

# ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในผู้มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด บริบทนอกเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ทรงพล โสตนวงศ์

โรงพยาบาลตระการพิรุณ

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสารเสพติด

**วิธีการศึกษา** ศึกษาแบบ retrospective study (มีนาคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2566) ในผู้มีอายุ 15 - 65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติด รหัส F1X.15, F1X.5 F1X.7 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลตระการพิรุณ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 - 30 มิถุนายน 2564 ซึ่งเป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์และประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งบริการประจำในคลินิกจิตเวช ตรวจรักษาโดยจิตแพทย์และแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน ศึกษา รวบรวมข้อมูล แปลผล ตรวจสอบความถูกต้องโดยจิตแพทย์ เป็นขั้นตอนสุดท้าย อ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR วิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test Fischer's exact test และ logistic regression analysis รายงานสถิติเป็นสัดส่วน ร้อยละ odds ratio และ 95%CI

**ผลการศึกษา** ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด 182 ราย มี 40 ราย ที่ตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นจิตเภท ในเวลาต่อมา หลังการติดตามพบความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด ร้อยละ 22 เมื่อจำแนกตามชนิดของสารที่เสพ พบกลุ่มโรคจิตจากการเสพยาหลายชนิดเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ร้อยละ 38.7 กลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีนเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ร้อยละ 23.1 และกลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ร้อยละ 17.6 ประชากรส่วนใหญ่ของกลุ่มที่เป็นและไม่เป็นจิตเภทมีข้อมูลทั่วไปแนวโน้มรูปแบบเดียวกันยกเว้นชนิดสารที่เสพ และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภทในเวลาต่อมาของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดได้แก่ ลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรกบางรูปแบบ นั่นคือ อาการหลงผิด (adjusted OR 3.90, 95%CI 1.10-13.77, P = 0.035) การพูดหรือพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (Disorganized speech or behavior) (adjusted OR 36.36, 95%CI 6.05-218.67, P <0.001) รวมถึงการได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (Long-acting injectable antipsychotics) 3 เดือนขึ้นไป (adjusted OR 30.20, 95%CI 4.79-190.23, P <0.001)

**สรุป** ความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติดสูงกว่าประชากรทั่วไป ลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรกบางรูปแบบ การได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นานเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา จึงควรพิจารณาติดตามและเฝ้าระวังการเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภทในผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าวเป็นระยะเวลานานขึ้น ลดยาลงอย่างระมัดระวังและคงการติดตามรักษาไว้จนแน่ใจในกลุ่มเสี่ยง

**คำสำคัญ** ความชุก ปัจจัย จิตเภท โรคจิตจากสารเสพติด

Corresponding author: ทรงพล โสตนวงศ์

โรงพยาบาลตระการพิรุณ

E-mail: sosong2554@gmail.com

วันรับ : 1 มิถุนายน 2566 วันแก้ไข : 20 กรกฎาคม 2566 วันตอบรับ : 26 กันยายน 2566

# Prevalence and Associated Factors of Conversion to Schizophrenia among Patients with Substance-Induced Psychotic Disorder, The Rural Context in Ubon Ratchathani

Songpon Lodthanong

Trakan Phuet Phon Hospital

## ABSTRACT

**Objective:** To study the prevalence and associated factors of schizophrenia among patients with substance-induced psychotic disorder.

**Methods:** The retrospective study (March 2022 - February 2023) included subjects who were 15 - 65 years of age, diagnosed substance-induced psychotic disorders (ICD-10: F1X.15, F1X.5 F1X.7), visited Trakan Phuet Phon hospital between January 2013, 1<sup>st</sup> and June 2021, 30<sup>th</sup>. All subjects were reviewed definite diagnosis by psychiatrists. The data were analyzed using percentage, Chi-square test, Fischer's exact test, and logistic regression analysis.

**Results:** The 223 subjects were 182 subjects who were diagnosed substance-induced psychotic disorders, enough data for analysis and 41 subjects who were excluded from the study because of diagnosed schizophrenia before the study, the criteria of substance-induced psychotic disorders were not met, lost to follow up, or death. The prevalence of schizophrenia among patients with substance-induced psychotic disorder was 22.0%, 38.7% for persons with a diagnosis of multiple substances-induced psychotic disorder, 23.1% for those with an amphetamine-induced psychotic disorder, and 17.6% for those with an alcohol-induced psychotic disorder. Associated factors of schizophrenia among patients with substance-induced psychotic disorder were delusion (adjusted OR 3.90, 95%CI 1.10-13.77,  $P = 0.035$ ), disorganized speech or behavior (adjusted OR 36.36, 95%CI 6.05-218.67,  $P < 0.001$ ), and Long-acting injectable antipsychotics (adjusted OR 30.20, 95%CI 4.79-190.23,  $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** There was a great extent of changing or revised-diagnosis from substance-induced psychotic disorders to schizophrenia. Clinical observation and extended treatment should be considered, in particular delusion, disorganized speech or behavior, and Long-acting injectable antipsychotics treatment.

**Keywords:** Prevalence, factors, schizophrenia, substance-induced psychotic disorder

Corresponding author: Songpon Lodthanong

E-mail: [sosong2554@gmail.com](mailto:sosong2554@gmail.com)

Received 1 June 2023 Revised 20 July 2023 Accepted 26 September 2023

## บทนำ

ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยมายาวนาน และทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง<sup>1</sup> 35 ล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด และประมาณ 0.5 ล้านคนต่อปีที่เสียชีวิตด้วยเหตุอันเนื่องมาจากการเสพติด<sup>2-3</sup> ส่งผลกระทบต่อสังคมและครอบครัวอย่างต่อเนื่องไปถึงการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ ปัญหาสารเสพติดจึงเป็นปัญหาที่มีเชิงเฉพาะการระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาพื้นฐานของสังคมอีกด้วย สถานการณ์และปัญหาสารเสพติดจึงมีความสำคัญตั้งแต่ระดับโลกระดับภูมิภาค และระดับประเทศตามลำดับ<sup>3-4</sup>

การเสพติดเป็นสาเหตุให้เกิดอาการทางจิตจนกระทั่งมีอาการรุนแรงได้ โดยโรคจิตจากสารเสพติดนั้นผู้ป่วยจะมีอาการเสียงแว่ว เห็นภาพหลอน หรือระแวงกลัว หลงผิด คล้ายลักษณะของโรคจิตเภท แต่จะมีอาการเพียงระยะสั้น เมื่อหยุดเสพติดแล้วและได้รับการรักษาที่เหมาะสมมักจะหายขาดในระยะเวลาไม่นานกว่า 1 เดือน ในขณะที่โรคจิตเภทจะมีลักษณะที่เรื้อรังหรือมีอาการกำเริบได้อีก จึงต้องรักษาในระยะเวลาที่ต่อเนืองยาวนานกว่า รวมถึงการพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตจะค่อนข้างด้อยกว่า<sup>5-6</sup> เกิดประเด็นปัญหาสมรรถนะด้านสังคม การทำงานและเศรษฐกิจ และจัดเป็น 1 ใน 15 โรคที่นำมาสู่ความพิการทั่วโลก<sup>7</sup> โดยองค์การอนามัยโลกยังจัดให้เป็น 1 ใน 10 ภาวะโรคในระดับโลก (global burden of disease) และเปรียบเทียบความรุนแรงของการสูญเสียความสามารถ (the severity of disability) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบกับโรคทางกาย โดยเทียบเท่าผู้ที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) มี severity weights 0.7 - 1 จัดอยู่ใน disability class 7 ระดับสูงที่สุด<sup>8</sup> จนบางครั้งอาจต้องมีผู้ดูแลในระยะยาว โดยมีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของจิตเภท ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไป<sup>9-11</sup> ในขณะที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจำนวนหนึ่งได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภทภายใน 3 ปี<sup>12</sup> ความเสี่ยงสะสมของการเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 11.3<sup>13</sup> และบางการศึกษาพบว่า ร้อยละ 32.2 ของผู้ที่เปลี่ยนเป็นโรคจิตจากสารเสพติดเปลี่ยนเป็นโรคอารมณ์สองขั้วหรือกลุ่มโรคจิตเภทได้<sup>14</sup> ในทางเวชปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยที่แรกเริ่มได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตจากสารเสพติดนั้น เมื่อติดตามต่อเนืองมีจำนวนหนึ่งที่มีลักษณะอาการทางจิตเรื้อรังจนต้องเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภทภายหลัง ซึ่งอาการของจิตเภท

ได้แก่อาการหลงผิด (delusion) อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) การพูดหรือพฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากปกติ (catatonic behavior) อารมณ์ที่อับ (blunted affect) และเฉยเมย ความคิดอ่านและการพูดลดลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง หากอาการเหล่านี้ยังคงอยู่แม้ในช่วงระยะเวลาที่ไม่ได้เสพติดแล้วเป็นระยะเวลานาน<sup>15-16</sup> จะได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาประเด็นความชุกและจำแนกลักษณะของการเปลี่ยนจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นจิตเภทในประเทศไทย ทั้งในต่างประเทศยังมีข้อมูลไม่มาก ในครั้งนี้จึงศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในผู้ที่เปลี่ยนเป็นโรคจิตจากสารเสพติด หากพบความชุกของการเป็นโรคจิตเภทในเวลาต่อมากว่าประชากรทั่วไปและพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จะส่งผลในการติดตามอาการทางจิตลักษณะต่างๆ เผื่อระวังการเป็นโรคจิตเภทในระยะยาว และพิจารณาควารักษาอาการทางจิตจากช่วงแรก รักษาไว้นานขึ้น หรือลดขนาดและปริมาณยารักษาอาการทางจิตอย่างระมัดระวังไม่เร็วจนเกินไป โดยเฉพาะในกลุ่มเสียง ติดตามอาการจนแน่ใจว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นหรือไม่เป็นโรคจิตเภท เพื่อผลการรักษาที่ดีและเป็นแนวทางในติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะยาวต่อไป

## วิธีการศึกษา

ศึกษาแบบ retrospective study โดยดำเนินการตั้งแต่มกราคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2566 ศึกษาในผู้มีอายุ 15 - 65 ปี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลตระการพิรุณ บ้านทึกเวระเบียน อีเล็คทริกสระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556 - 30 มิถุนายน 2564 มีระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อเป็นการติดตามอาการและการรักษาต่อเนือง และเพิ่งเริ่มได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติด (substance-induced psychotic disorder) รหัส F1X.15, F1X.5, F1X.7 ในช่วงเวลาดังกล่าว โดยไม่รวมผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดมาก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยชัดเจนว่าเป็นโรคจิตเภทมาก่อนหรือมารับการตรวจรักษาอาการทางจิตเพียงครั้งเดียว มีข้อมูลการรักษาไม่เพียงพอที่จะบททวนการวินิจฉัยในระยะยาว และผู้ที่ได้รับการทบทวนแล้วข้อมูลพบว่าไม่ใช่กลุ่ม

โรคจิตจากสารเสพติด ตลอดจนผู้ที่เสียชีวิตในช่วงเวลาที่ติดตาม ข้อมูล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิต จากสารเสพติดเป็นจิตเภทที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมี ค่าเท่ากับ 0.11<sup>13</sup> ค่าระดับความเชื่อมั่นเป็นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 จากสูตร  $\frac{(Za/2)^2 p(1-p)^2}{d^2}$  ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 151 ราย เพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความ ไม่สมบูรณ์ของข้อมูล รวมกลุ่มตัวอย่าง 182 ราย เก็บข้อมูล ตามแบบบันทึกข้อมูลซึ่งประกอบด้วยข้อมูลลักษณะทั่วไปทาง ประชากร ได้แก่ เพศ อายุ (ที่มารับการรักษาด้วยอาการทางจิต) สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว (แบ่งเป็นทางกายและจิตเวช) ชนิดสารที่เสพ และข้อมูลลักษณะอาการทางจิตเด่นที่นำมาสู่ การรักษาในระยะแรก (ช่วงที่มีอาการของโรคจิตจากสารเสพติด เริ่มแรก) ได้แก่ อาการหลงผิด (delusion) ภาพหลอน (visual hallucination) เสียงแว่ว (auditory hallucination) การพูดหรือ พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) และอาการด้านลบ (negative symptoms) รวมถึงข้อมูล ชนิดและปริมาณของยารักษาอาการทางจิต (antipsychotic drugs) ที่ได้รับต่อเนื่องทั้งแบบรับประทานในขนาดสูงนาน 1 เดือน ขึ้นไป โดยกำหนดให้เทียบเท่าขนาดกับการได้รับ Haloperidol  $\geq 15$  มิลลิกรัมต่อวัน (เทียบเท่า equivalent dose ของ Risperidone  $\geq 7.5$  หรือ Perphenazine  $\geq 60$  มิลลิกรัมต่อวัน)<sup>17-20</sup> และยารักษา อาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (long-acting injectable antipsychotics) 3 เดือนขึ้นไป และใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จากโรงพยาบาลตระการพิรุณ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียว ประจำอำเภอตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงเป็น สถานที่หลักในการรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในอำเภอ ซึ่งมีการจัดบริการคลินิกเฉพาะโรคจิตเวชมาอย่างยาวนาน ข้อมูล ในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ได้จากการสัมภาษณ์และประเมิน โดยพยาบาลวิชาชีพ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งให้บริการประจำในคลินิกจิตเวชมาโดยตลอด ตรวจรักษาโดย จิตแพทย์และแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน โดยศึกษา รวบรวมข้อมูล แปลผล และ ตรวจสอบความถูกต้องโดยจิตแพทย์เป็นขั้นตอนสุดท้ายทั้งหมด ทุกราย อ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR

พรรณนาความถี่ สัดส่วน ร้อยละ วิเคราะห์ระหว่างกลุ่ม ที่เป็นจิตเภทและไม่เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ใช้ Chi-square test Fischer's exact test และ logistic regression study วิเคราะห์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รายงาน 95%CI และ odd ratio กำหนดระดับ

นัยสำคัญที่ 0.05 วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565 รหัสโครงการ SSJ.UB 100 เอกสาร รับรองเลขที่ SSJ.UB 2564-100

## ผลการศึกษา

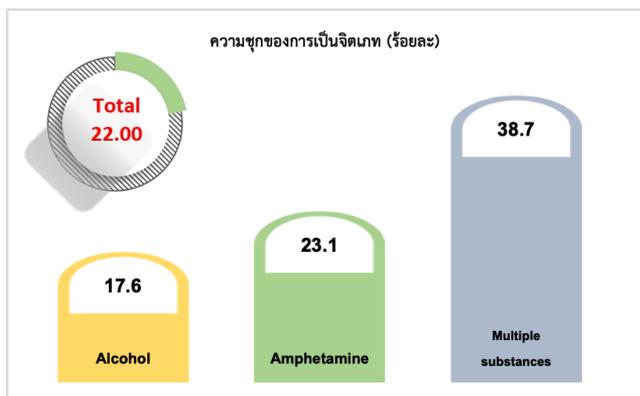
ผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มโรคจิตจาก สารเสพติด รหัส F1X.15, F1X.5, F1X.7 ตาม ICD-10 ในช่วงอายุ 15 - 65 ปี จำนวน 223 ราย พบ 41 ราย ไม่ตรงตามเกณฑ์การ คัดเลือก ได้แก่ 5 ราย ที่อาการครบเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นจิตเภท มาก่อนแล้ว อีก 6 ราย ซึ่งอาการไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิต จากสารเสพติด มี 13 ราย รับการรักษาอาการทางจิตเพียงครั้งเดียว หรือไม่มาติดตามรักษา มี 9 ราย ที่ข้อมูลไม่เพียงพอต่อการรักษา และ 8 ราย เสียชีวิต ในการศึกษาจึงเหลือผู้ป่วย 182 ราย กลุ่ม ประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 96.2 อายุเฉลี่ย 35.2 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.9 สถานภาพโสดหรือไม่มีคู่ ร้อยละ 76.4 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.6 และใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 68.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.1 (มีโรคประจำตัวเป็น ทางกาย ร้อยละ 19.2 โรคประจำตัวทางจิตเวช ร้อยละ 6.0 โรคประจำตัวทั้งทางกายและจิตเวช ร้อยละ 1.7) จากข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา กับกลุ่มที่ไม่เป็นจิตเภท พบว่าประชากรส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่ม มีข้อมูลทั่วไปเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน ยกเว้นชนิดสารที่เสพ (P = 0.039) ตามตารางที่ 1

ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัย เป็นจิตเภทในเวลาต่อมาโดยจิตแพทย์เป็นผู้ทบทวนการวินิจฉัย ผู้ป่วยแต่ละรายซ้ำ พบว่าครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยจิตเภท 40 ราย จากทั้งหมด 182 ราย ความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ที่มีวินิจฉัย เดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 22.0 เมื่อจำแนก ตามชนิดของสารที่เสพ พบกลุ่มโรคจิตจากการเสพยาหลายชนิด เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ร้อยละ 38.7 กลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีน เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ร้อยละ 23.1 และกลุ่มโรคจิตจาก แอลกอฮอล์เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ร้อยละ 17.6 ดังรูปที่ 1 ซึ่งใน กลุ่มโรคจิตจากการเสพยาหลายชนิด ใช้แอมเฟตามีนเป็นหลัก ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น พบเสพกัญชาด้วยเพียง 4 ราย และ เสพสารระเหยร่วมด้วยเพียง 1 ราย ไม่พบรายงานการเสพสาร ชนิดอื่นนอกเหนือจากนี้

ลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรก

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เป็นและไม่เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็นจิตเภท ร้อยละ (n=142)	เป็นจิตเภท ร้อยละ (n=40)	ทั้งหมด ร้อยละ (n=182)	P-value
<b>เพศ</b>				
ชาย	137 (96.5)	38 (95.0)	175 (96.2)	0.667
หญิง	5 (3.5)	2 (5.0)	7 (3.8)	
<b>อายุ (ปี)</b>				
Mean±SD	35.4±9.8	34.6±10.4	35.2±9.9	0.641
<b>อาชีพ</b>				
เกษตรกร	86 (60.6)	28 (70.0)	114 (62.6)	0.685
รับจ้าง	36 (25.4)	8 (20.0)	44 (24.2)	
ราชการ/พนักงานรัฐ	2 (1.4)	0 (0)	2 (1.1)	
นักเรียน/นักศึกษา	9 (6.3)	3 (7.5)	12 (6.6)	
อื่นๆ	9 (6.3)	1 (2.5)	10 (5.5)	
<b>สถานะ</b>				
โสด (ไม่มีคู่)	110 (77.5)	29 (72.5)	139 (76.4)	0.514
มีคู่	32 (22.5)	11 (27.5)	43 (23.6)	
<b>โรคประจำตัว</b>				
ไม่มี	100 (70.4)	33 (82.5)	133 (73.1)	0.373
ทางจิตเวช	10 (7.0)	1 (2.5)	11 (6.0)	
ทางกาย	30 (21.1)	5 (12.5)	35 (19.2)	
ทั้งทางกายและจิตเวช	2 (1.4)	1 (2.5)	3 (1.7)	
<b>ชนิดสารที่เสพ</b>				
แอลกอฮอล์	103 (72.5)	22 (55.0)	125 (68.7)	0.039*
แอมเฟตามีน	20 (14.1)	6 (15.0)	26 (14.3)	
สารหลายชนิด	19 (13.4)	12 (30.0)	31 (17.0)	



**รูปที่ 1** ความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด และจำแนกตามกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดแต่ละชนิด ได้แก่ กลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์ โรคจิตจากแอมเฟตามีน และโรคจิตจากการเสพยาหลายชนิด (ร้อยละ)

ได้แก่ อาการหลงผิด (delusion) ภาพหลอน (visual hallucination) เสียงแว่ว (auditory hallucination) การพูดหรือพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) และอาการด้านลบ (negative symptoms) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภทในเวลาต่อมากับกลุ่มที่ไม่เป็นจิตเภท พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรกบางรูปแบบ ได้แก่ อาการหลงผิด (delusion) (P=0.015) การพูดหรือพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) (P < 0.001) และกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) (P=0.001) และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา และกลุ่มที่ไม่เป็นจิตเภทในประเด็นการได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบรับประทานในขนาดสูง โดยกำหนดให้

เทียบเท่าขนาดกับการได้รับ Haloperidol  $\geq 15$  มิลลิกรัมต่อวัน (เทียบเท่า Risperidone  $\geq 7.5$  และ Perphenazine  $\geq 60$  มิลลิกรัมต่อวัน)<sup>17-20</sup> นาน 1 เดือนขึ้นไป ( $P < 0.001$ ) และการได้รับยาการรักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (long-acting injectable antipsychotics) 3 เดือนขึ้นไป ( $P < 0.001$ ) ตามตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ logistic regression analysis ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา พบว่ากลุ่มที่มีตัวแปร ได้แก่ อาการหลงผิด (adjusted OR 2.67, 95%CI 1.18–6.02,  $P = 0.035$ ) การพูดหรือพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) (crude OR 51.21, 95%CI 13.93-188.14,  $P < 0.001$ ) และการได้รับยาการรักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (long-acting injectable antipsychotics) 3 เดือนขึ้นไป (crude OR 23.00, 95%CI 7.08-74.72,  $P = 0.001$ ) มีความเสี่ยงในการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภท เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าว

จากข้อมูลประชากรศาสตร์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา กับกลุ่มที่ไม่เป็นจิตเภท เมื่อวิเคราะห์โดยควบคุมปัจจัยรบกวนทุกตัวแปรที่เก็บข้อมูล พบปัจจัยที่มีความสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการหลงผิด (adjusted OR 3.90, 95%CI 1.10-13.77,  $P = 0.035$ ) การพูดหรือพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) (adjusted OR 36.36, 95%CI 6.05-218.67,  $P < 0.001$ ) รวมถึงการได้รับยาการรักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (long-acting injectable antipsychotics) 3 เดือนขึ้นไป (adjusted OR 30.20, 95%CI 4.79-190.23,  $P < 0.001$ ) ดังตารางที่ 3 โดยไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) ซึ่งพบ

เพียง 3 ราย โดยทั้งหมดเป็นกลุ่มที่เปลี่ยนเป็นจิตเภทเมื่อติดตามข้อมูลในเวลาต่อมา

## วิจารณ์

ความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติดสูงกว่าประชากรทั่วไป ชนิดของสารที่เสพ ลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรกบางรูปแบบ การได้รับยาการรักษาอาการทางจิตแบบรับประทานในขนาดสูง และการได้รับยาการรักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภทในเวลาต่อมาของผู้ที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต ร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไป<sup>9-11</sup> ในประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท ร้อยละ 1.31<sup>21</sup> และการสำรวจระดับวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาค พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท ร้อยละ 0.172<sup>22</sup> ซึ่งน้อยมากเมื่อเทียบกับการศึกษานี้ (ร้อยละ 22) อาจเนื่องจากกลุ่มประชากรการศึกษามีความแตกต่างกันทั้งขนาดและลักษณะของประชากร คือ ครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มที่มีโรคจิตจากสารเสพติดเป็นหลัก ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาความชุกของจิตเภทในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดที่สามารถเทียบเคียงได้โดยตรง ปัจจุบันยังไม่ทราบปัจจัยแน่ชัดที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองของผู้ป่วยจิตเภทแม้จะมีการเสนอสมมติฐานหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหลายประการ อีกทั้งในบรรดาสารเสพติดหลากหลายชนิดยังไม่พบ

**ตารางที่ 2** ข้อมูลลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรกและการได้รับยาการรักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เป็นและไม่เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา

ลักษณะอาการทางจิต/ยาที่ได้รับ	ไม่เป็นจิตเภท ร้อยละ (n=142)	เป็นจิตเภท ร้อยละ (n=40)	ทั้งหมด ร้อยละ (n=182)	P-value
หลงผิด	80 (56.3)	31 (77.5)	111 (61.0)	0.015*
ภาพหลอน	67 (47.2)	23 (57.5)	90 (49.5)	0.249
เสียงแว่ว	112 (78.9)	36 (90.0)	148 (81.3)	0.111
การพูด/พฤติกรรมผิดปกติ	3 (2.1)	21 (52.5)	24 (13.2)	<0.001*
อาการด้านลบ	0 (0.0)	3 (7.5)	3 (1.7)	0.001*
ยาฉีดแบบออกฤทธิ์นาน	4 (2.8)	16 (40.0)	20 (11.0)	<0.001*
ยารับประทานขนาดสูง	3 (2.1)	10 (25.0)	13 (7.1)	<0.001*

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภทในผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด

อาการทางจิต/ยาที่ได้รับ	Crude OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI	P-value
หลงผิด	2.67	1.18 - 6.02	3.90	1.10 - 13.77	0.035*
ภาพหลอน	1.51	0.75 - 3.07	1.23	0.41 - 3.66	0.714
เสียงแว่ว	2.41	0.78 - 7.31	7.12	0.90 - 56.10	0.062
การพูด/พฤติกรรมผิดปกติ	51.21	13.93 - 188.14	36.36	6.05 - 218.67	<0.001*
ยาฉีดแบบออกฤทธิ์นาน	23.00	7.08 - 74.72	30.20	4.79 - 190.23	<0.001*
ยารับประทานขนาดสูง	15.44	4.01 - 59.53	4.90	0.73 - 32.81	0.101

\*\*Adjusted odds ratio โดยควบคุมปัจจัยรบกวนทุกตัวแปรที่เก็บข้อมูล  
วิเคราะห์โดย logistic regression analysis

ความสัมพันธ์ที่แน่ชัดว่าเป็นสาเหตุให้เกิดจิตเภท<sup>5</sup> แต่มีหลายทฤษฎีที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างสารเสพติดและจิตเภท เช่น มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน (common factors) สารเสพติดกระตุ้นให้เกิดโรคจิตเวช (secondary mental disorder) มีโรคจิตเวชอยู่เดิมแล้วใช้สาร (secondary substance use, self-medication hypothesis) ปัญหาทั้งคู่ส่งผลต่อกันและกัน (bidirectional) เป็นต้น<sup>23</sup> บางการศึกษาพบว่าผู้เสพยาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดจิตเภท<sup>24-25</sup> โดยเพิ่มความเสียหายมากถึงร้อยละ 40 โดยเฉพาะในรายที่ใช้ในปริมาณมาก<sup>26</sup> ในการศึกษาในผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สารชนิดอื่นจึงไม่สามารถสรุปผลของความเสียหายจากการใช้กัญชาได้ เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่เสพยาหลายชนิดพบใช้แอมเฟตามีนเป็นสารหลัก ซึ่งมีการศึกษาพบว่าโรคจิตจากแอมเฟตามีนได้รับการเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภทในเวลาหลายปีต่อมามากถึง ร้อยละ 25<sup>27</sup> ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ บางการศึกษาพบความชุกของการใช้สารเสพติด (substance use disorder) ในผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป<sup>23</sup> ในขณะที่บางสมมติฐานอธิบายเรื่องการใช้สารเสพติด (substance use disorder) เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคทางจิตเวช (mental disorder) ในผู้ที่มีความโน้มเอียงทางพันธุกรรมอยู่เดิม (diathesis-stress or two-hit hypothesis)<sup>28-29</sup>

Kenneth S. Kendler และคณะ พบการเปลี่ยนวินิจฉัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นจิตเภทเมื่อแยกตามประเภทของสาร กลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์มีการเปลี่ยนวินิจฉัยต่ำที่สุด และกลุ่มโรคจิตจากกัญชามีการเปลี่ยนวินิจฉัยสูงที่สุด โดยปัจจัยเรื่องเพศมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>13</sup> การวิจัยครั้งนี้พบกลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์มีการเปลี่ยนวินิจฉัยต่ำที่สุด

สอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว ในขณะที่กลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีนมีการเปลี่ยนวินิจฉัยสูงที่สุด อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาสามารถจำแนกการเสพยาได้เพียง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแอลกอฮอล์ กลุ่มแอมเฟตามีน และกลุ่มเสพยาหลายชนิด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้แอลกอฮอล์ ไม่พบกลุ่มที่เสพยาเฉพาะกัญชาเพียงชนิดเดียวในกลุ่มตัวอย่าง อาจเนื่องจากกัญชา (ซึ่งยังถูกกำหนดเป็นยาเสพติดตามกฎหมายในประเทศไทยช่วงปีที่ย้อนศึกษา) ยังไม่เป็นที่นิยมในพื้นที่มากเท่าแอมเฟตามีนซึ่งนิยมสูงที่สุดในบรรดาสารที่ต้องควบคุมตามกฎหมาย<sup>24</sup> ปัจจัยเรื่องเพศไม่มีความความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแตกต่างจากการวิจัยดังกล่าว อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นเพศชายแทบทั้งหมด มีเพศหญิงจำนวนน้อยเพียง 7 ราย

การเปลี่ยนวินิจฉัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นจิตเภทในการศึกษานี้ เรียงลำดับตามกลุ่มชนิดของสาร ได้แก่ กลุ่มโรคจิตจากสารหลายชนิด (ส่วนใหญ่เสพยาแอมเฟตามีนเป็นหลักร่วมกับสารอื่น) กลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีน และกลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์ตามลำดับ สอดคล้องบางประเด็นกับทั้งสองการศึกษานั้นคือ งานวิจัยของ Jussi A. Niemi-Pynttari และคณะ พบการเปลี่ยนวินิจฉัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นกลุ่มโรคจิตเภท (schizophrenia spectrum) เรียงลำดับได้แก่กลุ่มโรคจิตจากกัญชา กลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีน และกลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์ โดยโรคจิตจากกัญชาพบมากที่สุด<sup>12</sup> ผลการศึกษาครั้งนี้พบการเปลี่ยนวินิจฉัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นจิตเภทในกลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีนและกลุ่มโรคจิตจากสารหลายชนิดมากกว่ากลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์ ส่วนประเด็นโรคจิตจากกัญชาไม่สามารถสรุปผลและเปรียบเทียบกับงานวิจัยดังกล่าวได้

ซึ่งอาจเป็นผลจากความนิยมและการเข้าถึงในการเสพสารที่ผิดกฎหมายและถูกกฎหมายของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน ในขณะที่การศึกษาของ Marie Stefanie และคณะ ซึ่งกลุ่มโรคจิตจากสารหลายชนิดและโรคจิตจากแอมเฟตามีนจะเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภทหรืออารมณ์สองขั้วได้มากกว่ากลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์เช่นกัน โดยการศึกษาดังกล่าวก็พบว่ามีการเปลี่ยนวินิจฉัยสูงสุด รองลงมาเป็นกลุ่มโรคจิตจากสารหลายชนิด กลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีน กลุ่มโรคจิตจากสารหลอนประสาท กลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์ กลุ่มโรคจิตจากโอปิออยด์ กลุ่มโรคจิตจากโคเคน และกลุ่มโรคจิตจากยานอนหลับ ตามลำดับของการเปรียบเทียบในกลุ่มชนิดสารเสพติด<sup>14</sup> ซึ่งมีข้อแตกต่างในแง่ความหลากหลายของชนิดสารที่พบในการศึกษา แต่ลักษณะของการศึกษาอาจมีการระบาดของสารเสพติดที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาในประเทศไทย บริบทเขตต่างจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้แอลกอฮอล์ซึ่งเป็นสารที่อนุญาตตามกฎหมายและเป็นที่ยอมรับในประเทศไทย มีผู้เสพแอมเฟตามีนเป็นสัดส่วนรองลงมา และไม่พบการเสพยาเสพติดชนิดอื่นเพียงชนิดเดียวในกลุ่มที่ศึกษา นอกจากนั้น Marie Stefanie และคณะ ยังพบว่าโรคประจำตัวทางจิตเวชเดิมบางชนิด ได้แก่ กลุ่มความผิดปกติทางบุคลิกภาพ และความผิดปกติของการรับประทาน สัมพันธ์กับการเปลี่ยนเป็นจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ<sup>14</sup> แตกต่างจากการศึกษานี้ ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มโรคประจำตัวทางจิตเวชหรือทางกาย หรือในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว อาจเนื่องจากไม่มีการแยกวิเคราะห์รายโรคดังที่กล่าวมา ซึ่งเป็นข้อจำกัดของขนาดตัวอย่างและข้อมูลที่น้อยกว่า

ผลการศึกษาพบกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดที่เปลี่ยนเป็นจิตเภทมีลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรก ได้แก่ อาการหลงผิด การพูดหรือพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) และอาการด้านลบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่ไม่เปลี่ยนเป็นจิตเภท อาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์ที่อับ (blunted affect) และเฉยเมย ความคิดอ่านและการพูดลดลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function)<sup>15-16</sup> ซึ่งมีการศึกษาพบว่าอาการด้านลบจะพบในโรคจิตจากสารเสพติดได้น้อยกว่าใน primary psychosis<sup>30</sup> โดยเฉพาะผู้เสพยา เช่น เมทแอมเฟตามีน โคเคน แทบจะไม่พบอาการด้านลบเลย แต่จะพบได้บ้างในผู้เสพยา MDMA และ Phencyclidine (PCP)<sup>31</sup> แม้แต่ในผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีการใช้สารเสพติดอยู่ก็พบ

อาการด้านลบได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารแล้ว<sup>32</sup> และลักษณะสำคัญของโรคจิตจากสารเสพติดประเภทสารกระตุ้น (เช่น แอมเฟตามีน) ที่พบอาการหวาดระแวงกลัว (Paranoid delusions) รวมถึงอาการประสาทหลอนชนิดเสียงแว่วได้บ่อย ในขณะที่อาการภาพหลอนและประสาทสัมผัสหลอนจะพบได้น้อยกว่าอาการหวาดระแวงกลัว<sup>18</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มที่มีอาการทางจิตจากสารเสพติดในการศึกษานี้ใช้แอมเฟตามีนจำนวนหลายราย รวมไปถึงกลุ่มที่เสพยาหลายชนิดซึ่งใช้แอมเฟตามีนเป็นหลักด้วย โดยทั่วไปอาการของโรคจิตจากสารเสพติดมักมีระยะสั้นและหายได้เร็ว หลังจากหยุดเสพยา<sup>33</sup> และมีอาการทางจิตทั้งด้านบวกและด้านลบ (positive and negative symptoms) น้อยกว่าใน primary psychosis<sup>34-35</sup> จึงไม่มีความจำเป็นต้องให้ยารักษาอาการทางจิตแบบรับประทานในขนาดสูง ดังที่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เป็นและไม่เป็นจิตเภทในการศึกษานี้

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภทในการศึกษานี้ เมื่อวิเคราะห์โดยควบคุมปัจจัยรบกวนทุกตัวแปรที่เก็บข้อมูลพบนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการหลงผิด การพูดหรือพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) และการได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (long-acting injectable antipsychotics) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งพบว่า Disorganized speech เป็นสมมูลภาพทางภาษา (linguistic equivalent) ของ formal thought disorder ซึ่งเป็นหนึ่งในอาการหลักของโรคจิตเภท<sup>36-38</sup> ในขณะที่การรักษาหลักสำหรับโรคจิตจากสารเสพติดคือให้ยารักษาอาการทางจิตเพียงระยะสั้นชั่วคราวเท่านั้น<sup>18</sup> ส่วนการให้ยาระยะยาวดังเช่นยาแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (long-acting injectable antipsychotics) มีข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคจิตเภทโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อาการกำเริบจากการขาดยา (medication nonadherence)<sup>39-40</sup> อีกทั้งการพยากรณ์โรคของจิตเภทที่แย่เกินกว่าร้อยละ 50 เนื่องจากอาจต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ อาการของโรคกำเริบ มีช่วงที่มีอาการผิดปกติทางอารมณ์และการพยายามฆ่าตัวตาย<sup>18</sup> จึงอาจส่งผลให้ได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นานเพื่อควบคุมอาการดังผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับการเป็นโรคจิตเภทได้

ข้อจำกัดในการวิจัยนี้คือการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ผลการศึกษาจึงสรุปได้เพียงว่าปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภท แต่ไม่สามารถระบุชัดเจนได้ว่าปัจจัยเหล่านั้นเป็นเหตุหรือชักนำให้เกิดโรคจิตเภท ยังขาดข้อมูลและรายละเอียดบางประเด็น เช่น ประเด็นกัญชาซึ่งยังเป็นยาเสพติดตามกฎหมาย

ของประเทศไทยและความนิยมยังน้อยในช่วงเวลาที่ศึกษา อาจรวมถึงปัญหาเก็บข้อมูลที่ทำให้เป็นข้อจำกัดเมื่อศึกษาย้อนหลัง ซึ่งอาจทำให้จำนวนที่พบน้อยกว่าความเป็นจริงได้ จึงไม่สามารถหาข้อสรุปเกี่ยวกับผลจากการใช้กัญชา แม้การทบทวนวรรณกรรมจะพบความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ที่เสพยาเสพติดมากถึงร้อยละ 5.2<sup>41</sup> บางการศึกษาพบการเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเป็นจิตเภทโดยเพิ่มความเสี่ยงมากถึงร้อยละ 40 โดยเฉพาะในรายที่ใช้ในปริมาณมาก<sup>18</sup> อีกทั้งประวัติครอบครัวที่มีอาการทางจิต โรคผิดปกติทางบุคลิกภาพ ประวัติการทำร้ายตนเอง รวมถึงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์จำแนกตามโรคจิตเวชหรือโรคทางกาย แต่ละประเภท จากข้อจำกัดนี้ควรมีการศึกษาแบบ prospective study และมีกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ที่มีความหลากหลายมากขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียงพอที่จะเห็นความชุกของการเปลี่ยนจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นจิตเภทที่มากกว่าประชากรทั่วไป ทราบสัดส่วนของโรคจิตจากสารเสพติดแต่ละชนิดที่เปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภท และทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบางประการเป็นข้อมูลสำคัญในการติดตามอาการทางจิตลักษณะต่างๆ ใฝ่ระวังการเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภทในระยะยาวทั้งกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดทั้งหมด และกลุ่มชนิดสารเสพติดที่ควรระมัดระวังเป็นพิเศษเพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม พิจารณาทบทวนการเปลี่ยนแปลงของอาการและเงื่อนไขการใช้ยารักษาอาการทางจิตให้สอดคล้องกันจนแน่ใจในวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคของโรคนั้นๆ ลดขนาดและปริมาณยารักษาอาการทางจิตอย่างระมัดระวังไม่เร็วจนเกินไป นับเป็นข้อมูลในการวางแผนดูแลผู้ป่วยในระยะยาว และสะท้อนให้เห็นความสำคัญและเร่งด่วนในการจัดการปัญหาการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด ไม่ว่าจะ เป็นชนิดสารที่ควบคุมหรือไม่ควบคุมตามกฎหมาย ผลักดันความตระหนักผู้ต่อปัญหาแอลกอฮอล์และสารเสพติดในทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา สังคม และระดับชาติ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนเป็นข้อมูลที่สามารถต่อยอดพัฒนาการศึกษาในแง่มุมมองต่อไป

## สรุป

ความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติดสูงกว่าประชากรทั่วไป ลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรกบางรูปแบบ และการได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นานเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา จึงควรพิจารณาติดตามและเฝ้าระวังการเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภทในผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าวเป็นระยะเวลา

นานขึ้น ลดยาอย่างระมัดระวังและคงการติดตามรักษาไว้จนแน่ใจในกลุ่มเสี่ยง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.นพ.พงศธร พหลภาคย์ และ ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตลอดจนผู้ช่วยทุกท่านที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จ

## ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

## เอกสารอ้างอิง

1. Office of secretary of national addiction treatment & rehabilitation committee, ministry of public health. Strategic development plan : treatment and rehabilitation in substance addiction 2023-2027. Bangkok: the printing office to assist veterans organization; 2022.
2. United Nations office on drugs and crime regional office for southeast asia and the pacific (UNODC). Guidance for community-based treatment and care services for people affected by drug use and dependence in southeast asia. Bangkok: 2014.
3. World health organization. Health topics/ drugs (psychoactive): impact [Internet]. 2023 (updated 2023 ; cited 2023 May 20). Available from: [https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_2)
4. Narcotics control management center, ministry of public health. Strategic plan : treatment and rehabilitation for substance use disorder (2021-2023). Samut sakhon : BornToBe publishing Co., Ltd.; 2021.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer; 2007.
6. Bramness JG, Gundersen ØH, Guterstam J, Rognli EB, Konstenius M, Løberg EM, et al. Amphetamine-induced psychosis - a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? BMC Psychiatry 2012;12:221.
7. GBD 2016 disease and Injury Incidence and prevalence collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2017;390(10100): 1211-59.
8. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. Cambridge: Harvard university press; 1996: 11-21.
9. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. Lancet 2004; 363(9426): 2063-72.
10. Bureau of mental health service administration, department of mental health, ministry of public health. Manual of schizophrenia management for hospital (physician version). Bangkok: Victoria image Co., Ltd.; 2017.
11. Bureau of mental health service administration, department of mental health, ministry of public health. Manual of schizophrenia

- management for hospital (nurse version). Bangkok : Victoria image Co., Ltd.; 2017.
12. Pynttari JA, Sund R, Putkonen H, Vormaa H, Wahlbeck K, Pirkola SP. Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 18,478 Finnish inpatient cases. *J Clin Psychiatry* 2013; 74(1): 94-9.
  13. Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K. Prediction of onset of substance-induced psychotic disorder and its progression to schizophrenia in a Swedish national sample. *Am J Psychiatry* 2019; 176(9): 711-9.
  14. Starzer MS, Nordentoft M, Hjorthøj C. Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis. *Am J Psychiatry* 2018; 175(4): 343-50.
  15. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision. 2010th ed. Malta: WHO Press; 2011.
  16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American psychiatric press; 2000.
  17. Kane JM. Clinical psychopharmacology of schizophrenia. In : Gabbard GO, ed. Treatment of psychiatric disorders. 2<sup>nd</sup> ed. Washington, DC : American Psychiatric Press; 1995: 969-86.
  18. Piyasirisilp T, Chungsamanukool P. Antipsychotic drug doses in chronic schizophrenia : a 10-year follow-up study. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1999; 44(2): 125-33.
  19. Patel MX, Arista IA, Taylor M, Barnes T. How to compare doses of different antipsychotics: a systematic review of methods. *Schizophr Res* 2013; 149(1-3): 141-8.
  20. The college of psychiatric and neurologic pharmacists (CPNP). Psychiatric pharmacy essentials: antipsychotic dose equivalents [Internet]. 2022 (updated 2022 ; cited 2023 May 20). Available from: <https://aapp.org/guideline/essentials/antipsychotic-dose-equivalents>
  21. Tavichachart N, Intoh P, Thavichachart T, Meksupa O, Tangwongchai S, Sughondhabirrom A, et al. Epidemiological survey of mental disorders and knowledge attitude practice upon mental health among people in Bangkok Metropolis. *J Med Assoc Thai* 2001; 84 (Suppl 1): 118-26.
  22. Banditchat A, Saosan P, Kittiraknon P, Juta V. Epidemiology of mental illnesses in Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2001; 46(4): 335-43.
  23. Campbell EC, Caroff SN, Mann SC. Co-occurring schizophrenia and substance use disorder: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment and diagnosis [Internet]. 2022 (updated 2022 ; cited 2023 May 20). Available from: <https://www.uptodate.com/contents/co-occurring-schizophrenia-and-substance-use-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>
  24. Power RA, Verweij KJ, Zuhair M, Montgomery GW, Henders AK, Heath AC, et al. Genetic predisposition to schizophrenia associated with increased use of cannabis. *Mol Psychiatry* 2014; 19(11): 1201-4.
  25. Sherva R, Wang Q, Kranzler H, Zhao H, Koesterer R, Herman A, et al. Genome-wide association study of cannabis dependence severity, novel risk variants, and shared genetic risks. *JAMA Psychiatry* 2016; 73(5): 472-80.
  26. Boland R, Verduin M, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
  27. Medhus S, Rognli EB, Gossop M, Holm B, Mørland J, Bramness JG. Amphetamine-induced psychosis: Transition to schizophrenia and mortality in a small prospective sample. *Am J Addict* 2015; 24: 586-9.
  28. Ng E, McGirr A, Wong AH, Roder JC. Using rodents to model schizophrenia and substance use comorbidity. *Neurosci Biobehav Rev* 2013; 37(5): 896-910.
  29. Westermeyer J. Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *Am J Addict* 2006; 15(5): 345-55.
  30. Dawe S, Geppert L, Occhipinti S, Kingswell W. A comparison of the symptoms and short-term clinical course in inpatients with substance-induced psychosis and primary psychosis. *J Subst Abuse Treat* 2011; 40(1): 95-101.
  31. Fiorentini A, Cantù F, Crisanti C, Cereda G, Oldani L, Brambilla P. Substance-induced psychoses: an updated literature review. *Front Psychiatry* 2021; 12: 694863.
  32. Addington J, Addington D. Effect of substance misuse in early psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 172(33): 134-6.
  33. Tamminga C. Substance-/medication-induced psychotic disorder [Internet]. 2022 (updated 2022 ; cited 2023 May 23). Available from: <https://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/substance-medication-induced-psychotic-disorder>
  34. Wilson L, Szigeti A, Kearney A, Clarke M. Clinical characteristics of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse and substance-induced psychotic disorders: A systematic review. *Schizophr Res* 2018; 197: 78–86.
  35. Buckley P, Thompson P, Way L, Meltzer HY. Substance abuse among patients with treatment-resistant schizophrenia: characteristics and implications for clozapine therapy. *Am J Psychiatry* 1994; 151(3): 385-9.
  36. Andreasen NC. Scale for the assessment of thought, language and communication (TLC). *Schizophr Bull* 1988; 12(3): 473-82.
  37. Park YC, Lee MS, Si TM, Chiu HF, Kanba S, Chong MY, et al. Psychotropic drug-prescribing correlates of disorganized speech in Asians with schizophrenia: The REAP-AP study. *Saudi Pharm J* 2019; 27(2): 246-53.
  38. Chen E, Lam L, Kan CS, Chan C, Kwok CL, Nguyen D, et al. Language disorganization in schizophrenia: validation and assessment with a new clinical rating instrument. *Hong Kong J Psychiatry* 1996; 6: 4-13.
  39. Davis JM. Maintenance therapy and the natural course of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1985; 46(11): 18-21.
  40. John L, Austin RC. Pharmacotherapy for schizophrenia: Long-acting injectable antipsychotic drugs [Internet]. 2023 (updated 2023 ; cited 2023 May 24). Available from: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-schizophrenia-long-acting-injectable-antipsychotic-drugs#>
  41. Libuy N, Angel V, Ibáñez C, Murray RM, Mundt AP. The relative prevalence of schizophrenia among cannabis and cocaine users attending addiction services. *Schizophr Res* 2018; 194: 13-7.