



อาการย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาล รามธิบดี

Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Epilepsy at Ramathibodi Hospital

นุรอน ยะผา*, รัตนา สายพานิชย์*, สัญชัย กุลาดี้*, อภิสิตธิ์ บุญเกิด**,
ภัทรพร วิสาจันทร์*, สุดาวรรณ จุลเกตุ*

Nuron Yapha*, Ratana Saipanish*, Sanchai Kuladee*, Apisit Boonkerd**,
Pattarabhorn Wisajun*, Sudawan Jullagate*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

** ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของโรคย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยโรคลมชักและความสัมพันธ์
ระหว่างอาการย้ำคิดย้ำทำและโรคลมชัก

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ที่โรงพยาบาลรามธิบดี ผู้เข้าร่วมการ
วิจัยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก และตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ จำนวน 170 คน โรคย้ำคิดย้ำ
ทำ ประเมินจากแบบสัมภาษณ์ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)
แบบสอบถาม Florida Obsessive-Compulsive Inventory Questionnaire Thai version (FOCI)
วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าร้อยละรายงานความชุกของโรค ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างอาการย้ำคิดย้ำ
ทำและโรคลมชัก วิเคราะห์แบบ Chi-square

ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคลมชัก 170 ราย ถูกสัมภาษณ์โดย M.I.N.I พบโรคย้ำคิดย้ำทำ 5 ราย
(ร้อยละ 2.9) และจากแบบสอบถาม FOCI ในจำนวน 170 ราย พบผู้ที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำจำนวน
29 ราย (ร้อยละ 17.06) อายุเฉลี่ยของผู้ที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ เท่ากับ 30.38 ปี อาการย้ำคิดที่พบ
มากที่สุด คือ ทำสิ่งของมีค่าหาย (ร้อยละ 55.17) อาการย้ำทำที่พบมากที่สุด คือ ถ้ามื้อข้าว เพื่อ
ให้มั่นใจว่าได้ทำสิ่งที่ถูกต้องแล้ว (ร้อยละ 65.52)

สรุป สัดส่วนของโรคย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยโรคลมชักพบร้อยละ 2.4 แต่พบอาการย้ำคิดย้ำทำ
ร้อยละ 17.06 ซึ่งอาการย้ำคิดย้ำทำ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยโรคลมชักที่มี
อาการย้ำคิดย้ำทำจึงควรได้รับการใส่ใจ คัดกรอง และวินิจฉัยต่อไป

คำสำคัญ โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคลมชัก

Corresponding author: รัตนา สายพานิชย์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(2): 167-178

ABSTRACT

Objective : To study the prevalence of obsessive-compulsive disorder in patients with epilepsy and the association between obsessive-compulsive symptoms and epilepsy.

Methods : A cross-sectional study was undertaken at Ramathibodi hospital. 170 participants were diagnosed with epilepsy and agreed to participate in this study. The demographic characteristics were interviewed and diagnosis of obsessive-compulsive disorder were assessed by Thai version of Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) and obsessive-compulsive symptoms were evaluated by the Thai version of the Florida Obsessive-Compulsive Inventory (FOCI-T). This study used percentage for prevalence of disease, Chi-square for evaluating associations between obsessive-compulsive symptoms and epilepsy.

Results : 170 participants were assessed by M.I.N.I. Thai, 5 patients with obsessive compulsive disorder (OCD) were founded (2.9%). When assessed by the FOCI-T there were 29 patients with obsessive-compulsive symptoms (17.06%). The mean age of patients with obsessive-compulsive symptoms was 30.38 years old. The most common obsessive symptom was "Lost things" (55.17%), and the most common compulsive symptom was "Ask repeatedly to make sure they had done the right thing" (65.52%).

Conclusion : The proportion of obsessive-compulsive disorder in patients with epilepsy was 2.9% but proportion of obsusive compulsure symptoms was 17.06%. The obsessive-compulsive symptoms can affect the quality of life. Therefore, epilepsy patients with obsessive-compulsive symptoms should be screened and diagnosed.

Keywords : obsessive-compulsive, epilepsy

Corresponding author: Ratana Saipanish

J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(2): 167-178

บทนำ

โรคคอมซิกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดความพิการทางสมองอันเป็นผลทั้งต่อตัวผู้ป่วย และเป็นภาระของครอบครัวสังคมและเกิดความสูญเสียต่อประเทศชาติทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์และเศรษฐกิจ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วโรคนี้สามารถป้องกันและรักษาได้หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาแต่เนิ่นๆ

โดยทั่วไปพบว่ามีความสัมพันธ์มากมายระหว่างโรคคอมซิก และปัญหาทางจิตเวช ซึ่งมีผลกระทบต่อคนเกือบ 50 ล้านคนทั่วโลก^{1,2} ในการศึกษาก่อนหน้านี้พบความชุกของปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคคอมซิกร้อยละ 8-11 ซึ่งมากกว่าประชากรทั่วไป³⁻⁵

ผู้ป่วยโรคคอมซิกมักพบปัญหาทางจิตใจร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็นโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคกลัวโรควิกลจริต หรือโรคย้ำคิดย้ำทำ โดยโรคย้ำคิดย้ำทำเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความคิดซ้ำๆ ที่ทำให้เกิดความกังวลใจ และมีการตอบสนองต่อความคิดด้วยการทำพฤติกรรมซ้ำๆ เพื่อลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นนี้ ซึ่งตัวผู้ป่วยเองก็รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีไม่มีเหตุผล แต่ก็ไม่สามารถหยุดความคิดและการกระทำดังกล่าวได้ และเสียเวลาไปกับอาการดังกล่าวเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการดังกล่าว

รายงานจากการศึกษาที่ผ่านมาผู้ป่วยโรคคอมซิกมีอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำพบความชุกในช่วง 10-22%⁶⁻⁹ เช่น การศึกษาที่ได้ทำใน Amedeo Avogadro University, Novara, Italy โดยใช้ Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2 adult version) และวินิจฉัยโรคด้วย Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) พบความชุกร้อยละ 14.5 หลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการย้ำคิดย้ำทำ ได้แก่ เพศ อายุการเกิดโรคคอมซิก ชนิดของโรคซิก ความถี่ในการซิก

ระยะเวลาการเจ็บป่วย การค้นพบที่ผิดปกติใน neuroimaging หรือ electroencephalography (EEG) การรักษาอาการเจ็บป่วยทางกาย¹⁰⁻¹² บางรายงานแสดงให้เห็นว่าโรคคอมซิกและอาการย้ำคิดย้ำทำมีผลต่อสุขภาพแบบสองทิศทางเพิ่มภาวะโรคและลดคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองเป็นภาระ ทำงานไม่ได้ ต้องพึ่งพาคนอื่น¹³⁻¹⁶ หนึ่งในตัวทำนายที่สำคัญสำหรับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคคอมซิกคือภาวะความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจ¹⁷⁻¹⁹

การศึกษาในก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่ามีความชุกของอาการย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยโรคคอมซิกร้อยละ 10-22 ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{20,21} โดยการศึกษาเหล่านี้ได้ประเมินโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และมีผู้ป่วยโรคคอมซิกจำนวนน้อยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคย้ำคิดย้ำทำ

ในประเทศไทย มีรายงานการสำรวจความชุกของโรคคอมซิกหลายครั้ง พ.ศ. 2534-พ.ศ. 2535 มีการสำรวจทั่วประเทศ พ.ศ.2541 สำรวจในกรุงเทพฯ และ พ.ศ. 2543 สำรวจที่จังหวัดนครราชสีมา พบความชุกในอัตรา 5.9-7.2 ต่อพันประชากร ประเทศไทยกล่าวอีกนัยหนึ่งว่ามีผู้ป่วยโรคคอมซิกประมาณ 6-7 แสนคน

การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคคอมซิก พบว่ามีความสัมพันธ์กับความ รู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกกลัวสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยไม่มีเหตุผล พฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต ความรู้สึกตนเองบกพร่อง ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความรู้สึกหวาดระแวง ความรู้สึกวิตกกังวล และการย้ำคิดย้ำทำ แต่ไม่ได้ศึกษาถึงความชุกและความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับอาการย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยโรคคอมซิก ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัดส่วนของโรคย้ำคิดย้ำทำและสัดส่วนของอาการย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยโรคคอมซิกโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งเป็นมาตรฐานสำหรับการวินิจฉัยความผิดปกติทาง

จิตเวชและใช้แบบสอบถาม พร้อมกับศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างอาการย้ำคิดย้ำทำกับโรคลมชัก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องภาวะทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลรามาริบัติ (Psychiatric conditions in patients with epilepsy in Ramathibodi Hospital) (ID 07-59-08) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกแผนกระบบประสาทของโรงพยาบาลรามาริบัติ ข้อมูลได้รวบรวมตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วย 170 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุ 18 ปีขึ้นไป สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือโรคสมองออร์แกนิกรุนแรง และผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาในกรณีฉุกเฉินจะได้รับการคัดออก ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ให้ความยินยอมโดยเป็นลายลักษณ์อักษร การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการทดลองของมนุษย์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ (ID 07-59-08)

เครื่องมือในการศึกษา :

ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 170 ราย ได้รับการประเมินโดยแพทย์และนักวิจัยที่ได้รับการฝึกอบรม 2 คน เพื่อสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างและได้ทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการประเมินด้วยวิธีโอ 4 ครั้ง (Kappa=1) ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์และทำแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. Demographic data

ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เงื่อนไข

ทางการแพทย์อื่นๆ และลักษณะทางคลินิก ได้แก่ อายุ การเกิดโรคลมชัก ภาวะแทรกซ้อนของโรคลมชัก ความถี่ในการชัก ผลการตรวจ EEG และการใช้ยาทางจิตเวช

2. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) ฉบับภาษาไทย

เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์วินิจฉัยของทั้ง International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) ขององค์การอนามัยโลก และ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV)³ ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนามาจากนักวิชาการสองกลุ่ม คือ Professor David V. Sheehan จาก University of South Florida College of Medicine และกลุ่ม Dr. Yves Lecrubier จาก Hopital de la Salpetriere ประเทศฝรั่งเศส เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยได้อย่างถูกต้อง ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 15 นาที โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมระยะสั้น^{22,23} สำหรับโรคย้ำคิดย้ำทำนั้นมีค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) อยู่ที่ร้อยละ 44 และร้อยละ 95 ตามลำดับ โดยมี positive predictive value (PPV) เท่ากับ 0.31, negative predictive value (NPV) เท่ากับ 0.97

3. Thai version of the Florida Obsessive-Compulsive Inventory (FOCI-T)

เป็นแบบสอบถามที่แปลมาจากแบบสอบถาม the Florida Obsessive-Compulsive Inventory ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่ง เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการและความรุนแรงของโรคย้ำคิดย้ำทำที่พัฒนามาจากแบบสอบถาม Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ได้รับการยอมรับในการประเมินอาการ และความรุนแรงของโรค

ย้าคิดย้าทำ โดย University of Florida และได้มีการศึกษาหาความเชื่อมั่น (reliability) และ ความเที่ยงตรง (validity) ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีความใกล้เคียงกับการใช้ Y-BOCS ข้อดีของ FOCI คือ ใช้ง่ายและใช้เวลาสั้นในการประเมินทั้งหมด ซึ่งเหมาะกับการใช้คัดกรองอาการและความรุนแรงของโรคย้าคิดย้าทำ ในขณะที่ Y-BOCS ใช้เวลานานกว่า

แบบสอบถาม FOCI-T ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ถามอาการต่างๆ ของโรคย้าคิดย้าทำ 20 ข้อ ภายใน 1 เดือนก่อนทำแบบสอบถาม (symptom check list scale) เป็นอาการย้าคิด 10 ข้อและอาการย้าทำ 10 ข้อ ให้ผู้ทำแบบสอบถามตอบว่ามี (“ใช่” = 1) หรือไม่มี (“ไม่ใช่” = 0) หากตอบว่าใช่ในอาการใดอาการหนึ่งใน 20 ข้อ ให้ทำในส่วนที่ 2 ต่อไป คะแนนทั้งหมดของ symptom check list scale คำนวณจากการรวมคำตอบที่ตอบว่ามีทั้งหมด (พิสัย 0-20 คะแนน) โดยคะแนนรวมที่มาก จะแสดงถึงจำนวนของอาการที่มาก และส่วนที่ 2 ถามถึงผลกระทบและระดับความรุนแรงของอาการต่างๆ ในส่วนที่ 1 ใน 1 เดือนก่อนทำแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ (symptom severity scale) คือการใช้เวลาในแต่ละวัน ความทุกข์ทรมาน ระดับความสามารถในการควบคุม การหลีกเลี่ยง และการรบกวนชีวิต โดยความรุนแรง แบ่งได้ 4 ระดับคือ คือ 0 หมายถึง “ไม่เลย” 1 หมายถึง “เล็กน้อย” 2 หมายถึง “ปานกลาง” 3 หมายถึง “รุนแรง” และ 4 หมายถึง “รุนแรงที่สุด” คะแนนทั้งหมดของ symptom severity scale คำนวณจากการรวมคะแนน ทั้งหมด 5 ข้อ (พิสัย 0-20) โดยคะแนนรวมที่มากจะแสดง ถึงความรุนแรงของอาการที่มาก

โดยจุดตัดของคะแนนความรุนแรง FOCI-T สามารถนำมาใช้คัดกรองโรคย้าคิดย้าทำ โดย พบว่าค่าคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน เป็นจุดตัดที่มี

ความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สูงที่สุดที่ร้อยละ 92 และ 88 ตามลำดับ โดยมี positive predictive value (PPV) เท่ากับ 0.56, negative predictive value (NPV) เท่ากับ 0.98 และ area under curve (AUC) เท่ากับ 0.945^{24,25}

การวิเคราะห์ทางสถิติ :

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดย IBM SPSS Statistics for Windows, ฉบับ 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ลักษณะกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย ลักษณะทางคลินิก และสัดส่วนของโรคย้าคิดย้าทำ ได้รับการรายงานเป็นร้อยละ ใช้การทดสอบไคสแควร์ หรือการทดสอบของพิชเชอร์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์อาการย้าคิดย้าทำ กับลักษณะทางประชากร และลักษณะทางคลินิกของอาการชัก คำนวณค่าทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วย 170 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก และเข้าร่วมทำแบบสอบถามจำนวน 170 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 จากแบบสัมภาษณ์ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย พบโรคย้าคิดย้าทำ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9 โดยอายุเฉลี่ยของผู้ที่มีอาการโรคย้าคิดย้าทำ เท่ากับ 32.18 ปี อาการชักครั้งสุดท้ายมากกว่า 1 ปี เท่ากับร้อยละ 80 การตรวจ EEG ผิดปกติ พบร้อยละ 60

จากแบบสอบถามพบผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการย้าคิดย้าทำจำนวน 29 ราย (ร้อยละ 17.06) อายุเฉลี่ยของผู้ที่มีอาการย้าคิดย้าทำ เท่ากับ 30.38 ปี กลุ่มที่มีอาการย้าคิดย้าทำมีปัจจัยด้านอาชีพและการใช้ยากันชักต่างจากกลุ่มไม่มีอาการอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงลักษณะพื้นฐานของผู้ที่มีอาการโรคย้ำคิดย้ำทำ (FOCI ≥ 5) และผู้ที่ไม่มีอาการโรคย้ำคิดย้ำทำ

	ผู้ที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ	ผู้ที่ไม่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (SD)	30.38 (19.35)	28.12 (22.83)	0.62
เพศ			0.73
หญิง	16 (55.17)	84 (59.57)	
ชาย	13 (44.83)	57 (40.43)	
สถานภาพ			0.50
โสด	19 (65.52)	80 (56.74)	
สมรส	10 (34.48)	51 (36.17)	
หย่า/แยกกันอยู่	0 (0)	10 (7.09)	
ระดับการศึกษา			0.81
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	6 (20.69)	30 (21.28)	
มัธยมศึกษา	9 (31.03)	36 (25.53)	
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	4 (13.79)	12 (8.51)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10 (34.48)	63 (44.68)	
อาชีพ			0.01*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (24.14)	55 (39.01)	
ประกอบอาชีพ	18 (62.07)	73 (51.77)	
กำลังศึกษา	4 (13.79)	2 (1.42)	
เกษียณอายุ	0 (0)	11 (7.80)	
รายได้(ต่อเดือน) (บาท)			0.81
ไม่มีรายได้	9 (31.03)	50 (35.46)	
ต่ำกว่า 9,000	5 (17.24)	15 (10.64)	
9,000-15,000	5 (17.24)	17 (12.06)	
15,001-30,000	6 (20.69)	39 (27.66)	
มากกว่า 30,000	4 (13.79)	20 (14.18)	
อายุที่เริ่มมีอาการชัก (ปี)			0.65
น้อยกว่า 1	1 (3.44)	6 (20.69)	
1-15	13 (44.83)	58 (41.13)	
16-30	9 (31.03)	30 (21.28)	
31-60	4 (13.79)	35 (24.82)	
มากกว่า 60	2 (6.89)	12 (8.51)	
อาการชักครั้งสุดท้าย			0.16
น้อยกว่า 1 เดือน	8 (27.59)	19 (13.48)	
1-3 เดือน	2 (6.89)	10 (7.09)	
3-6 เดือน	1 (3.44)	5 (3.55)	
6-12 เดือน	6 (20.69)	14 (9.93)	
มากกว่า 1 ปี	12 (41.38)	92 (65.25)	

ตารางที่ 1 ตารางแสดงลักษณะพื้นฐานของผู้ที่มีอาการโรคย้ำคิดย้ำทำ (FOCI ≥ 5) และผู้ที่ไม่มีอาการโรคย้ำคิดย้ำทำ (ต่อ)

	ผู้ที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ที่ไม่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ความถี่ของอาการชัก			0.22
ทุกวัน	1 (3.44)	5 (3.55)	
2-3 วัน/ครั้ง	2 (6.89)	4 (2.84)	
1 สัปดาห์/ครั้ง	4 (13.79)	6 (4.26)	
1 เดือน/ครั้ง	4 (13.79)	17 (12.06)	
1 ปี/ครั้ง	7 (24.14)	27 (19.15)	
มากกว่า 1 ปี/ครั้ง	11 (37.93)	82 (58.16)	
ความสม่ำเสมอของการรับประทานยากันชัก			0.22
สม่ำเสมอดี	29 (100)	129 (91.49)	
ไม่สม่ำเสมอ	0 (0)	12 (8.51)	
การรักษาด้วยยากันชัก			0.04*
0-1 ชนิด	11 (37.93)	94 (66.67)	
มากกว่า 1 ชนิด	18 (62.07)	47 (33.33)	
การตรวจ EEG			0.72
ไม่มีข้อมูล	10 (34.48)	60 (42.55)	
ปกติ	5 (17.24)	21 (14.89)	
ผิดปกติ	14 (48.28)	60 (42.55)	
การตรวจ MRI Brain			0.33
ไม่มีข้อมูล	9 (31.03)	55 (39.01)	
ปกติ	4 (13.79)	29 (20.57)	
ผิดปกติ	16 (55.17)	57 (40.43)	
อุบัติเหตุศีรษะจนหมดสติ			1.00
ไม่เคย	26 (89.66)	123 (87.23)	
เคย	3 (10.34)	18 (12.77)	
ประวัติการผ่าตัดสมอง			0.98
ไม่เคย	23 (79.31)	112 (79.43)	
เคย	6 (20.69)	29 (20.57)	
ประวัติการใช้ยาเสพติด			0.43
ไม่เคย	28 (96.55)	139 (98.58)	
เคย	1 (3.44)	2 (1.42)	
ประวัติการสูบบุหรี่			0.53
ไม่เคย	25 (86.21)	127 (90.07)	
เคย	4 (13.79)	14 (9.93)	
ประวัติการดื่มสุรา			0.32
ไม่เคย	26 (89.66)	116 (82.27)	
เคย	3 (10.34)	25 (17.73)	
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว			0.46
ไม่มี	26 (89.66)	129 (91.49)	
โรคซึมเศร้า	1 (3.44)	2 (1.42)	
โรควิตกกังวล	1 (3.44)	1 (0.71)	
โรคย้ำคิดย้ำทำ	1 (3.44)	1 (0.71)	
โรคจิตเภท	0 (0)	5 (3.55)	

ผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่พบจากแบบสอบถาม M.I.N.I อาการย้ำคิดที่พบมากที่สุด คือ มีอันตรายเกิดขึ้นกับคนรัก (ร้อยละ 20) อาการย้ำทำที่พบมากที่สุด ได้แก่ ล้างทำความสะอาดหรือแต่งตัวมากเกินไปจนเป็นพิธีกรรม (ร้อยละ 20) สะสมของที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ (ร้อยละ 20) ตรวจดูร่างกายเพื่อหาความเจ็บป่วย (ร้อยละ 20)

สำหรับผู้ป่วยที่ค่าความรุนแรง FOCI ≥ 5 อาการย้ำคิดที่พบมากที่สุด 3 ลำดับคือ ทำสิ่งของมีค่าหาย

(ร้อยละ 55.17), การจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบแบบแผน (ร้อยละ 51.72) และบ้านจะเกิดไฟไหม้ ถูกปล้นหรือน้ำท่วม (ร้อยละ 44.83) อาการย้ำทำที่พบมากที่สุด 3 ลำดับคือ ถามซ้ำๆ เพื่อให้มั่นใจว่าได้ทำสิ่งที่ถูกต้อง (ร้อยละ 65.52) ตรวจสอบของต่างๆ เช่น สวิตช์ไฟ (ร้อยละ 51.72) และ ตรวจดูร่างกายเพื่อหาความเจ็บป่วย (ร้อยละ 51.72) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะอาการย้ำคิดย้ำทำที่พบในผู้ป่วยที่ค่าความรุนแรง FOCI ≥ 5

รายละเอียด	จำนวน (ร้อยละ)
ถูกรบกวนโดยความคิด/ภาพเช่น	
1. การสัมผัสสิ่งปนเปื้อนหรือเป็นโรคร้ายแรง	11 (37.93)
2. การจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบแบบแผน	15 (51.72)
3. จินตภาพของความตายหรือเหตุการณ์ที่เลวร้ายอื่นๆ	5 (17.24)
4. ความคิดเกี่ยวกับศาสนาหรือเพศที่ไม่สามารถยอมรับได้	2 (6.89)
กังวลเกี่ยวกับสิ่งเลวร้ายเช่น	
5. บ้านจะเกิดไฟไหม้ ถูกปล้น หรือน้ำท่วม	13 (44.83)
6. ขับรถชนคนเดินถนน หรือขับรถตกเขา	3 (10.34)
7. แพร่โรค	3 (10.34)
8. ทำสิ่งของมีค่าหาย	16 (55.17)
9. มีอันตรายเกิดขึ้นกับคนรัก	12 (41.38)
10. ทำตามแรงกระตุ้นหรือแรงผลักดันที่ไม่อยากทำ เช่น ทำร้ายร่างกายคนที่รัก ผลักคนไม่รู้จักรักไปหน้ารถเมล์ วางยาในอาหาร	3 (10.34)
แรงผลักดันที่ทำให้ทำบางสิ่งบางอย่างซ้ำแล้วซ้ำอีก	
11. ล้างทำความสะอาด หรือแต่งตัวมากเกินไปจนเป็นพิธีกรรม	8 (27.59)
12. ตรวจสอบของต่างๆ เช่น สวิตช์ไฟ	15 (51.72)
13. นับ จัดเรียง ทำสิ่งต่างๆ ให้เสมอกัน	8 (27.59)
14. สะสมของที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์	14 (48.28)
15. ทำกิจกรรมที่ทำประจำซ้ำๆ	5 (17.24)
16. อายากแต่สิ่งของหรือผู้คน	1 (3.45)
17. อ่านหรือเขียนซ้ำอีกโดยไม่จำเป็น	4 (13.79)
18. ตรวจดูร่างกายเพื่อหาความเจ็บป่วย	15 (51.72)
19. หลีกเลียงสี่ ตัวเลข ซี่ง ที่ทำให้ไม่สบายใจ	6 (20.69)
20. ถามซ้ำๆ เพื่อให้มั่นใจว่าได้ทำสิ่งที่ถูกต้องแล้ว	19 (65.52)

วิจารณ์

วัตถุประสงค์ในการศึกษานี้คือเพื่อศึกษาสัดส่วนของโรคย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยโรคลมชักและความสัมพันธ์ระหว่างอาการย้ำคิดย้ำทำและโรคลมชัก โดยพบว่า จากการสัมภาษณ์ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) ฉบับภาษาไทย พบโรคย้ำคิดย้ำทำ 5 ราย (ร้อยละ 2.9) แต่การใช้เครื่องมือ M.I.N.I นั้นมีข้อจำกัด เนื่องจากเครื่องมือเหมาะสมกับการใช้ทางคลินิกมากกว่าทางระบาดวิทยา^{22,23} เพราะการวินิจฉัยโรคย้ำคิดย้ำทำใน M.I.N.I นั้น จะวินิจฉัยเฉพาะผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำที่มีอาการในปัจจุบันเท่านั้น จะไม่สามารถระบุวินิจฉัยโรคได้หากผู้ถูกสัมภาษณ์ขณะนั้นอยู่ในระหว่างการรักษาและ/หรือมีอาการสงบ ดังนั้นการใช้เครื่องมือ M.I.N.I จะต้องทำการตัดสินใจทางคลินิกร่วมในการประเมินคำตอบที่ได้ ซึ่งผู้สัมภาษณ์จะต้องมีประสบการณ์สูง ไม่เช่นนั้นจะส่งผลให้การวินิจฉัยคลาดเคลื่อนได้ จากแบบสอบถาม Thai version of the Florida Obsessive-Compulsive Inventory (FOCI-T) สัดส่วนของอาการย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยโรคลมชัก เท่ากับร้อยละ 17.06 ซึ่งใกล้เคียงกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งหลายการศึกษาก่อนหน้านี้พบสัดส่วนในช่วงร้อยละ 10-22⁶⁻⁹

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่า มีความแตกต่างกันด้านอาชีพของผู้ที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ กับผู้ที่ไม่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำจะอยู่ในช่วงกำลังศึกษามากกว่า ส่วนผู้ที่ไม่มีอาการย้ำคิดย้ำทำจะมีทั้งไม่ได้ประกอบอาชีพ และเกษียณอายุมากกว่า นอกจากนี้

นี้ยังมีความแตกต่างกันด้านการรักษาด้วยยากันชักระหว่างผู้ที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ กับ ผู้ที่ไม่มีอาการ โดยผู้ที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำทำการกินยากันชักหลายชนิดมากกว่า โดยผู้ที่กินยากันชักหลายชนิดมักแสดงถึงมีอาการของโรคชักรุนแรงกว่าผู้ที่กินยากันชักชนิดเดียว แต่เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study จึงไม่สามารถแสดงความเป็นเหตุเป็นผลได้ ทั้งนี้ควรจะต้องศึกษาเชิงลึกต่อไปเพื่อที่จะได้เข้าใจในความสัมพันธ์ที่พบนี้มากขึ้น

อาการย้ำคิดที่พบมากที่สุดคือผู้ที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ คือ ทำสิ่งของมีค่าหาย (ร้อยละ 55.17) อาการย้ำทำที่พบมากที่สุด คือ ถามซ้ำๆ เพื่อให้มั่นใจว่าได้ทำสิ่งที่ถูกต้องแล้ว (ร้อยละ 65.52) ซึ่งมีความแตกต่างกับผลของการศึกษาที่ผ่านมาของ Saipanish และคณะ²⁴ ที่ใช้ แบบสอบถาม FOCI เช่นเดียวกัน ซึ่งรายงานอาการย้ำคิดที่พบมากที่สุดคือ คิดว่าได้สัมผัสสิ่งปนเปื้อนหรือ เป็นโรคร้ายแรง (ร้อยละ 46.8) และอาการย้ำทำที่พบมากที่สุดคือ อาการตรวจสิ่งของต่างๆ (ร้อยละ 74.5) และยังมีอีกการศึกษาหนึ่งของประเทศญี่ปุ่น ซึ่งศึกษาโดย Matsunaga และคณะ²⁶ ใช้ FOCI โดยผลของการศึกษาพบว่า อาการย้ำคิดที่พบมากที่สุดคือ คิดว่าได้สัมผัสสิ่งปนเปื้อนหรือเป็นโรคร้ายแรง (ร้อยละ 70) และอาการย้ำทำที่พบมากที่สุดคือ การนับ จัดเรียงทำสิ่งต่างๆ ให้เสมอกัน (ร้อยละ 60) ความแตกต่างของ ชนิดของอาการย้ำคิดและอาการย้ำทำที่พบบ่อยที่สุด ในแต่ละการศึกษานั้น ผู้วิจัยคาดว่าอาจเกิดจากความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่ศึกษาวิธีการศึกษา และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

จุดเด่นและข้อจำกัดของการศึกษา

จุดเด่นของการศึกษานี้ คือจำนวนประชากรที่ได้จากการคำนวณสามารถเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรของผู้ป่วยโรคลมชักในรพ.รามารับดีได้ และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย มีความน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาเรื่องอาการย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยโรคลมชักในประเทศไทยอีกด้วย

ส่วนข้อจำกัดในการศึกษาคั้งนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีจำนวนตัวอย่างที่เป็นโรคย้ำคิดย้ำทำไม่มากพอ ซึ่งอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร รวมถึงลักษณะทางคลินิกของอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยยังเป็นเพียงผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาเท่านั้น และขาดกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป นอกจากนี้ ปัจจัยทางจิตวิทยาบางอย่างที่อาจมีผลต่อโรคลมชักและอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำ เช่น ลักษณะของโรคลมชัก ปัจจัยทางสังคม ความเครียดในชีวิต ไม่ได้ถูกประเมินในการศึกษานี้

สรุป

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า สัดส่วนของอาการย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยโรคลมชัก เท่ากับร้อยละ 17.06 ซึ่งมากกว่าประชากรทั่วไป และอาการย้ำคิดย้ำทำในผู้ป่วยโรคลมชักสัมพันธ์กับความแตกต่างของอาชีพ และจำนวนของชนิดยาคันชัก อาการย้ำคิดย้ำทำที่พบมากที่สุดคือ ทำสิ่งของมีค่าหายและถามซ้ำๆ เพื่อให้มั่นใจว่าได้ทำสิ่งที่ถูกแล้ว ทั้งโรคย้ำคิดย้ำทำและโรคลมชักอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการของโรคย้ำคิดย้ำทำจึงควรได้รับการใส่ใจ คัดกรอง และวินิจฉัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Lyketsos CG, KoZauer N, Rabins PV. Psychiatric manifestations of neurologic disease: where are we headed. *Dialogues Clin Neurosci* 2007; 9: 111-24.
2. World Health Organization. *Epilepsy, epidemiology, aetiology, and prognosis. Fact Sheet* 2001; 165.
3. Scott A.J. Anxiety and depressive disorders in patient with epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsia* 2017; 58: 973-82.
4. Tellez-zenteno JF. Psychiatric comorbidity in Epilepsy: A population-based analysis. *Epilepsia* 2007; 48: 2336-44.
5. Osman A, Seri S, Cavanna AE. Clinical characteristics of patients with epilepsy in a specialist neuropsychiatry service. *Epilepsy Behav* 2016; 58: 44-7.
6. Kaplan PW. Obsessive-compulsive disorder in chronic epilepsy. *Epilepsy&Behavior* 2011; 22: 428-32.
7. Ertekin BA, Kulaksizoglu IB, Ertekin E, Gurses C, Bebek N, Baykan B. A comparative study of Obsessive-compulsive disorder and other psychiatric comorbidities in patients with temporal lobe epilepsy and idiopathic generalized epilepsy. *Epilepsy Behav* 2009; 14: 634-9.
8. Owen Kelly. *The surprising link between OCD and epilepsy. A board certified epilepsy*, 2017.

9. Jintana Harindej. A study of factors affecting psychological problems of epilepsy patients in social and psychological cases in conference on mental health; 1997 Sep 13-15; Bangkok: 1997
10. Kaplan PW. Epilepsy and obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2010; 12: 241-8.
11. Isaacs KL, Philbeck JW, Barr WB, Devinsky O, Alper K. Obsessive-compulsive symptoms in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004; 5: 569-74.
12. Monaco F, Cavanna A, Magli E, Bargagli D, Collimedaglia L, Cantello R, Mula M. Obsessionality, Obsessive-compulsive disorder, and temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005; 7: 491-6.
13. Mendez MF, Cummings JL, Benson DF. Depression in Epilepsy Significance and Phenomenology. *Arch Neurol* 1986; 43: 766-70.
14. Cramer JA, Blum D, Reed M, Fanning K, Epilepsy Impact Project Group. The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003; 4: 515-21.
15. Cramer JA, Blum D, Fanning K, Reed M, Epilepsy Impact Project Group. The impact of comorbid depression on health resource utilization in community sample of people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004; 5: 337-42.
16. Kanner AM. Depression and epilepsy: A bidirectional relation. *Epilepsia* 2011; 52: 1528-167.
17. Boylan LS. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology* 2004; 62: 258-61.
18. Kanner AM, Schachter SC, Barry JJ, Hesdorffer DC, Mular M, Trimble M, et al. Depression and Epilepsy, Epidemiologic, and neurobiologic perspectives that may explain their high comorbid occurrence. *Epilepsy Behav* 2012; 24: 156-68.
19. Rahul Saha, Satyakam Mohapatra, Sujit K Kar, Bheemsain Tekkalaki, KS Anand. Causative factors and phenomenology of depression in EPILEPSY-A review. *Int J Epilepsy* 2017; 4:70-8.
20. Basu S, Gupta SC, Haque Nizamie S. Convulsion in the treatment of Obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatry* 2005; 47: 173-4.
21. Waxman SG, Geschwind N. The interictal behavior syndrome in temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 1580-6.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision)*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
23. Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I Dalrymple K. Severity classification on Hamilton depression rating scale. *J Affect disord* 2013; 150: 384-8.

-
24. Saipanish R, Hiranyatheb T, Jullagate S, Lotrakul M. A study of diagnostic accuracy of the Florida Obsessive-Compulsive Inventory-Thai Version (FOCI-T). BMC Psychiatry 2015; 15: 251.
25. Saipanish R, Hiranyatheb T, Lotrakul M. Reliability and validity of the Thai version of the Florida Obsessive-Compulsive Inventory. Scientific World Journal 2015; 2015: 240787.
26. Matsunaga H, Hayashida K, Kiriike N, Maebayashi K, Stein DJ. The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res 2010; 180: 25-9.