แนวโน้มและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนแปลงโรคจิตจากสารเสพติดไปสู่โรคจิตเภท: การศึกษาย้อนหลังในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

กิติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล*
**โรงพยาบาลสมุทรปราการ*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาแนวโน้มและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภทในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ

วิธีการศึกษา การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดครั้งแรก ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน แล้วติดตามทบทวนข้อมูลต่อเนื่องจนเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท หรือหายจากการติดตามการรักษา หรือสิ้นสุดระยะเวลาการเก็บข้อมูลในเดือนธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Multiple logistic regression และใช้ Kaplan-Meier method เพื่อช่วยให้เห็นภาพรวมหรือแนวโน้มของการเปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท

ผลการศึกษา จากผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดทั้งหมดจำนวน 193 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.3 มีอายุเฉลี่ย 30.4 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 53.9 ชนิดสารเสพติดหลักที่ทำให้เกิดอาการทางจิต ได้แก่ แอมเฟตามีน แอลกอฮอล์ กัญชา และใช้สารเสพติดหลายชนิด คิดเป็นร้อยละ 47.2, 21.8, 20.7 และ 9.3 ตามลำดับ พบการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท 55 ราย (ร้อยละ 28.5) โดยมีความเสี่ยงสะสมที่ 2 ปี ร้อยละ 26.6 ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทประกอบด้วย สถานภาพโสด อาการพูดไม่ปะติดปะต่อหรือกระแสความคิดผิดปกติ ขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับจนควบคุมอาการทางจิตได้ เทียบเท่า haloperidol 5 - 15 มิลลิกรัมต่อวัน และกลุ่มที่อาการทางจิตไม่ดีขึ้นหรือส่งต่อ

สรุป การเปลี่ยนแปลงจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท พบได้ร้อยละ 28.5 การติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องในช่วง 2 ปีแรกมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เพื่อการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม และลดโอกาสกำเริบของอาการทางจิตในระยะยาว

คำสำคัญ โรคจิตจากสารเสพติด โรคจิตเภท การเปลี่ยนวินิจฉัย ปัจจัยเสี่ยง การติดตามการรักษา

Corresponding author: กิติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล
โรงพยาบาลสมุทรปราการ
E-mail: kitiyasmpk@gmail.com
วันรับ 30 มีนาคม 2568 วันแก้ไข 28 เมษายน 2568 วันตอบรับ 11 มิถุนายน 2568

Trends and Associated Factors in the Transition from Substance-Induced Psychotic Disorder to Schizophrenia: A Retrospective Study in Samutprakarn Hospital

Kitiya Runglirdsittikul*
*Samutprakarn Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the trends and factors associated with diagnostic changes from substance-induced psychosis to schizophrenia among patients treated at Samutprakarn hospital.

Methods: A retrospective descriptive study of patients initially diagnosed with substance-induced psychosis between 2014 and 2023. Data were collected from medical records, then continue to monitor data until the diagnosis is changed to schizophrenia or the patient discontinued treatment or the data collection period ends in December 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, multiple logistic regression, and Kaplan-Meier method. To help provide an overview or trend in the change in psychiatric diagnosis from substance abuse to schizophrenia.

Results: Of all 193 patients with substance-induced psychosis, 80.3 percent were male, with a mean age of 30.4 years, and 53.9 percent were single. The main types of drugs that caused psychotic symptoms were amphetamine, alcohol, cannabis, and multiple drug use. The percentages were 47.2, 21.8, 20.7 and 9.3 percent, respectively. There were 55 cases (28.5%) that changed their diagnostic to schizophrenia, with a cumulative risk of 26.6% at 2 years. Significant factors associated with diagnostic conversion included single marital status, disorganized speech (disorganized thought), antipsychotic medication dosage (equivalent to haloperidol 5 - 15 mg/day), and persistent psychiatric symptoms or were referred.

Conclusion: The transition from substance-induced psychosis to schizophrenia occurred in 28.5% of patients. Continuous follow-up treatment during the first 2 years is crucial, especially in those with risk factors, for appropriate treatment planning and to reduce the chance of relapse of psychotic symptoms in the long term.

Keywords: substance-induced psychosis, schizophrenia, diagnostic conversion, risk factors, treatment follow-up

Corresponding author: Kitiya Runglirdsittikul
E-mail: kitiyasmpk@gmail.com
Received: 30 March 2025 Revised: 28 April 2025 Accepted: 11 June 2025

บทนำ

ข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากปัญหาสารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะยาบ้า[1] ซึ่งมีผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยกว่าร้อยละ 70 ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย[2] ปัญหานี้มี 2 กรณี คือ การใช้สารเสพติดที่ส่งผลให้เกิดโรคจิตเวช หรือผู้ที่เป็นโรคจิตเวชอยู่แล้วและใช้สารเสพติดร่วมด้วยส่งผลให้เกิดปัญหาคู่กัน แนวโน้มการเกิดโรคจิตจากการใช้สารเสพติด เช่น แอมเฟตามีนมีมากขึ้น รวมถึงอารมณ์แปรปรวนและภาวะซึมเศร้า หลังจากการประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) ที่อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่ามีการใช้กัญชาและผลิตภัณฑ์กัญชาเพิ่มขึ้น รวมถึงการนำยารักษาโรคและยาอันตรายภายใต้การควบคุมมาใช้ในทางที่ผิดมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา เช่น ยาแก้แพ้ยากล่อมประสาท[3] ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมอย่างเห็นได้ชัดทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และเป็นปัญหาระดับประเทศ

โรคจิตจากสารเสพติด เป็นอาการทางจิตที่การดำเนินโรคเกิดขึ้นชั่วคราวในระหว่างหรือหลังจากใช้สารเสพติดในช่วง 48 ชั่วโมง โดยมีลักษณะอาการที่เกิดจากการรับรู้ผิดปกติ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน แปลความผิด หลงผิดว่าถูกพาดพิงถึง มักหวาดระแวงเป็นส่วนใหญ่ อารมณ์พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ตั้งแต่หวาดกลัวจนถึงมีความสุขหลงยินดีไป การรับรู้รอบตัวมักชัดเจน แต่อาจมีระดับการรับรู้สติที่ลดลงได้ ซึ่งเป็นผลจากการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง อาการจะทุเลาลงเมื่อหยุดใช้สารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทภายในระยะเวลาเป็นวันถึงสัปดาห์ มักไม่เกิน 1 เดือน ลักษณะอาการทางจิตจากสารเสพติดมีลักษณะที่หลากหลาย ขึ้นกับชนิดของสารเสพติดและบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย โดยการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดต้องแยกจากภาวะเป็นพิษจากสารเสพติดหรือภาวะถอนสารเสพติด แยกจากภาวะเพ้อสบสนจากสาเหตุอื่นทางกาย รวมถึงการวินิจฉัยแยกโรคกับโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคจิตเภท โรคความผิดปกติทางอารมณ์ รวมถึงความผิดปกติของบุคลิกภาพบางอย่างที่อาจถูกกระตุ้นจากการใช้สารเสพติดได้ ดังนั้นการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดจึงอาจยังไม่ใช่วินิจฉัยที่แน่นอน เนื่องจากอาการทางการรับรู้ที่ผิดปกติมีส่วนที่คล้ายกับอาการทางจิตจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ[4]

การวินิจฉัยแยกโรคจิตจากสารเสพติดและโรคจิตเภทมีความสำคัญต่อการวางแผนรักษาในระยะยาว เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่พยากรณ์โรคจะแย่ลงเมื่ออาการกำเริบบ่อย การตรวจพบและรักษาตั้งแต่ระยะแรกสัมพันธ์กับผลลัพธ์ระยะยาวที่ดีขึ้น[5,6] ที่ผ่านมามีผู้วิจัยศึกษาลักษณะความแตกต่างระหว่างโรคจิตจากสารเสพติดและโรคจิตเภทมากขึ้น มีการศึกษาที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีอายุน้อยกว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีงานทำ สถานะสมรสแล้ว ร่วมกับมีประวัติครอบครัวติดสารเสพติดมากกว่า ในขณะที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตเวชน้อยกว่า ลักษณะอาการทางจิตมักมีอาการภาพหลอนเด่น มีอาการด้านลบน้อยกว่า คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (positive and negative syndrome scale: PANSS) โดยรวมและคะแนนย่อยทุกด้านต่ำกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตปฐมภูมิ[7] การมีปัญหาถดถอยในหน้าที่ความรับผิดชอบมาก่อน ไม่ตระหนักรู้ในความเจ็บป่วย และมีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตปฐมภูมิ[8] นอกจากนี้แนวโน้มการเปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภทยังขึ้นอยู่กับชนิดของสารเสพติดที่ใช้ด้วย[9,10] สำหรับในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ไม่มาก

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ที่มารักษาในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด นำมาสู่งานวิจัยนี้เพื่อศึกษาแนวโน้มที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจะได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในช่วงที่ติดตามการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ประวัติความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ รวมถึงลักษณะอาการทางจิตที่ตรวจพบระหว่างติดตามการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผลการศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นข้อมูลที่ช่วยวินิจฉัยแยกโรคและทำนายแนวโน้มในการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท นำไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกันและวางแผนการรักษา เพื่อลดโอกาสในการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตในระยะยาว

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ซึ่งมุ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลในอดีตจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงจากโรคจิตจากสารเสพติดไปสู่โรคจิตเภท ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

สมุทรปราการ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 (ระยะเวลา 10 ปี) การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ (หมายเลขรับรอง Sq00168)

ลักษณะตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา

ก. ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดในครั้งแรกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ และได้มาติดตามรักษาในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด

ข. การเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษา

1) ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดตามเกณฑ์ International Classification of Disease ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) รหัสโรค F105, F115, F125, F135, F145, F155, F165, F175, F185 และ F195 ในครั้งแรกที่มารับการรักษาอาการทางจิตที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566
2) อายุ 15 - 65 ปี ที่มีสัญชาติไทย
3) มีประวัติมาติดตามการรักษา อย่างน้อย 1 ครั้ง หลังได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา

1) มีประวัติการวินิจฉัยโรคจิตเภท หรือโรคจิตจากสารเสพติดจากสถานพยาบาลอื่นมาก่อน
2) มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะทบทวนการวินิจฉัย

ค. ขนาดตัวอย่าง

ศึกษาในบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตที่เกิดจากสารเสพติดในครั้งแรกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2566 ตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยวิธีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยเริ่มจากนำข้อมูลการเข้ารับการรักษาจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสมุทรปราการ (HOSxP) ตามรหัสการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด (รหัสโรค F105, F115, F125, F135, F145, F155, F165, F175, F185 และ F195) และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท (รหัสโรค F20 - F29) ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 มาจัดเรียงข้อมูลเพื่อแยกกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษา แล้วค้นแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชและยาเสพติด เพื่อบันทึกข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ลักษณะอาการแสดงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทบทวนข้อมูลต่อเนื่องจนเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทหรือหายจากการติดตามการรักษา หรือสิ้นสุดระยะเวลาการเก็บข้อมูลในเดือนธันวาคม 2567 ซึ่งการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทอิงตามที่แพทย์วินิจฉัยและบันทึกไว้ในเวชระเบียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ชนิดของสารเสพติดหลักที่ใช้ และสารเสพติดที่ใช้ร่วม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มใช้สารเสพติดจนมีอาการทางจิตครั้งแรก (เดือน) ระยะเวลาที่ติดตามการรักษา (สัปดาห์) จำนวนครั้งที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติด (ครั้ง) ขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับจนควบคุมอาการทางจิตได้ (ขนาดยาต้านโรคจิตได้กำหนดให้เทียบเท่ากับ haloperidol[11] โดยแบ่งเป็นช่วงของขนาดยาที่ได้รับน้อยกว่า 5 มิลลิกรัมต่อวัน, ขนาดยา 5 - 15 มิลลิกรัมต่อวัน และขนาดยามากกว่า 15 มิลลิกรัมต่อวันขึ้นไป) และข้อมูลการตอบสนองต่อการรักษา (ระยะเวลาเป็นสัปดาห์หรืออาการไม่ดีขึ้นหรือส่งต่อ)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลลักษณะอาการทางจิตที่ตรวจพบระหว่างติดตามการรักษา ได้แก่ ภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง พูดไม่ปะติดปะต่อหรือกระแสความคิดผิดปกติ พฤติกรรมไม่มีเป้าหมาย มีอาการด้านลบร่วม การไม่ตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วย

โดยข้อมูลทั้ง 3 ส่วน ได้จากเวชระเบียนที่บันทึกประวัติและการประเมินสภาพจิต (mental status exam) โดยจิตแพทย์ผู้รักษา เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงจากโรคจิตจากสารเสพติดไปสู่โรคจิตเภท ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้จำแนกกลุ่มเพื่อนำมาคำนวณทางสถิติ โดยจัดเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ยังคงวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด (substance-induced psychosis: SIP)

และกลุ่มที่เปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท (change to schizophrenia)

การวิเคราะห์ข้อมูล

จัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 30 โดยข้อมูลจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยด้านต่างๆ
2) สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลพื้นฐานที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม และใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test ในกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เปลี่ยนและไม่เปลี่ยนเป็นโรคจิตเภท
3) สถิติ Multiple logistic regression เพื่อหาทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท
4) Kaplan-Meier method เพื่อให้เห็นภาพรวมหรือแนวโน้มของการเปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท ในช่วงระยะเวลา 10 ปี ที่เก็บข้อมูลศึกษา

โดยผลการทดสอบถือว่ามีนัยทางสถิติเมื่อค่า p-value < 0.05 คำนวณค่า Odds Ratio (OR) และ 95% Confidence Interval (95% CI)

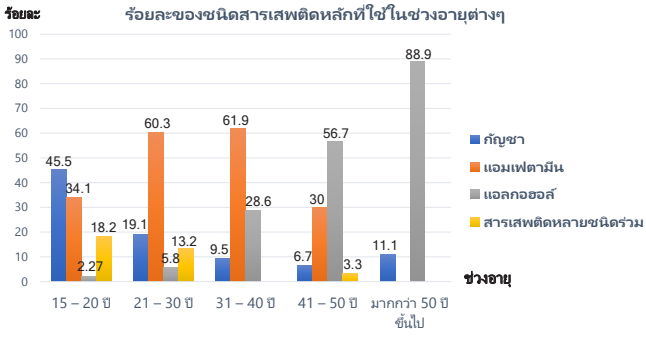
ผลการศึกษา

จากการค้นเวชระเบียนในช่วงเดือนมกราคม 2557 ถึงเดือนธันวาคม 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ที่มารักษาด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติดทั้งหมด 549 ราย ถูกตัดออกจากการศึกษาเนื่องจากมีประวัติเคยรักษาอาการทางจิตจากโรงพยาบาลอื่นมาก่อน 172 ราย และมารับการรักษาเพียงครั้งเดียว 155 ราย ค้นเวชระเบียนไม่พบ 29 ราย จึงเหลือเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งสิ้น 193 ราย (คิดเป็นร้อยละ 35.2 ของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารักษาด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติดทั้งหมด)

ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 193 ราย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 80.3 มีอายุเฉลี่ย 30.4 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 53.9 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.7 ชนิดสารเสพติดหลักที่ทำให้เกิดอาการทางจิต ได้แก่ แอมเฟตามีน แอลกอฮอล์ กัญชา ใช้สารเสพติดหลายชนิด และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 47.2, 21.8, 20.7, 9.3 และ 1.0 ตามลำดับ โดยสารอื่นๆ ได้แก่ สารระเหย และโอปิออยด์ แสดงดังตารางที่ 1

เมื่อแบ่งชนิดของสารเสพติดหลักตามช่วงอายุพบว่า ชนิดของสารเสพติดที่ใช้แตกต่างกันตามช่วงอายุ ดังนี้ ช่วงอายุ 15 - 20 ปี มีการใช้กัญชามากที่สุด ช่วงอายุ 21 - 30 ปี และช่วงอายุ 31 - 40 ปี มีการใช้แอมเฟตามีนมากที่สุด ช่วงอายุ 41 - 50 ปี และช่วงอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีการใช้แอลกอฮอล์มากที่สุด แสดงผลดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แสดงร้อยละของชนิดสารเสพติดหลักที่ใช้ในช่วงอายุต่างๆ



ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ร่วม ได้แก่ บุหรี่ แอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน และกัญชา คิดเป็นร้อยละ 78.2, 62.7, 60.6 และ 36.3 ตามลำดับ และใช้สารอื่นๆ ร่วม ร้อยละ 7.8 ได้แก่ โอปิออยด์ โคเคน สารหลอนประสาท สารระเหย และยากลุ่มออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งเมื่อแยกจำนวนชนิดของสารเสพติดที่ใช้ร่วมพบว่าไม่ใช้สารเสพติดอื่นร่วม ร้อยละ 16.6 ใช้สารเสพติดร่วม 1 ชนิด ร้อยละ 34.7 โดยส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ และใช้สารเสพติดร่วมตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 48.7 ส่วนใหญ่เป็นบุหรี่และแอลกอฮอล์

ข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยจากการใช้สารเสพติด การรักษาที่ได้รับและการตอบสนองต่อการรักษา แสดงในตารางที่ 2 พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มใช้สารเสพติดจนมีอาการทางจิตครั้งแรกอยู่ในช่วงตั้งแต่ 1 สัปดาห์ จนถึง 40 ปี โดยเฉลี่ย 8.5 ปี (ไม่ระบุระยะเวลาการใช้สารเสพติด 7 ราย) ระยะเวลาที่ติดตามการรักษา โดยเฉลี่ย 21.7 เดือน มีประวัติเคยมารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติดอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 18.1 ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาต้านโรคจิตชนิดกิน และมี

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และชนิดของสารเสพติดหลักที่ใช้

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	155	80.3
หญิง	38	19.7
อายุ (ปี)		
mean ± SD	30.4 ± 11.2	
median (min - max)	28 (15 - 65)	
สถานภาพสมรส		
โสด	104	53.9
สมรส	69	35.8
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20	10.4
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	58	33.0
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	59	33.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6/ปวช.)	43	24.4
อนุปริญญา/ปวส./หรือเทียบเท่า ขึ้นไป	16	9.1
อาชีพ		
มีอาชีพ	94	48.7
ไม่มีอาชีพ	99	51.3
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว		
มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว	30	15.5
มีประวัติคนในครอบครัวรักษาอาการโรคจิต	7	3.6
มีประวัติคนในครอบครัวติดสารเสพติด	6	3.1
ชนิดของสารเสพติดหลักที่ทำให้เกิดอาการทางจิต *(วินิจฉัยแรกที่มารักษาด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติด)*		
แอมเฟตามีน (F155)	91	47.2
แอลกอฮอล์ (F105)	42	21.8
กัญชา (F125)	40	20.7
สารเสพติดหลายชนิด (F195)	18	9.3
อื่นๆ (F1x5)	2	1.0
ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ร่วม		
บุหรี่	151	78.2
แอลกอฮอล์	121	62.7
แอมเฟตามีน	117	60.6
กัญชา	70	36.3
อื่นๆ	15	7.8

ผู้ป่วย 3 ราย ที่ได้รับยาฉีดระยะยาวร่วม โดยยาต้านโรคจิตที่ได้รับส่วนใหญ่เป็น risperidone

ลักษณะอาการทางจิตที่ตรวจพบระหว่างติดตามการรักษา ได้แก่ อาการหูแว่ว (ร้อยละ 97.9) ภาพหลอน (ร้อยละ 38.9) ความคิดหลงผิดชนิดหวาดระแวง (ร้อยละ 88.1) มีอาการด้านลบร่วม (ร้อยละ 13.0) พูดไม่ปะติดปะต่อหรือกระแสความคิดผิดปกติ (ร้อยละ 6.7) การไม่ตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วย (ร้อยละ 5.7) และพฤติกรรมไม่มีเป้าหมาย (ร้อยละ 3.1) เมื่อนำข้อมูลลักษณะอาการทางจิตที่ตรวจพบไปวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่า ลักษณะอาการทางจิตที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ได้แก่ อาการพูดไม่ปะติดปะต่อ และการมีอาการด้านลบร่วม แสดงดังตารางที่ 3

เมื่อนำปัจจัยด้านต่างๆ มาวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทเมื่อติดตามต่อเนื่อง ได้แก่ อายุในช่วง 15 - 20 ปี และ 31 - 40 ปี สถานภาพโสด ระยะเวลาที่เริ่มใช้สารเสพติดจนมีอาการทางจิตครั้งแรก 3 - 5 ปี ยาต้านโรคจิตที่ได้รับจนคุมอาการทางจิตได้ในขนาดเทียบเท่า haloperidol 5 - 15 มิลลิกรัมต่อวัน และมากกว่า 15 มิลลิกรัมต่อวัน การตอบสนองต่อการรักษาในช่วง 5 - 12 สัปดาห์ และนานกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป รวมถึงกลุ่มที่อาการไม่ดีขึ้นหรือส่งต่อ สำหรับปัจจัยด้านอื่น ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ชนิดของสารเสพติดหลัก จำนวนครั้งที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติด ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท แสดงดังตารางที่ 4

โดยเมื่อนำปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับ การตอบสนองต่อการรักษา ลักษณะอาการพูดไม่ปะติดปะต่อและการมีอาการด้านลบร่วม มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอย Multivariate logistic regression analysis เพื่อควบคุมผลกระทบของตัวแปรกวนพบว่าปัจจัยที่ยังคงสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ได้แก่ สถานภาพโสด อาการพูดไม่ปะติดปะต่อ ขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับจนควบคุมอาการทางจิตได้ในระดับมาตรฐาน และกลุ่มที่อาการทางจิตไม่ดีขึ้นหรือส่งต่อ แสดงดังตารางที่ 5

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 193 ราย ได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทจำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.5 ของผู้ป่วยโรคจิต

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยจากการใช้สารเสพติด การรักษาที่ได้รับ และการตอบสนองต่อการรักษา

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เริ่มใช้สารเสพติดจนมีอาการทางจิตครั้งแรก (เดือน)		
mean ± SD	102.3 ± 91.8	
median (min - max)	84 (0.25 - 480)	
ระยะเวลาที่ติดตามการรักษา (เดือน)		
mean ± SD	21.7 ± 22.8	
median (min - max)	14.0 (0.25 - 117.00)	
จำนวนครั้งที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติด (ครั้ง)		
0 ครั้ง	158	81.9
1 ครั้ง	29	15.0
ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป	6	3.1
mean ± SD	0.2 ± 0.6	
median (min - max)	0 (0 - 5)	
ขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับจนควบคุมอาการทางจิตได้ (mg)		
haloperidol < 5 mg	104	53.9
haloperidol 5 - 15 mg	81	42.0
haloperidol >15 mg	8	4.1
mean ± SD	5.7 ± 3.8	
median (min - max)	4 (1 - 20)	
การตอบสนองต่อการรักษา		
ภายใน 4 สัปดาห์	96	49.7
5 - 12 สัปดาห์	46	23.8
มากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป	15	7.8
ไม่ดีขึ้น หรือส่งต่อ	36	18.7

จากสารเสพติดทั้งหมด และเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วย Kaplan-Meier method เพื่อให้เห็นแนวโน้มในการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในช่วงระยะเวลา 10 ปี พบว่า Median survival time อยู่ที่ 54 เดือน (95% CI, 30.0 - 78.0) กล่าวคือ ผู้ป่วยอาการทางจิตจากสารเสพติดจำนวนครึ่งหนึ่งมีโอกาสได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทหลังเกิดอาการทางจิตจากสารเสพติดครั้งแรกภายในช่วง 54 เดือน โดยมีค่าความเสี่ยงสะสม (cumulative risk) ในการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ณ เวลา 24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.6 (95% CI, 18.8 - 34.4) กล่าวคือ มีโอกาสที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจะเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 26.6 ภายใน 2 ปี

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภทในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาอาการทางจิตจากสารเสพติดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 193 ราย พบว่าได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 28.5

แนวโน้มในการเปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท

การศึกษาครั้งนี้พบความเสี่ยงสะสม ร้อยละ 26.6 ที่

ระยะเวลา 2 ปี เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นในต่างประเทศ ของ Rognli และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสารเสพติดมีแนวโน้มที่จะได้รับวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในช่วง 6 ปีแรก ร้อยละ 27.6 (95% CI, 25.6 - 29.7)[12] ส่วนในการศึกษาของ Kendler และคณะ พบความเสี่ยงสะสมในการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทที่ระยะเวลา 7 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.3 (95% CI, 10.0 - 12.8)[10] ซึ่งจังหวัดสมุทรปราการเป็นเขตเมืองอุตสาหกรรมที่มีประชากรแฝงจำนวนมาก แนวโน้มปัญหาการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยทำงานรวมถึงเด็กและเยาวชน[13,14] โดยประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงาน การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้น มีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนเป็นหลัก แล้วทำให้เกิดอาการทางจิต ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเบื้องต้นนี้อาจเป็นส่วนหนึ่งที่อธิบายภาพรวมในความเจ็บป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีแนวโน้มสูงกว่าการศึกษาอื่น อย่างไรก็ตามแนวโน้มการเปลี่ยนวินิจฉัยในแต่ละการศึกษาไม่สามารถนำมาเทียบกันได้โดยตรง อันเนื่องมาจากความแตกต่างในระเบียบวิธีการศึกษา กลุ่มประชากรที่ศึกษา ชนิดของสารเสพติด และช่วงเวลาที่ติดตามศึกษา

ตารางที่ 3 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (univariate logistic regression analysis) ของลักษณะอาการทางจิตที่ตรวจพบต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท

ลักษณะอาการทางจิตที่ตรวจพบ	SIP n = 138 (%)	change to schizophrenia n = 55 (%)	p-value	crude OR (95% CI)	p-value
1. ภาพหลอน			0.153		
ไม่มี	80 (67.8)	38 (32.2)		1	
มี	58 (77.3)	17 (22.7)		0.617 (0.318 - 1.199)	0.154
2. หูแว่ว			0.579*		
ไม่มี	4 (100.0)	0 (0.0)			
มี	134 (70.9)	55 (29.1)		N/A	N/A
3. หลงผิดชนิดหวาดระแวง			0.785		
ไม่มี	17 (73.9)	6 (26.1)		1	
มี	121 (71.2)	49 (28.8)		1.147 (0.427 - 3.082)	0.785
4. พูดไม่ปะติดปะต่อ หรือกระแสความคิดผิดปกติ			0.011*		
ไม่มี	133 (73.9)	47 (26.1)		1	
มี	5 (38.5)	8 (61.5)		4.528 (1.411 - 14.527)	0.011
5. พฤติกรรมไม่มีเป้าหมาย			0.355*		
ไม่มี	135 (72.2)	52 (27.8)		1	
มี	3 (50.0)	3 (50.0)		2.596 (0.508 - 13.276)	0.252
6. มีอาการด้านลบร่วม			0.021		
ไม่มี	125 (74.4)	43 (25.6)		1	
มี	13 (52.0)	12 (48.0)		2.683 (1.138 - 6.327)	0.024
7. การไม่ตระหนักรู้ต่อความเจ็บป่วย			0.079*		
ไม่มี	133 (73.1)	49 (26.9)		1	
มี	5 (45.5)	6 (54.5)		3.257 (0.951 - 11.157)	0.060

*(Fisher's exact test)

SIP; substance-induced psychosis

ตารางที่ 4 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (univariate logistic regression analysis) ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท

ปัจจัย	SIP n = 138 (%)	change to schizophrenia n = 55 (%)	p-value	crude OR (95% CI)	p-value
เพศ			0.740		
ชาย	110 (71.0)	45 (29.0)		1.145 (0.514 - 2.552)	0.740
หญิง	28 (73.7)	10 (26.3)		1	
อายุ			0.026		
15 - 20 ปี	27 (61.4)	17 (38.6)		4.281 (1.400 - 13.094)	0.011
21 - 30 ปี	51 (75.0)	17 (25.0)		2.267 (0.764 - 6.725)	0.140
31 - 40 ปี	26 (61.9)	16 (38.1)		4.185 (1.356 - 12.910)	0.013
มากกว่า 40 ปีขึ้นไป	34 (87.2)	5 (12.8)		1	
ระดับการศึกษา			0.877		
ประถมศึกษา	41 (70.7)	17 (29.3)		1.216 (0.539 - 2.746)	0.637
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	42 (71.2)	17 (28.8)		1.187 (0.527 - 2.677)	0.679
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6/ปวช.) ขึ้นไป	44 (74.6)	15 (25.4)		1	
สถานภาพสมรส			0.003		
โสด	65 (62.5)	39 (37.5)		2.737 (1.399 - 5.355)	0.003
สมรส (หม้าย/หย่าร้าง/แยก)	73 (82.0)	16 (18.0)		1	
การประกอบอาชีพ			0.946		
ไม่มีอาชีพ	71 (71.7)	28 (28.3)		1	
มีอาชีพ	67 (71.3)	27 (28.7)		1.022 (0.547 - 1.910)	0.946
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว			0.281		
ไม่มี	119 (73.0)	44 (27.0)		1	
มี	19 (63.3)	11 (36.7)		1.566 (0.690 - 3.552)	0.283
คนในครอบครัวมีประวัติรักษาอาการโรคจิต			0.103*		
ไม่มี	135 (72.6)	51 (27.4)		1	
มี	3 (42.9)	4 (57.1)		3.529 (0.763 - 16.319)	0.106
คนในครอบครัวมีประวัติติดสารเสพติด			0.355*		
ไม่มี	135 (72.2)	52 (27.8)		1	
มี	3 (50.0)	3 (50.0)		2.596 (0.508 - 13.276)	0.252
ชนิดสารเสพติดหลักที่ทำให้เกิดอาการทางจิต			0.508		
แอมเฟตามีน (F155)	66 (72.5)	25 (27.5)		0.703 (0.252 - 1.966)	0.502
แอลกอฮอล์ (F105)	33 (78.6)	9 (21.4)		0.506 (0.156 - 1.645)	0.258
กัญชา (F125)	26 (65.0)	14 (35.0)		0.999 (0.325 - 3.081)	0.999
อื่นๆ (F1x5 + F195)	13 (65.0)	7 (35.0)		1	

ตารางที่ 4 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (univariate logistic regression analysis) ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (ต่อ)

ปัจจัย	SIP n = 138 (%)	change to schizophrenia n = 55 (%)	p-value	crude OR (95% CI)	p-value
มีสารเสพติดที่ใช้ร่วม			0.673		
ไม่มี	22 (68.8)	10 (31.3)		1	
มี 1 ชนิด	46 (68.7)	21 (31.3)		1.004 (0.405 - 2.491)	0.993
มีตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป	70 (74.5)	24 (25.5)		0.754 (0.313 - 1.818)	0.530
ระยะเวลาที่เริ่มใช้สารเสพติดจนมีอาการทางจิตครั้งแรก			0.031		
ภายใน 2 ปี	29 (65.9)	15 (34.1)		2.151 (0.967 - 4.784)	0.061
3 - 5 ปี	27 (61.4)	17 (38.6)		2.618 (1.192 - 5.750)	0.017
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	79 (80.6)	19 (19.4)		1	
จำนวนครั้งที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติด			0.096		
0 ครั้ง	117 (74.1)	41 (25.9)		1	
ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป	21 (60.0)	14 (40.0)		1.902 (0.886 - 4.085)	0.099
ขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับจนควบคุมอาการทางจิตได้			0.003		
haloperidol < 5 mg/day	85 (81.7)	19 (18.3)		1	
haloperidol 5 - 15 mg/day	49 (60.5)	32 (39.5)		2.922 (1.498 - 5.696)	0.002
haloperidol > 15 mg/day	4 (50.0)	4 (50.0)		4.474 (1.026 - 19.505)	0.046
การตอบสนองต่อการรักษา			0.002		
ภายใน 4 สัปดาห์	80 (83.3)	16 (16.7)		1	
5 - 12 สัปดาห์	30 (65.2)	16 (34.8)		2.667 (1.186 - 5.995)	0.018
มากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป	9 (60.0)	6 (40.0)		3.333 (1.041 - 10.677)	0.043
ไม่ดีขึ้น หรือส่งต่อ	19 (52.8)	17 (47.2)		4.474 (1.919 - 10.428)	< 0.001

*(Fisher's exact test)
SIP; substance-induced psychosis

ตารางที่ 5 ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (multivariate logistic regression analysis) ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท

ปัจจัย	unstandardized B	S.E.	adjust OR (95% CI)	P-value
สถานภาพโสด	1.113	0.495	3.044 (1.155 - 8.024)	0.024
มีลักษณะพูดไม่ปะติดปะต่อ	1.706	0.716	5.508 (1.354 - 22.409)	0.017
ได้รับขนาดยาต้านโรคจิตในระดับมาตรฐาน	0.847	0.427	2.332 (1.011 - 5.38)	0.047
อาการไม่ดีขึ้น หรือส่งต่อ	1.327	0.507	3.771 (1.395 - 10.189)	0.009
(constant)	-3.295	0.738	0.037	< 0.001

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภท ได้แก่ สถานภาพ อายุ ลักษณะอาการพูดไม่ปะติดปะต่อ การมีอาการด้านลบร่วม ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด การตอบสนองต่อการรักษาและขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับ แต่หลังจากควบคุมให้ปัจจัยอื่นๆ มีความเท่าเทียมกันแล้ว มีเพียง 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สถานภาพโสด อาการพูดไม่ปะติดปะต่อ กลุ่มที่อาการทางจิตไม่ดีขึ้นหรือส่งต่อ และขนาดยาต้านโรคจิตที่ได้รับจนควบคุมอาการทางจิตได้ ในขนาดเทียบเท่า haloperidol 5 - 15 มิลลิกรัมต่อวัน

จากปัจจัยด้านสถานภาพ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีสถานภาพโสดมีโอกาสเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทถึง 3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เคยผ่านการสมรสแล้ว อาจอธิบายได้จากแนวโน้มในการปรับตัวที่แย่กว่า มีข้อจำกัดในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งนี้ไม่มีการศึกษาใดที่อธิบายความสัมพันธ์ด้านสถานภาพกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทโดยตรง แต่มีการศึกษาที่เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโรคจิตที่เกิดจากสารเสพติดกับกลุ่มโรคจิตเภทที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสถานภาพโสดมากกว่ากลุ่มโรคจิตจากสารเสพติด เนื่องจากสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ไม่ดีและการมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรม[7]

เมื่อวิเคราะห์เฉพาะปัจจัยด้านอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับในหลายการศึกษาที่พบว่า การเกิดอาการทางจิตจากสารเสพติดในช่วงอายุน้อย มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท[10,12,15,16] อาจอธิบายได้จากปัจจัยทางประสาทวิทยา พัฒนาการของสมองส่วนหน้าที่ยังไม่สมบูรณ์ (immature frontal-limbic development) กลไกทางสารสื่อประสาทที่ทำงานผิดปกติ (abnormal hypothalamic-pituitary-adrenal axis function) มีส่วนทำให้เกิดความไม่สมดุลในการปรับตัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความเปราะบางและเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมใช้สารเสพติดนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตในกลุ่มอายุน้อย[17]

นอกจากนี้ยังพบว่า ช่วงอายุ 31 - 40 ปี มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Shaheen และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีช่วงอายุที่มากกว่ากลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญที่อายุเฉลี่ย 34.540 ± 10.017 (P = 0.015)[7] เป็นไปได้ว่าอาจเกี่ยวข้องกับชนิดของสารที่ใช้ในแต่ละช่วงอายุ ทั้งนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าโอกาสที่โรคจิตจากสารเสพติดจะเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภทนั้นขึ้นกับชนิดของสารเสพติดด้วย โดยพบว่าโรคจิตจากกัญชามีความเสี่ยงมากที่สุดในการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทเมื่อติดตามต่อเนื่อง[9,10,12,18] และมีหลายการศึกษาที่พบว่าการใช้กัญชาในช่วงอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคจิตเภท[16,19,20,21] อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้ไม่พบว่าชนิดของสารเสพติดมีผลต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านประชากรศึกษาที่มีจำนวนน้อย เมื่อแยกชนิดของสารจึงไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน และสำหรับปัจจัยด้านอายุเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ด้วยแล้วกลับไม่พบความสัมพันธ์ของอายุต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท

ลักษณะอาการทางจิตที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นโรคจิตเภทในการศึกษานี้พบว่าอาการพูดไม่ปะติดปะต่อและการมีอาการด้านลบร่วมสัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีอาการพูดไม่ปะติดปะต่อมีโอกาสเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทสูงถึง 4.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีอาการแสดง และผู้มีอาการแสดงด้านลบร่วมมีโอกาสเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท 2.7 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีอาการแสดงด้านลบ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ แล้ว กลับไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติของอาการด้านลบ มีเพียงอาการพูดไม่ปะติดปะต่อหรือกระแสความคิดผิดปกติที่ยังคงเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญในการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล โลดทนงค์ ที่พบว่าลักษณะการพูดหรือพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) สัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท[22] และสอดคล้องกับการทบทววรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Wilson และคณะ ที่พบว่ากลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการมีลักษณะอาการด้านบวกและอาการด้านลบของภาวะโรคจิตที่เด่นชัดน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคจิตเภท[23] เป็นไปได้ว่าอาการทางจิตอาจถูกกระตุ้นด้วยสารเสพติดในกลุ่มผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคจิตเภทอยู่เดิม หรืออาจเป็นไปได้ว่าการเริ่มมีอาการในระยะแรกของโรคจิตเภทเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้กัญชาหรือสารเสพติดอื่น เกิดเป็นการใช้สารเสพติดร่วมกัน (comorbid substance use)[24,25]

สำหรับอาการด้านลบจากการใช้สารเสพติด (negative symptom-like) อาจแยกยากจากอาการด้านลบของโรคจิตเภท ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดของสารเสพติดด้วย มีการศึกษาที่พบว่าอาการด้านลบ

ในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดพบได้น้อยกว่ากลุ่มโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ[7] ในขณะที่การศึกษาของ Weibell ที่ศึกษาผลกระทบระยะยาวจากการใช้สารเสพติดในผู้ที่มารักษาด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติด พบว่าการใช้สารเสพติดสัมพันธ์กับการเกิดอาการด้านลบได้เช่นกัน ถึงแม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการหยุดใช้สารทำให้อาการด้านลบลดลงได้[25] การศึกษาของ Wearne ได้ทบทวนงานวิจัยพบว่า อาการด้านบวกและอาการด้านลบในระยะอาการทางจิตฉับพลันทั้งในโรคจิตจากสารเสพติดและโรคจิตเภทนั้นพบได้ไม่ต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาความรุนแรงและความคงอยู่ของอาการด้านลบพบว่า โรคจิตเภทมีอาการด้านลบในระดับรุนแรงและคงอยู่ต่อเนื่องไปได้มากกว่ากลุ่มโรคจิตจากสารเสพติด[18] อย่างไรก็ตาม อาการด้านลบจากสารเสพติดและอาการด้านลบจากโรคจิตเภทในหลายการศึกษายังไม่สามารถนำมาอธิบายการแยกโรคระหว่างภาวะโรคจิตเภทออกจากภาวะโรคจิตจากสารเสพติดได้อย่างชัดเจน

การดำเนินโรคของภาวะโรคจิตจากสารเสพติดโดยทั่วไปอาการจะทุเลาลงเมื่อหยุดใช้สารเสพติดภายในระยะเวลาเป็นวันถึงสัปดาห์ มักไม่เกิน 1 เดือน[4] จากผลการศึกษาปัจจัยด้านการตอบสนองต่อการรักษาในการศึกษานี้ เมื่อพิจารณาจากอาการทางจิตที่ดีขึ้นจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ พบว่าการตอบสนองการรักษาภาวะโรคจิตจากสารเสพติดในระยะเวลานานกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป สัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีโอกาสสูงขึ้นตามระยะเวลาที่นานขึ้นและสูงถึง 4.5 เท่า ในกรณีที่ส่งต่อการรักษาหรืออาการไม่ดีขึ้นระหว่างที่ยังติดตามการรักษา สอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมา ดังเช่นในการศึกษาของ Kirkbride ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่รักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานกว่า 7 วันขึ้นไป มีโอกาสสูงที่จะเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทเมื่อติดตามต่อเนื่อง[21] เช่นเดียวกับการศึกษาของ Alderson ที่พบว่าระยะเวลารักษานานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป สัมพันธ์กับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาด้วยอาการทางจิตจากสารเสพติดครั้งแรก[26] เป็นไปได้ว่าอาการทางจิตที่คงอยู่หลังหยุดใช้สารเสพติดนานกว่า 4 สัปดาห์ อาจเป็นผลมาจากความรุนแรงของอาการทางจิตหรือมีอาการของโรคจิตเวชอื่นร่วม[27] อาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและปริมาณการใช้สารเสพติดที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบประสาทในระยะยาว[18,28] รวมถึงชนิดของสารเสพติด โดยพบว่ากัญชาสามารถทำให้เกิดอาการโรคจิตได้นานเป็นเดือน[29]

ปัจจัยด้านขนาดยาต้านโรคจิตต่อการตอบสนองทางคลินิก จากผลการศึกษาพบว่าขนาดยาต้านโรคจิตที่ทำให้อาการทางจิตดีขึ้น ทั้งในช่วงขนาดยาเทียบเท่า haloperidol 5 - 15 มิลลิกรัมต่อวัน และมากกว่า 15 มิลลิกรัมต่อวัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในระยะติดตามการรักษา ซึ่งในแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเพื่อประคับประคองอาการในระยะสั้นนั้นไม่มีการกำหนดขนาดยาที่ชัดเจน ยังไม่พบการศึกษาที่อธิบายขนาดยาต้านโรคจิตต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในการศึกษาที่ผ่านมา จากผลการศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าอาการทางจิตของโรคจิตเภทในระยะแรกนั้นอาจถูกกระตุ้นด้วยสารเสพติด[30] นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยยังคงใช้สารเสพติดต่อเนื่องในระยะยาวอาจปกปิดอาการของโรคจิตเภทหรือโรคทางอารมณ์อื่นที่อาจเกิดร่วม ส่งผลให้การวินิจฉัยแยกโรคทำได้ยากขึ้น มีโอกาสที่จะมองข้ามการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และสัมพันธ์กับการใช้ขนาดยาที่สูงขึ้น[25]

มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าโรคจิตเภทมักพบภาวะติดสารเสพติดร่วมได้บ่อย (co-occurrence) เกิดจากความผิดปกติในระบบ dopamine ของ mesolimbic system ที่ส่งผลต่ออาการอยากเสพสาร (craving) ซึ่งอาจมีความผิดปกติในทางประสาทสรีรวิทยาร่วมกันระหว่างโรคจิตเภทและโรคจิตจากสารเสพติด[31] ในปัจจุบันมีหลายแนวคิดที่อธิบายการใช้สารเสพติดร่วมในผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น ความเปราะบางของระบบประสาทที่มีต่อตัวกระตุ้นนำไปสู่การใช้สารเสพติด (neural diathesis-stress models) ความบกพร่องของกระบวนความคิดเพิ่มความเสี่ยงในการใช้สารเสพติด (accumulative risk factor hypothesis) การใช้สารเสพติดเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ (self-medication hypothesis) และความผิดปกติของ dopamine-mediated brain reward circuit (brain reward circuit dysfunction)[10] การพิจารณาแยกโรคหรือค้นหาโรคร่วมทางจิตเวชอื่นในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับยาต้านโรคจิตขนาดสูง จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาในระยะยาว เพื่อลดโอกาสกำเริบซ้ำของอาการทางจิต

ข้อจำกัดในการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง มีจำนวนประชากรที่ศึกษาน้อย การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะเน้นส่งตรวจในครั้งแรกที่มารักษาด้วยอาการทางจิต ทั้งนี้ในทางปฏิบัติ

ไม่ได้ใช้เครื่องมือแบบประเมินช่วยประเมินอาการทางคลินิก คุณภาพของข้อมูลที่ได้จึงขึ้นกับประสบการณ์ของผู้ซักประวัติและบันทึกเวชระเบียน ซึ่งมาจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย และการวินิจฉัยโรคขึ้นกับประสบการณ์ทางคลินิกของจิตแพทย์ การศึกษานี้ไม่ได้บันทึกประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ได้ นอกจากนี้การขาดหายของข้อมูลจากการติดตามการรักษาเป็นข้อจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษานี้ ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษามีความคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง

ประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ไม่มาก ผลการศึกษาในครั้งนี้ช่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญในการติดตามการรักษากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากสารเสพติดอย่างน้อยในช่วง 2 ปีแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง นำไปสู่การวางแผนการรักษาเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการกำเริบของอาการทางจิตในระยะยาว ในอนาคตควรมีการศึกษาข้อมูลไปข้างหน้าเพื่อให้เข้าใจถึงการดำเนินโรคและปัจจัยทำนายการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยได้ดียิ่งขึ้น การศึกษาแยกตามชนิดของสารเสพติดจะช่วยให้เห็นลักษณะการดำเนินโรคที่เฉพาะกับชนิดของสารเสพติดมากขึ้น ทั้งนี้อาจมีการกำหนดปัจจัยใหม่ๆ เพิ่มเติมตามบริบทสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนในการพิจารณาแยกโรคและทำนายแนวโน้มได้อย่างแม่นยำมากขึ้น

สรุป

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นภาพรวมของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจากโรคจิตจากสารเสพติดไปสู่โรคจิตเภทในกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาอาการทางจิตจากสารเสพติดที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยพบว่าร้อยละ 28.5 ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท และมีความเสี่ยงสะสมที่ระยะเวลา 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.6 ดังนั้นการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยในช่วง 2 ปีแรก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ได้แก่ มีลักษณะการพูดไม่ปะติดปะต่อหรือกระแสความคิดผิดปกติ ได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดมาตรฐานถึงขนาดสูง อาการทางจิตไม่ดีขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หรือส่งต่อการรักษา รวมถึงผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด เป็นต้น อย่างไรก็ตามแพทย์ควรพิจารณาประวัติและอาการแสดงอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ประวัติอาการนำ ประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตเวชในครอบครัว การประเมินสภาพจิต รวมถึงประเมินแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด ทั้งนี้เพื่อพิจารณาหาภาวะโรคร่วมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการที่ผู้ป่วยยังคงใช้สารเสพติด การใช้ยาต้านโรคจิตในขนาดที่เหมาะสมควรได้รับการพิจารณาโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของโรคร่วมทางจิตเวช การดำเนินการดังกล่าวจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดโอกาสในการกำเริบของอาการทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นางสาววรรัชนี อิ่มใจจิตต์ นักสถิติ สำนักงานพัฒนาวิจัย วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่สละเวลาส่วนตัวให้คำแนะนำเรื่องสถิติแก่ผู้วิจัย ทำให้ผลงานวิจัยชิ้นนี้สมบูรณ์มากขึ้น

ทุนสนับสนุนการศึกษา

ไม่มี

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กิติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล: ทำหน้าที่ออกแบบงานวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Ministry of Public Health. Report mental and behavioral disorder (F00-F99) [internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2022. [cited date 2024 Sep 8]. Available from: https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc.
2. Hfocus.org. Revealing information on psychiatric patients who use drugs together, which increase the risk of mental health problems [Internet]. Hfocus.org; 2024. [cited 2024 Sep 8]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2024/02/29734.
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for the treatment and rehabilitation of alcoholics and drug addicts with mental symptoms and comorbid psychiatric disorders. Nonthaburi: Department of Mental Health Service Administration Division. Mental Health; 2021.
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Schizophrenia care manual for hospitals in health regions (physician edition). Nonthaburi: Mental Health; 2017.
5. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry 2016; 50(5): 410–72.

6. Volavka J, Vevera J. Very long-term outcome of schizophrenia. Int J Clin Pract 2018; 72(7): e13094.
7. Shaheen AAM, Eissa MAE, Shamma GT, Ghareeb WAE. Comparison between substance-induced psychosis and primary psychosis. Tanta Med J 2020; 47: 62–67.
8. Caton CLM, Hasin DS, Shrout PE, Drake RE, Dominguez B, First MB, et al. Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance- induced psychosis. Br J Psychiatry 2007; 190: 105-11.
9. Murrie B, Lappin J, Large M, Sara G. Transition of substance-Induced, brief, and atypical psychoses to schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. Schizophr Bull 2020; 46(3): 505-16.
10. 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: 711–19.
11. Thippaiah SM, Fargason RE, Birur B. Switching antipsychotics: A guide to dose equivalents. Curr Psychiatr 2021; 20(4): 13-14.
12. Rognli EB, Heiberg IH, Jacobsen BK, Høye A, Bramness JG. Transition from substance-induced psychosis to schizophrenia spectrum disorder or bipolar disorder. Am J Psychiatry 2023; 180: 437-44.
13. Strategy and information group for development of Samutprakarn province, The Samutprakarn provincial office of comptroller general. 20-year provincial development goals (2023-2042) [internet]. Samutprakarn provincial office; 2022. [cited 2024 Sep 8]. Available from: https://www.samutprakan.go.th/
14. Mental Health and Drug Addiction Division, Samutprakarn provincial public health office. Ministry of public health inspection report, issue 2: Mental health and drug addiction Samutprakarn province, Health area 6, round 2/2024, Samutprakarn province; 2024 Jul 1-2; Samutprakarn: 2024.
15. Starzer MSK, 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.
16. Ghose S. Substance-induced psychosis: An indicator of development of primary psychosis? AM J Psychiatry 2018; 175(4): 303-4.
17. Schepis TS, Adinoff B, Rao U. Neurobiological processes in adolescent addictive disorders. Am J Addict 2008;17(1): 6–23.
18. Wearne TA and Cornish JL. A comparison of methamphetamine-induced psychosis and schizophrenia: A Review of positive, negative, and cognitive symptomatology. Front Psychiatry 2018; 9: 491.
19. Casadio P, Fernandes C, Murray RM, Forti MD. Cannabis use in young people: The risk for schizophrenia. Neurosci Biobehav Rev 2011; 35(8): 1779-87.
20. Myran DT, Harrison LD, Pugliese M, Solmi M, Anderson KK, Fiedorowicz JG, et al. Transition to schizophrenia spectrum disorder following emergency department visits due to substance use with and without psychosis. JAMA Psychiatry 2023; 80(11): 1169-74.
21. Kirkbride J. The risk of substance-induced psychosis converting to schizophrenia varies with substance used and patient age: BMJ Ment Health 2013; 16(3): 65.
22. Lodthanong S. Prevalence and associated factors of conversion to schizophrenia among patients with substance-induced psychotic disorder, The rural context in Ubonratchathani. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2023; 68(4): 412-21.
23. 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.
24. Barnes TRE, Mutsatsa SH, Hutton SB, Watt HC, Joyce EM. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. Br J Psychiatry 2006; 188(3): 237-42.
25. Weibell MA, Hegelstad WTV, Auestad B, Bramness J, Evensen J, Ulrik Haahr, et al. The effect of substance use on 10-year outcome in first-episode psychosis. Schizophr Bull 2017; 43(4): 843-51.
26. Alderson HL, Semple DM, Blayney C, Queirazza F, Chekuri V, Lawrie SM. Risk of transition to schizophrenia following first admission with substance-induced psychotic disorder: a population-based longitudinal cohort study. Psychological Medicine 2017; 47(14): 2548-55.
27. Lecomte T, Mueser KT, MacEwan W, Thornton AE, Buchanan T, Bouchard V, et al. Predictors of persistent psychotic symptoms in persons with methamphetamine abuse receiving psychiatric treatment. J Nerv Ment Dis 2013; 201(12) :1085-9.
28. Fiorentini A, Cantù F, Crisanti C, Cereda G, Oldani L, Brambilla P. Substance-induced psychoses: An updated literature review. Front Psychiatry 2021; 12: 694863.
29. Chuenchom O, Suansanae T, Lukanapichonchut L, Suwanmajo S, Suthisisang C. Real world clinical outcomes of treatment of cannabis-induced psychosis and prevalence of cannabis-related primary psychosis: a retrospective study. BMC Psychiatry 2024; 24(1): 626.
30. Brown E, Bedi G, McGorry P, O'Donoghue B. Rates and predictors of relapse in first-episode psychosis: An Australian cohort study. Schizophr Bull Open 2020; 1(1): sgaa017.
31. Ward HB, Nemeroff CB, Carpenter L, Grzenda A, McDonald WM, Rodriguez CI, et al. Substance used disorders in schizophrenia: Prevalence, etiology, biomarkers, and treatment. Pers Med Psychiatry 2023; 39: 100106.