6 และตามมาด้วยโรคในกลุ่มอารมณ์ผิดปกติร้อยละ 26.5

ส่วนใหญ่ของโรคในกลุ่มอารมณ์ผิดปกติที่มีรายงานจะเป็น major depression³ ซึ่งในการศึกษานี้เป็น hypomania ทั้งนี้อาจจะเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วไม่ว่าด้วยยาหรือจิตบำบัดซึ่งอาจจะส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยทำให้เกิดตราของ major depressive episodes ไม่มากเท่าในต่างประเทศ ส่วน hypomania ไม่ได้มีรายงานแยกไว้แต่จะรายงานเป็น bipolar

disorder ซึ่งก็พบได้ไม่น้อยเช่นกัน ตัวอย่างเช่นการศึกษาของ Joshi และคณะ¹⁵ พบผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำร้อยละ 15 มีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของ bipolar disorder และการศึกษาของ Hantouche และคณะ¹⁶ พบ bipolar disorder ร้อยละ 11 โดยมีอาการของ hypomania มากกว่า mania

โรคในกลุ่มวิตกกังวลที่พบร่วมในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำจากการศึกษานี้มากที่สุดคือ panic disorder, social anxiety disorder, generalized anxiety disorder โดยพบร้อยละ 14.3 ซึ่งมีรายงานไว้หลากหลายจากการศึกษาของต่างประเทศ เช่น panic disorder พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 13 – 56 , social anxiety disorder พบได้ร้อยละ 18 ส่วน generalized anxiety disorder พบได้ร้อยละ 0.95 ถึงมากกว่าร้อยละ 30^{3,5}

โรคจิต (psychotic disorders) ในการศึกษานี้พบว่าเป็นโรคที่เกิดร่วมในผู้ป่วยย้ำคิดย้ำทำได้ร้อยละ 14.3 ซึ่งใกล้เคียงกับ Karno และคณะได้รายงานไว้คือพบร้อยละ 12.2¹ แต่ในการศึกษานี้ไม่ได้แยกชนิดของโรคจิตว่าเป็นโรคจิตแบบ schizophrenia, schizophreniform, brief psychotic disorder หรือโรคจิตอื่นๆ อย่างเฉพาะเจาะจง นอกจาก mood disorders with psychotic feature 3 ราย (ร้อยละ 6.1) ซึ่งส่วนนี้เป็นข้อจำกัดของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) ที่ใช้ในการศึกษานี้

จากผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่มีโรคร่วมมีคะแนน YBOCS ในส่วนความรุนแรงของอาการ และ HAM-D สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมักจะมีอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำที่รุนแรงกว่า รวมถึงมีระดับอารมณ์ซึมเศร้าที่มากกว่าด้วย แต่ผลการศึกษานี้ต่างจากของ Denys และคณะ³ ที่คะแนน YBOCS ของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่มีและไม่มีโรคร่วม

ไม่แตกต่างกันทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะจำนวนผู้ป่วยในการศึกษานี้น้อยกว่า ตลอดจนการใช้เครื่องมือประเมินอาการย้ำคิดย้ำทำ YBOCS คนละฉบับ นอกจากนี้ การศึกษานี้ใช้การสำรวจแบบสำรวจภาคตัดขวาง จึงยังมีข้อจำกัดในการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนทั้ง YBOCS และ HAM-D ได้ หากมีการศึกษาที่ติดตามผู้ป่วยก่อนการรักษา ระหว่าง รวมถึงภายหลังการรักษาด้วยแล้วอาจจะทำให้เข้าใจรายละเอียดหรือความเชื่อมโยงได้มากขึ้น

โรคร่วมทางจิตเวชที่พบร่วมในการศึกษานี้ที่ส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่มวิตกกังวลนั้นอาจจะไม่ค่อยมีปัญหาหนักสำหรับการให้การดูแลรักษา เพราะทั้งการให้ยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) หรือการรักษาด้วยจิตพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavior therapy) ก็จะสามารถช่วยลดอาการของผู้ป่วยทั้งอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำและอาการของโรคร่วมกลุ่มวิตกกังวลได้ ส่วนโรคในกลุ่มอารมณ์ผิดปกติที่พบรองลงมา หากเป็นภาวะซึมเศร้าแล้วก็คงไม่ค่อยมีปัญหาด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับโรคในกลุ่มวิตกกังวล แต่หากเป็น hypomania ที่ในการศึกษานี้พบมากที่สุดในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติก็จะเป็นปัญหามาก เพราะการให้การรักษาอาการย้ำคิดย้ำทำด้วยยา SSRIs จะต้องระวังว่ายาอาจจะทำให้อาการ hypomania แ่ลงหรือแม้กระทั่งกลายเป็น mania แต่ถ้าเลือกที่จะให้ความสนใจดูแลรักษาอาการ hypomania หรือ mania และไม่ใช้ SSRIs รักษาอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำก็จะทำให้ผู้ป่วยยังทุกข์ทรมาน หรือคุณภาพชีวิตไม่ดีได้อย่างมากจากอาการย้ำคิดย้ำทำ แม้ว่าจะไม่มีอาการ hypomania หรือ mania ก็ตาม ส่วนโรคจิตที่ในการศึกษานี้ก็พบได้ไม่น้อยเช่นกันเมื่อต้องการให้การรักษาด้วยยาแก้โรคจิตก็ต้องให้ด้วยความระมัดระวัง เพราะมีรายงานว่ายารักษาโรคจิตหลายตัว เช่น clozapine, risperidone, olanzapine และ quetiapine^{5, 17-19} สามารถทำให้เกิดอาการของ

โรคย้ำคิดย้ำทำขึ้นมาได้ ด้วยเหตุผลทั้งหลายนี้จึงเห็นได้ว่าการมีโรคร่วมทางจิตเวชร่วมกับโรคย้ำคิดย้ำทำจะสามารถส่งผลต่อการรักษา การตอบสนองต่อการรักษาและพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้^{5, 20}

รายงานนี้เป็นการศึกษาแรกเกี่ยวกับโรคร่วมทางจิตเวชร่วมในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำในประเทศไทย ซึ่งผลจากการศึกษาจะช่วยสร้างความเข้าใจ ความตระหนักและเฝ้าระวังโรคร่วมทางจิตเวชร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยย้ำคิดย้ำทำ อันจะยังผลประโยชน์ให้กับผู้ป่วยต่อไป อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางอาจทำให้ไม่เห็นการดำเนินโรคที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยมีโรคใดมาก่อนระหว่างโรคย้ำคิดย้ำทำกับโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ที่พบร่วม ถ้าหากมีการศึกษาที่ติดตามการดำเนินโรคของทั้งสองส่วนจะช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างโรคย้ำคิดย้ำทำและโรคร่วมทางจิตเวชที่ชัดเจนขึ้น ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้คือ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ซึ่งอาจจะยังไม่ครอบคลุมโรคร่วมทางจิตเวชทั้งหมดและอาจจะยังไม่ให้รายละเอียดของกลุ่มโรคได้ดังกล่าวไว้แล้วก่อนหน้านี้ แต่ก็เป็นเครื่องมือที่ช่วยการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชที่พบบ่อยได้ดี อีกทั้งสะดวก ใช้งานง่าย และแพร่หลายในการทำวิจัย นอกจากนี้การศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่มากนัก หากในอนาคตมีการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นและมาจากหลากหลายพื้นที่ของประเทศจะช่วยให้เห็นภาวะโรคร่วมทางจิตเวชร่วมในผู้ป่วยย้ำคิดย้ำทำในประเทศไทยได้ชัดเจนขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำจำนวนมากกว่าครึ่งมีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นร่วมอยู่ด้วย ซึ่งแพทย์ผู้รักษาควรรู้ให้ความสำคัญเพราะโรคร่วมทางจิตเวชอื่นที่พบร่วมด้วยนี้สามารถส่งผลต่อการให้การรักษา การตอบสนองต่อการรักษา และพยากรณ์โรคของผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยวิจัยทางคลินิกที่อำนวยความสะดวกในการบันทึกข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัย และผู้ให้การสนับสนุนทุกท่าน สุดท้ายขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Kamo M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:1094-9.
2. Pallanti S, Quercioli L. Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30:400-12.
3. Denys D, Tenney N, van Megen HJ, de Geus F, Westenberg HG. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2004; 80: 155-62.
4. Magalhaes PV, Kapczinski NS, Kapczinski F. Correlates and impact of obsessive-compulsive comorbidity in bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2010; 51:353-6.
5. Pallanti S, Grassi G, Sarrecchia ED, Cantisani A, Pellegrini M. Obsessive-compulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutic implications. *Front Psychiatry* 2011; 2:70.
6. Tukul R, Meteris H, Koyuncu A, Tecer A, Yazici O. The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256:240-5.
7. Overbeek T, Schruers K, Vermetten E, Griez E. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:1106-12.
8. Hollander E, Mullen L, DeCaria CM, Skodol A, Schneier FR, Liebowitz MR, et al. Obsessive compulsive disorder, depression, and fluoxetine. *J Clin Psychiatry* 1991; 52:418-22.
9. Abramowitz J, Foa EB. Worries and obsessions in individuals with obsessive-compulsive disorder with and without comorbid generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 1998; 36:695-700.
10. Takumgsakdakul A, Hiranyatheb T, Saipanish R. Clinical characteristics and severity of Obsessive-Compulsive disorder in a psychiatric out-patient unit at Ramathibodi Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012; 57:463-76.
11. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai Version. *Journal of Mental Health of Thailand* 2005; 13(3):126-36.
12. Hiranyatheb T, Saipanish R, Lotrakul M. Reliability and validity of the Thai version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale - Second Edition in clinical samples. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10:471-7.

13. Lotrakul M, Sukanit P, Sukying C. The Reliability and Validity of Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression Journal of the Psychiatric Association of Thailand 1996; 41:235-46.
14. Lochner C, Fineberg NA, Zohar J, van Ameringen M, Juven-Wetzler A, Altamura AC, et al. Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). Compr Psychiatry 2014; 55:1513-9.
15. Joshi G, Wozniak J, Petty C, Vivas F, Yorks D, Biederman J, et al. Clinical characteristics of comorbid obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder in children and adolescents. Bipolar Disorders 2010; 12:185-95. PubMed PMID: 20402711.
16. Hantouche EG, Angst J, Demonfaucon C, Perugi G, Lancrenon S, Akiskal HS. Cyclothymic OCD: a distinct form? J Affect Disord 2003; 75:1-10.
17. Baker RW, Chengappa KN, Baird JW, Steingard S, Christ MA, Schooler NR. Emergence of obsessive compulsive symptoms during treatment with clozapine. J Clin Psychiatry 1992; 53:439-42.
18. Reznik I, Yavin I, Stryjer R, Spivak B, Gonen N, Strous R, et al. Clozapine in the treatment of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia patients: a case series study. Pharmacopsychiatry 2004; 37(2):52-6.
19. Tranulis C, Potvin S, Gourgue M, Leblanc G, Mancini-Marie A, Stip E. The paradox of quetiapine in obsessive-compulsive disorder. CNS spectrums 2005; 10:356-61.
20. Ucok A, Kivrak Tihan A, Karadayi G, Tukul R. Obsessive compulsive symptoms are related to lower quality of life in patients with Schizophrenia. Int J Psychiatry Clin Pract 2014; 18:243-7.