

ประสิทธิผลของยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นานต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ทรงพล โสตนงค์*

*โรงพยาบาลตระการพืชผล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ในการควบคุมพฤติกรรมรุนแรง ลดอาการกำเริบ และเพิ่มความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เมื่อเปรียบเทียบกับยารักษาแบบรับประทาน

วิธีการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อน-หลังโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (non-randomized two-group pre-posttest design) ติดตามผลระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในผู้มีอายุ 15 – 65 ปี ที่เป็นโรคจิตจากสารเสพติด (substance-induced psychotic disorder) และมีประวัติตามเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ณ โรงพยาบาลตระการพืชผล ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569 จำนวนเริ่มต้น 56 คน ติดตามผลได้ครบทั้งสิ้น 50 คน ซึ่งเป็นเพศชายทั้งหมด แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับยาฉีด LAIs จำนวน 25 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาแบบรับประทาน (non-LAIs) จำนวน 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรง จำนวนครั้งของอาการกำเริบ (ER visit/IPD) และแบบประเมินความสามารถโดยรวม (GAF) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test, Independent t-test, ANCOVA และ Multivariable logistic regression

ผลการศึกษา หลังการติดตาม 6 เดือน กลุ่มที่ได้รับยาฉีด LAIs มีจำนวนครั้งของการก่อความรุนแรงเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3.36 เหลือ 0.08 ครั้ง, $p < 0.001$) ณ เดือนที่ 6 กลุ่มที่ได้รับยาฉีด LAIs มีค่าเฉลี่ยการก่อความรุนแรง 0.08 ครั้ง ขณะที่กลุ่มควบคุม (non-LAIs) มีค่าเฉลี่ย 0.44 ครั้ง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014$) และกลุ่มที่ได้รับยาฉีด LAIs มีคะแนน GAF เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (71.28 เทียบกับ 46.68, $p < 0.001$) โดยกลุ่ม LAIs มีโอกาสควบคุมพฤติกรรมรุนแรงได้ดีกว่ากลุ่มยาแบบรับประทานถึง 19.24 เท่า (95% CI: 1.65 – 224.35, $p = 0.018$) และมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน น้อยกว่ากลุ่มยาแบบรับประทาน 17.35 เท่า (95% CI: 1.84 – 162.92, $p = 0.012$) สำหรับความปลอดภัย ไม่พบความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงระหว่างสองกลุ่ม ($p = 0.312$)

สรุป ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) มีแนวโน้มลดพฤติกรรมรุนแรง ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และมีระดับความสามารถโดยรวม (GAF) ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาแบบรับประทาน โดยมีความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน ภายหลังการติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน ในสถานการณ์จริงที่มีการแพร่ระบาดของสารเสพติด ผู้ป่วยยังคงเสพยา ตลอดจนมีข้อจำกัดด้านบุคลากรเฉพาะทาง ยาฉีด LAIs อาจเป็นทางเลือกในการรักษาที่มีคุณค่าสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผลการศึกษานี้สนับสนุนให้พิจารณาขยายการเข้าถึงการใช้ยาฉีด LAIs เพื่อลดอันตรายและเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนเป็นข้อมูลสำคัญสะท้อนบริบทจริงประกอบการกำหนดนโยบายและการพัฒนาระบบป้องกันความรุนแรงในอนาคต

คำสำคัญ พฤติกรรมรุนแรง ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน โรคจิตจากสารเสพติด จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประสิทธิภาพการรักษา

Corresponding author: ทรงพล โสตนงค์

โรงพยาบาลตระการพืชผล

E-mail: sosong2554@gmail.com

วันรับ 5 พฤษภาคม 2569 วันแก้ไข 9 กรกฎาคม 2569 วันตอบรับ 14 กรกฎาคม 2569

Effectiveness of Long-Acting Injectable Antipsychotics in Managing Violence among Patients with Co-Occurring Substance-Induced Psychotic Disorder and Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V)

Songpon Lodthanong*

*Trakanphuetphon Hospital

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness and safety of long-acting injectable antipsychotics (LAIs) compared to oral antipsychotics in controlling violent behavior, reducing relapse, and improving global functioning among patients with substance-induced psychotic disorder (SIPD) who are at high risk to violence (SMI-V).

Methods: This quasi-experimental study employed a non-randomized two-group pre-posttest design with a 6-month follow-up. Participants were recruited using purposive sampling from patients aged 15 – 65 years diagnosed with substance-induced psychotic disorder (SIPD) who met the criteria for serious mental illness with high risk of violence (SMI-V) at Trakanphuetphon Hospital between October 2025 and May 2026. Of the 56 patients initially enrolled, 50 completed the study, all of whom were male. Participants were divided into an LAI group (n = 25) and a control group (non-LAIs/oral medication, n = 25). Assessment tools included violent incidents, psychiatric relapse requiring emergency department visits or hospitalization (ER/IPD), and the global assessment of functioning (GAF) scale. Data were analyzed using paired t-tests, independent t-test, ANCOVA, and multivariable logistic regression.

Results: After 6 months, the LAI group demonstrated a significant reduction in mean violent incidents (from 3.36 to 0.08, $p < 0.001$). At the 6-month follow-up, the mean violent incidents in the LAI group (0.08) were significantly lower than in the control group (0.44) ($p = 0.014$). The LAI group also achieved significantly higher GAF scores than the control group (71.28 vs. 46.68, $p < 0.001$). Furthermore, the LAI group was 19.24 times more likely to successfully control violent behavior (95% CI: 1.65 – 224.35, $p = 0.018$) and 17.35 times less likely to be readmitted to the hospital or visit the emergency department (95% CI: 1.84 – 162.92, $p = 0.012$). Regarding safety, no significant difference in the incidence of serious adverse events was observed between the two groups ($p = 0.312$).

Conclusion: Patients with SIPD who were at high risk of violence (SMI-V) and received LAIs demonstrated a greater reduction in violent behaviors, lower rates of psychiatric relapse requiring rehospitalization, and greater improvement in overall functioning (GAF) compared with those receiving oral antipsychotics after 6 months of follow-up, with no significant difference in safety outcomes between treatment groups. In real-world settings characterized by widespread substance use, ongoing substance consumption among patients, and limitations in specialized mental health personnel, LAIs may represent a valuable therapeutic option for this high-risk population. These findings support consideration of expanding access to long-acting injectable antipsychotics to reduce harm and improve the safety of patients, families, communities, and society, while providing preliminary real-world evidence to inform mental health policy development and future violence prevention strategies.

Keywords: violent behavior, long-acting injectable antipsychotics (LAIs), substance-induced psychotic disorder, serious mental illness with high risk to violence (SMI-V), treatment effectiveness

Corresponding author: Songpon Lodthanong

E-mail: sosong2554@gmail.com

Received: 5 May 2026 Revised: 9 July 2026 Accepted: 14 July 2026

บทนำ

ปัญหาสารเสพติดเป็นวิกฤตสาธารณสุขสำคัญระดับโลก ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ความมั่นคง และเศรษฐกิจ^{1,2} ข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติระบุว่า ในปี 2020 ประชากรกว่า 275 ล้านคน ใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิด และในจำนวนนี้มีกว่า 36 ล้านคน ที่ประสบภาวะใช้สารเสพติดร่วมกับปัญหาสุขภาพจิต² สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ดังกล่าวยังคงทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อหลายมิติของสังคม³ ไม่เพียงแต่ปัญหาสุขภาพของผู้เสพแต่อาจนำไปสู่ปัญหาทางจิตเวชตลอดจนการติดเชื้อต่างๆ ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างรุนแรง⁴ ผู้เสพที่อยู่ในวัยทำงานจะสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน ก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจ และยังส่งผลกระทบต่อเพิ่มงบประมาณของรัฐในการบำบัดรักษาและฟื้นฟู^{5,6} ปัญหาครอบครัว ความรุนแรงและอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดเป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อความสงบสุข ความปลอดภัยของชุมชนและสังคม⁴ ปัญหาการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorder; SUD) มีความสัมพันธ์อย่างซับซ้อนกับพฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรง⁷ เป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่ท้าทายและสำคัญอย่างยิ่ง ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม และระบบการรักษา^{7,8} โดยเฉพาะโรคจิตจากสารเสพติด (Substance-Induced Psychotic Disorder; SIPD) ซึ่งเป็นตัวเร่งสำคัญของพฤติกรรมเหล่านี้⁸ การใช้สารกระตุ้น เช่น แอมเฟตามีนหรือโคเคน สามารถทำให้เกิดอาการทางจิตเฉียบพลันหรือแม้แต่โรคจิตจากสารเสพติด เช่น อาการหวาดระแวง หูแว่ว หรือภาพหลอน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญในการก่อความรุนแรงและก้าวร้าว^{7,9} การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการใช้สารเสพติดเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดสำหรับการก่อความรุนแรง⁹ ผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตที่เกิดจากสารเสพติดมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตแต่ไม่ได้ใช้สารเสพติด¹⁰ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องและไม่ได้เข้ารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มพฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ^{10,11} การไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องทำให้ควบคุมอาการทางจิตได้ยากนำไปสู่การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และสร้างวงจรที่ไม่สิ้นสุดของพฤติกรรมรุนแรง ตลอดจนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง¹² ในประเทศไทยมีการกำหนดนโยบายและระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence; SMI-V)

โดยมีเกณฑ์ได้แก่ มีประวัติทำร้ายตนเองอย่างรุนแรงโดยมีเจตนาให้เสียชีวิต มีประวัติทำร้ายผู้อื่นอย่างรุนแรงหรือก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัวหรือสะท้อนขวัญในชุมชน มีอาการหลงผิดหรือความคิดที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง) ซึ่งมักพบในกลุ่มที่เป็นโรคจิตจากสารเสพติดอยู่ในลำดับต้นๆ นอกเหนือจากกลุ่มจิตเภท¹³ การจัดการที่มุ่งเน้นการเพิ่มการรักษาให้ต่อเนื่องมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในขณะที่ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (Long-Acting Injectable Antipsychotics; LAIs) มีข้อบ่งชี้และได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการลดปัญหาการขาดยา และเพิ่มการรักษาต่อเนื่องสำหรับโรคจิตเภทเป็นหลัก^{12,14} แม้จะยังไม่มี การรับรองอย่างเป็นทางการจากสถาบันต่างๆ หรือข้อมูลการศึกษาประสิทธิผลของยาดังกล่าวในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดยังจำกัด แต่ในทางปฏิบัติมีการใช้ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดอย่างกว้างขวางหลายระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ไปจนถึงโรงพยาบาลจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีอาการทางจิตรุนแรง พฤติกรรมก้าวร้าว ก่อความรุนแรงตลอดจนมีอาชญากรรมร่วม การเลือกศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ที่มีภาวะ SMI-V เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักอาศัยอยู่ร่วมกับเด็ก ผู้หญิง และผู้สูงอายุ หรือกลุ่มเปราะบางในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลหลักมักขาดศักยภาพในการดูแล รับประทานยา และควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรงในครอบครัว^{13,20} ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีพฤติกรรมเสพสารหนักและเสพเป็นประจำ จนหลายครั้งแทบจะไม่พบช่วงเว้นว่างจากการเสพสารเกิน 1 เดือน ขาดความตระหนักรู้โรค (poor insight) และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบต่อเนื่องและก่อความรุนแรงได้บ่อย^{14,22} นอกจากการเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (treatment adherence) แล้ว ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ยังช่วยให้ระดับยาในกระแสเลือดมีความคงที่ ลดความผันผวนของระดับยา (peak-trough fluctuation) และลดโอกาสการหยุดยาโดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการกำเริบของอาการทางจิต พฤติกรรมก้าวร้าว และการกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) จึงมีศักยภาพในการช่วยควบคุมอาการทางจิต ลดความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้ว่าหลักฐานเชิงประจักษ์เฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ยังมี

อยู่จำกัดก็ตาม^{17,19,20} ในขณะที่บริบทต่างจังหวัดมีจำนวนจิตแพทย์ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับเขตเมืองหรือบริบทต่างประเทศ การใช้ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) จึงถูกนำมาใช้ในทางปฏิบัติอย่างแพร่หลายเพื่อจัดการความซับซ้อนของปัญหาทั้งในแง่การรักษาอาการทางจิตและการป้องกันอุบัติการณ์ความรุนแรงในชุมชนภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ^{6,26}

การใช้ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) จึงเป็นกลยุทธ์ที่มีศักยภาพในการช่วยควบคุมอาการทางจิตที่เกิดจากสารเสพติด และลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อีกทั้งข้อมูลที่มีประสิทธิผลของยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดยังคงมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทย^{15,16} การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงยังเป็นไปได้ยาก เนื่องจากข้อจำกัดด้านจริยธรรมและปัจจัยด้านการปฏิบัติ¹⁵ โรงพยาบาลตระการพิรุณเป็นโรงพยาบาลทั่วไป และมีหอผู้ป่วยบำบัดสารเสพติดเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดในระดับสูง และมีผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรสุขภาพจิตเฉพาะทางทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นความท้าทายของระบบบริการการวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ในการลดพฤติกรรมรุนแรง การกลับมารักษาซ้ำ และการฟื้นตัวของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์และเป็นส่วนสนับสนุนในการพัฒนาระบบบริการและกำหนดนโยบายด้านสุขภาพจิตในบริบทของประเทศไทย ตลอดจนเป็นแนวทางการดูแลรักษาทางคลินิก เพื่อลดอันตรายและเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคมต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาและประชากร

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบ two-group pretest–posttest design ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 ณ โรงพยาบาลตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 170 เตียง และมีหอผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด

(มินิธัญญารักษ์) จำนวน 22 เตียง สำหรับดูแลผู้ป่วยในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงในเขตสุขภาพที่ 10

ประชากรศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 15 – 65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตจากสารเสพติด (Substance-Induced Psychotic Disorder; SIPD) ตามเกณฑ์ ICD-10 รหัส F1x.5 โดยจิตแพทย์ และมีประวัติเข้าตามเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence; SMI-V)¹³ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังภาพที่ 1

เกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข		
V1		มีประวัติทำร้ายตนเองอย่างรุนแรง โดยมีเจตนาให้เสียชีวิต
V2		มีประวัติทำร้ายผู้อื่นอย่างรุนแรง หรือก่อเหตุที่ทำให้เกิดความหวาดกลัวในชุมชน
V3		มีอาการหลงผิดหรือความคิดที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นถึงแก่ชีวิต
V4		มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง เช่น พยายามฆ่า ช่มชู้ หรือวางเพลิง

ภาพที่ 1 เกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรง หญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารอย่างรุนแรง ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือมีข้อมูลทางการแพทย์ไม่เพียงพอสำหรับการติดตามผล เนื่องจากผู้ป่วยในชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีความปลอดภัยจากการใช้สารเสพติดอย่างชัดเจน การวินิจฉัยแยกโรคระหว่างโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) และโรคจิตเภท จึงอาศัยการประเมินโดยจิตแพทย์ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยบำบัดสารเสพติดเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ซึ่งเป็นช่วงที่สามารถควบคุมการใช้สารเสพติดได้ (drug-free period) โดยเกณฑ์สนับสนุนการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ได้แก่ อาการทางจิตลดลงอย่างชัดเจนหลังหยุดใช้สารและได้รับการรักษา รวมทั้งไม่พบอาการด้านลบ (negative symptoms) ที่เด่นชัด ทั้งนี้มีการติดตามอาการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความคงที่ของการวินิจฉัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการจัดกลุ่ม

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบสัดส่วน

การก่อความรุนแรงซ้ำระหว่างสองกลุ่ม โดยอ้างอิงจากการศึกษาที่เกี่ยวข้อง^{17,18} กำหนดสัดส่วนการเกิดเหตุซ้ำในกลุ่มทดลองเท่ากับ 0.40 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.77 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (power) ร้อยละ 95 ตามสูตรของ Schlesselman ดังนี้

$$n = \frac{\{Z_{\alpha/2}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 25 ราย รวมทั้งสิ้น 50 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างติดตามผล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คิดเป็นจำนวนที่ต้องเก็บข้อมูลจริง 56 ราย (กลุ่มละ 28 ราย) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการจัดกลุ่มรักษาไม่ได้เป็นการสุ่ม (non-randomized allocation) แต่เป็นไปตามดุลยพินิจทางคลินิกของจิตแพทย์ผู้รักษา และความเหมาะสมของผู้ป่วยในสถานการณ์จริง แม้ว่าจะมีการพยายามจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามลักษณะทางคลินิกที่สำคัญก่อนการศึกษา แต่เนื่องจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในสถานการณ์บริการจริง (purposive sampling) จึงยังคงพบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานบางประการระหว่างกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดแบบออกฤทธิ์นานมีแนวโน้มได้รับการพิจารณาให้รักษาเนื่องจากมีความรุนแรงของโรคสูงกว่า มีประวัติขาดยาหรือมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและก่อความรุนแรงมากกว่า ซึ่งสะท้อนการตัดสินใจรักษาตามเวชปฏิบัติปกติ อีกทั้งการศึกษานี้ไม่สามารถปกปิดชนิดของการรักษาได้ เนื่องจากการศึกษาที่ดำเนินการในสถานการณ์บริการจริง (real-world study) ผู้ประเมินคะแนน GAF และผู้บันทึกข้อมูลทางคลินิกสามารถทราบชนิดของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจากเวชระเบียน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลพฤติกรรมรุนแรง การกลับมารักษาซ้ำ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เก็บจากข้อมูลเวชระเบียน การสัมภาษณ์ และฐานข้อมูลของโรงพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า และมีการตรวจสอบ (audit) ความสอดคล้องของข้อมูลโดยจิตแพทย์ก่อนการวิเคราะห์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กลุ่มทดลองได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ haloperidol decanoate, fluphenazine decanoate หรือ flupentixol decanoate โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อบริเวณต้นแขนหรือสะโพกตามขนาดมาตรฐานร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานทางจิตเวช

ซึ่งอาจมีารับประทานร่วมตามความเหมาะสม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามแนวทาง biopsychosocial model เช่นเดียวกัน แต่ใช้เฉพาะยารักษาอาการทางจิตแบบรับประทาน ได้แก่ perphenazine, haloperidol หรือ risperidone โดยมีการปรับขนาดยาตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน การให้ยาฉีด LAIs ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ถือเป็นการใช้ยานอกข้อบ่งใช้ (off-label use) ซึ่งดำเนินการภายใต้ดุลยพินิจของจิตแพทย์ตามบริบทการรักษาจริง และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการก่อความรุนแรง การเข้ารับบริการ ห้องฉุกเฉิน การนอนโรงพยาบาล และข้อมูลการรักษา
2. แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale; GAF) ใช้ประเมินระดับการทำหน้าที่ด้านจิตใจ สังคม และอาชีพ มีคะแนนตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน โดยคะแนนสูงสะท้อนระดับการทำหน้าที่ที่ดีกว่า เครื่องมือนี้นี้มีความเที่ยง (reliability) เท่ากับ 0.85¹⁹ ประเมินโดยแพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย โดยก่อนเริ่มการศึกษาได้ชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลและแนวทางการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีจิตแพทย์ตรวจสอบ (audit) ความสอดคล้องของคะแนน GAF และข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วยทุกรายก่อนการวิเคราะห์
3. แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยใช้การเฝ้าระวังเชิงรุก (active surveillance) ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาหรือตรวจตามนัด เพื่อประเมิน severe extrapyramidal side effects (EPS) และอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญอื่นๆอย่างเป็นระบบโดยจิตแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชหรือยาเสพติด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นตอนเตรียมการและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

- โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงทบทวนข้อมูลเวชระเบียน
2. ขั้นตอนการทดลอง: ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดการวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิในการถอนตัวจากการศึกษาโดยสมัครใจ ก่อนลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยสำหรับผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปีได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองร่วมกับการยินยอมเข้าร่วมจากผู้ป่วย (assent) กลุ่มทดลองได้รับ LAIs อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน พร้อมการติดตามอาการและผลข้างเคียงเป็นระยะ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยยาปรับประพจน์ตามมาตรฐานการรักษาทางจิตเวช
 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล: ดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด (มินิธัญญารักษ์) และคลินิกยาเสพติด โดยก่อนเริ่มการศึกษาได้ชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลและแนวทางการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน คะแนน GAF ประเมินโดยแพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนข้อมูลพฤติกรรมรุนแรงและการกลับมารักษาซ้ำรวบรวมจากเวชระเบียนการสัมภาษณ์และฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ทั้งนี้มีจิตแพทย์ตรวจสอบ (audit) ความสอดคล้องของคะแนน GAF และข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วยทุกรายก่อนการวิเคราะห์
 4. ขั้นตอนประเมินผล: ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินคะแนน GAF จำนวนครั้งของพฤติกรรมรุนแรง จำนวนครั้งของอาการกำเริบที่ต้องเข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยจิตเวช และอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ระยะเวลา 1 เดือน, 3 เดือน และ 6 เดือนหลังเริ่มการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มโดยใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่มและ Independent t-test สำหรับข้อมูลต่อเนื่องตามความเหมาะสม การเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายในกลุ่มก่อนและหลังการรักษาใช้ Paired t-test ส่วนการเปรียบเทียบ

ผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มภายหลังการรักษา โดยควบคุมค่าพื้นฐานก่อนการรักษา ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance; ANCOVA) การวิเคราะห์หีบัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำหรือการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ใช้ Multiple logistic regression และรายงานค่า Odds Ratio (OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง: การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2568 รหัสโครงการ SSJ.UB 09.009 เลขที่รับรอง SSJ.UB 2568-09.009 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการอธิบายรายละเอียดการศึกษาและลงนามในเอกสารยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 56 ราย ระหว่างการติดตามพบผู้ป่วยสูญหายจากการติดตามจำนวน 6 ราย เนื่องจากย้ายที่อยู่หรือไม่สามารถติดต่อได้ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่วิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 50 ราย โดยเป็นเพศชายทั้งหมด แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) จำนวน 25 ราย และกลุ่มที่ได้รับการรักษาอาการทางจิตชนิดรับประทาน (non-LAIs) จำนวน 25 ราย

1. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 34.22 ± 11.12 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 82.0 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.0 สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือเมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 46.0 รองลงมาคือการใช้สารหลายชนิดร่วมกัน ร้อยละ 40.0 โดยส่วนใหญ่เป็นการใช้เมทแอมเฟตามีนร่วมกับแอลกอฮอล์หรือกัญชา ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าตามเกณฑ์ SMI-V ประเภท V2 คือมีประวัติทำร้ายผู้อื่นอย่างรุนแรงหรือก่อเหตุที่ทำให้เกิดความหวาดกลัวในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 90.0 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่ม LAIs และกลุ่ม non-LAIs พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรด้านประชากรศาสตร์และลักษณะทางคลินิกส่วนใหญ่ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภทของสารเสพติด และประเภทของ SMI-V ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่ม

มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการศึกษา อย่างไรก็ตาม กลุ่ม LAIs มีแนวโน้มมีความรุนแรงทางคลินิกเริ่มต้นสูงกว่า โดยมีจำนวนครั้งของพฤติกรรมรุนแรงและอาการกำเริบก่อนเริ่มรักษาสูงกว่ากลุ่ม non-LAIs ตามตารางที่ 1

2. ประสิทธิภาพภายในกลุ่มก่อนและหลังการรักษา

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายในแต่ละกลุ่มก่อนและหลังการรักษา พบว่ากลุ่มที่ได้รับ LAIs มีจำนวนครั้งของพฤติกรรมรุนแรงและจำนวนครั้งของอาการกำเริบที่ต้องเข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยจิตเวชลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการติดตามครบ 6 เดือน ($p < 0.05$) นอกจากนี้ คะแนนความสามารถโดยรวม (GAF) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาติดตาม ในกลุ่ม non-LAIs พบว่าคะแนน GAF มีแนวโน้มดีขึ้นในช่วงเดือนแรกของการรักษา อย่างไรก็ตาม ระดับการทำหน้าที่โดยรวมลดลงในระยะติดตามเดือนที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม LAIs ตามตารางที่ 2

3. การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างกลุ่ม

3.1 พฤติกรรมรุนแรงและอาการกำเริบ

ก่อนเริ่มการศึกษา กลุ่ม LAIs มีจำนวนครั้งเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรงและอาการกำเริบสูงกว่ากลุ่ม non-LAIs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$ และ $p = 0.002$ ตามลำดับ) ภายหลังการติดตามผล พบว่ากลุ่ม LAIs มีแนวโน้มตอบสนองต่อการรักษาดีกว่า ตามตารางที่ 3 โดย

- ที่ระยะ 3 และ 6 เดือน กลุ่ม LAIs มีจำนวนครั้งเฉลี่ยของพฤติกรรมรุนแรงต่ำกว่ากลุ่ม non-LAIs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.046$ และ $p = 0.014$ ตามลำดับ)
- ที่ระยะ 6 เดือน กลุ่ม LAIs มีจำนวนครั้งของอาการกำเริบที่ต้องเข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่ม non-LAIs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$)

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแม้กลุ่ม LAIs จะมีความรุนแรงของอาการเริ่มต้นสูงกว่า แต่ภายหลังการรักษากลับมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาปรับประทุกัน ดังภาพที่ 2

3.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิก
การวิเคราะห์ Multiple logistic regression โดยควบคุม

ปัจจัยกวนที่สำคัญ พบว่า ณ ระยะติดตาม 6 เดือน กลุ่ม LAIs มีโอกาสควบคุมพฤติกรรมรุนแรงได้ดีกว่ากลุ่ม non-LAIs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี Adjusted Odds Ratio (AOR) เท่ากับ 19.24 (95% CI: 1.65 – 224.35, $p = 0.018$) นอกจากนี้ กลุ่ม LAIs ยังมีโอกาสเกิดอาการกำเริบจนมารับการรักษาในโรงพยาบาล (emergency room visit/ in-patient department : ER visit/ IPD) น้อยกว่ากลุ่ม non-LAIs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี AOR เท่ากับ 17.35 (95% CI: 1.84 – 162.92, $p = 0.012$) ตามตารางที่ 4

4. การเปรียบเทียบความสามารถโดยรวม (GAF Score)

การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยควบคุมค่าคะแนน GAF ก่อนเริ่มการรักษา พบว่าในเดือนที่ 1 คะแนน GAF ระหว่างทั้งสองกลุ่มยังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ที่ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน กลุ่ม LAIs มีคะแนน GAF สูงกว่ากลุ่ม non-LAIs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามภาพที่ 2 โดยที่ระยะ 6 เดือน กลุ่ม LAIs มีค่าเฉลี่ยคะแนน GAF เพิ่มขึ้นจาก baseline 48.68 คะแนน ขณะที่กลุ่ม non-LAIs เพิ่มขึ้นเพียง 9.68 คะแนน แสดงถึงการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่โดยรวมที่ดีกว่าในกลุ่มที่ได้รับ LAIs ตามตารางที่ 5

5. ความปลอดภัยและผลข้างเคียงรุนแรงจากการรักษา (safety and serious adverse events)

ผลข้างเคียงรุนแรงในการศึกษานี้เฝ้าระวังตามเกณฑ์ serious adverse events ได้แก่ ภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือก่อให้เกิดความพิการ เช่น neuroleptic malignant syndrome (NMS), acute dystonia หรือ anaphylaxis จากการติดตามตลอดระยะเวลา 6 เดือน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอุบัติการณ์ผลข้างเคียงรุนแรงระหว่างกลุ่ม LAIs และกลุ่ม non-LAIs ($p = 0.312$)

ในช่วง 1 และ 3 เดือนแรก ไม่พบผลข้างเคียงรุนแรงในกลุ่ม LAIs ขณะที่กลุ่ม non-LAIs พบ acute dystonia จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 4.0) ต่อมาในระยะ 6 เดือน พบ acute dystonia ในกลุ่ม LAIs จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 4.0) และไม่พบรายงานผลข้างเคียงรุนแรงเพิ่มเติมในกลุ่ม non-LAIs โดยรวม อุบัติการณ์ของผลข้างเคียงรุนแรงตลอดการศึกษาพบในอัตราต่ำ และไม่พบความแตกต่างระหว่างรูปแบบการรักษาทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่เกิด

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	กลุ่ม non-LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	ทั้งหมด ร้อยละ (n = 50)	P-value
เพศ ชาย	25 (100.0)	25 (100.0)	50 (100.0)	
อายุ (ปี) Mean $\pm$ SD	33.68 $\pm$ 10.11	34.76 $\pm$ 12.24	34.22 $\pm$ 11.12	0.735
สถานภาพ				
โสด (ไม่มีคู่)	21 (84.00)	20 (80.00)	41 (82.00)	1.000
คู่	4 (16.0)	5 (20.00)	9 (18.00)	
การศึกษา				
ไม่ได้เรียนต่ำกว่าประถมศึกษา	1 (4.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	0.634
ประถมศึกษา	8 (32.00)	6 (24.00)	14 (28.00)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	13 (52.00)	12 (48.00)	25 (50.00)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3 (12.00)	6 (24.00)	9 (18.00)	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	0 (0.00)	1 (4.00)	1 (2.00)	
อาชีพ				
พนักงานเอกชน	0 (0.00)	2 (8.00)	2 (4.00)	0.502
เกษตรกร	14 (56.0)	15 (60.00)	29 (58.00)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงาน	7 (28.00)	4 (16.00)	11 (22.00)	
นักเรียน/นักศึกษา	0 (0.00)	1 (4.00)	1 (2.00)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4 (16.00)	3 (12.00)	7 (14.00)	
รายได้ Mean $\pm$ SD	3,376.00 $\pm$ 4,631.8	5,380.00 $\pm$ 5,130.10	4,378.00 $\pm$ 4,941.96	0.153
สิทธิ์การรักษา				
บัตรทอง	24 (96.00)	23 (92.00)	47 (94.00)	1.000
ผู้พิการ	1 (4.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	
ทหารเกณฑ์	0 (0.00)	1 (4.00)	1 (2.00)	
ประกันสังคม	0 (0.00)	1 (4.00)	1 (2.00)	
ประเภทของ SIM-V				
V1 (ทำร้ายตนเองรุนแรง)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.414
V2 (ทำร้ายร่างกายผู้อื่น)	21 (84.00)	24 (96.00)	45 (90.00)	
V3 (หลงผิด/คิดทำร้ายผู้อื่น)	1 (4.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	
V4 (อาชญากรรม)	1 (4.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	
Multiple V (หลายประเภท)	2 (8.00)	1 (4.00)	3 (6.00)	
อาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษา				
หลงผิด	16 (64.00)	15 (60.00)	31 (62.0)	0.771
ภาพหลอน	12 (48.00)	8 (32.00)	20 (40.00)	0.248
การพูด/พฤติกรรมผิดปกติ	11 (44.00)	17 (68.00)	28 (56.00)	0.087
เสี่ยงแหว่	21 (84.00)	19 (76.00)	40 (80.00)	0.480

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	กลุ่ม non-LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	ทั้งหมด ร้อยละ (n = 50)	P-value
มีโรคประจำตัว	2 (8.00)	0 (0.00)	2 (4.00)	0.490
การวินิจฉัย (โรคจิตจากสารเสพติด)				
F105 (alcohol)	1 (4.00)	3 (12.00)	4 (8.00)	0.188
F125 (cannabis)	3 (12.00)	0 (0.00)	3 (6.00)	
F155 (amphetamine)	13 (52.00)	10 (40.00)	23 (46.00)	
F195 (multiple substances)	8 (32.00)	12 (48.00)	20 (40.00)	
ระยะเวลาที่เคยเลิกสารได้นานที่สุด (เดือน) Mean $\pm$ SD	10.32 $\pm$ 16.89	7.72 $\pm$ 9.67	9.02 $\pm$ 13.69	0.507
มีประวัติอาชญากรรม	5 (20.00)	2 (8.00)	7 (14.00)	0.417
ต้องมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน	8 (32.00)	6 (24.00)	14 (28.00)	0.754
ผู้ที่ช่วยให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์				
ตนเอง	3 (12.00)	6 (24.00)	9 (18.00)	0.463
ผู้ดูแลหรือญาติ	22 (88.00)	19 (76.00)	41 (82.00)	
ได้รับยาแบบรับประทานขนาดสูง	0 (0.0)	2 (8.00)	2 (4.00)	0.490
ขาดการยอมรับความเจ็บป่วย	14 (56.00)	11 (44.00)	25 (50.00)	0.572
มีประวัติได้ยาไม่สม่ำเสมอ/ขาดยา	15 (60.00)	12 (48.00)	27 (54.00)	0.571
มีประวัติติดตามรักษาไม่สม่ำเสมอ	12 (48.00)	13 (52.00)	25 (50.00)	0.777
มีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ	3 (12.00)	2 (8.00)	5 (10.00)	1.000

ผลข้างเคียงสามารถรักษาอาการได้และกลับสู่ภาวะปกติอย่างรวดเร็ว ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้ยาฉีด LAIs ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ที่มี SMI-V มีความปลอดภัยไม่แตกต่างกับการรักษาด้วยยาแบบรับประทานในการศึกษาครั้งนี้

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และได้รับการรักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) มีแนวโน้มลดพฤติกรรมรุนแรง ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และมีระดับการทำหน้าที่โดยรวมดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาแบบรับประทานหลังติดตามผล 6 เดือน แม้ว่ากลุ่มที่ได้รับยาฉีด LAIs จะมีความรุนแรงทางคลินิกตั้งแต่เริ่มต้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมก็ตาม ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดว่ายาฉีด LAIs อาจเป็นทางเลือกที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษา และมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในบริบทการรักษาจริง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Pavel Mohr และคณะ²⁰ ที่ระบุว่ายาฉีด LAIs มีบทบาทสำคัญในการลดอุบัติการณ์ทางอาชญากรรมและความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช เช่นเดียวกับการศึกษาของ Alexandria S Coles และคณะ²² ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดร่วม (dual diagnosis) พบว่า LAIs ช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและพฤติกรรมรุนแรงได้ดีกว่าเนื่องจากสามารถรักษาระดับยาในเลือดให้คงที่และขจัดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (medication non-adherence) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการก่อความรุนแรง มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยในประเทศไทย¹³

ประเด็นสำคัญเชิงคลินิก คือ กลุ่มที่ได้รับยาฉีด LAIs มีจำนวนครั้งการก่อพฤติกรรมรุนแรงลดลงอย่างชัดเจน (เมื่อถึงเดือนที่ 6) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression พบว่ากลุ่ม LAIs มีโอกาสควบคุมความรุนแรงได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยาแบบรับประทาน แม้ว่าในระยะเริ่มแรกกลุ่ม LAIs จะมีพื้นฐานของพฤติกรรมรุนแรงที่สูงกว่า และคะแนน GAF ที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนครั้งเฉลี่ยที่ก่อพฤติกรรมรุนแรง อาการกำเริบ (ER visit/ IPD**) และคะแนน GAF ก่อนและหลังได้รับการบำบัด ภายในแต่ละกลุ่ม

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	Difference between means (95% CI)	p-value
การก่อพฤติกรรมรุนแรง (กลุ่ม LAIs)				
ก่อนได้รับยาฉีด LAIs	3.36	2.39		
หลังได้รับยาฉีด LAIs 1 เดือน	0.04	0.20	-3.32 (-4.31 – -2.32)	<0.001
หลังได้รับยาฉีด LAIs 3 เดือน	0.04	0.20	-3.32 (-4.31 – -2.33)	<0.001
หลังได้รับยาฉีด LAIs 6 เดือน	0.08	0.27	-3.28 (-4.23 – -2.32)	<0.001
อาการกำเริบ (ER visit/ IPD) (กลุ่ม LAIs)				
ก่อนได้รับยาฉีด LAIs	2.04	1.64		
หลังได้รับยาฉีด LAIs 1 เดือน	0.04	0.20	-2.00 (-2.68 – -1.31)	<0.001
หลังได้รับยาฉีด LAIs 3 เดือน	0.08	0.27	-1.96 (-2.67 – -1.24)	<0.001
หลังได้รับยาฉีด LAIs 6 เดือน	0.08	0.27	-1.96 (-2.63 – -1.28)	<0.001
คะแนน GAF (กลุ่ม LAIs)				
ก่อนได้รับยาฉีด LAIs	22.60	8.93		
หลังได้รับยาฉีด LAIs 1 เดือน	58.00	11.81	35.40 (27.91 – 42.88)	<0.001
หลังได้รับยาฉีด LAIs 3 เดือน	66.68	6.86	44.08 (40.00 – 48.15)	<0.001
หลังได้รับยาฉีด LAIs 6 เดือน	71.28	7.96	48.68 (44.16 – 53.19)	<0.001
การก่อพฤติกรรมรุนแรง (กลุ่ม non-LAIs)				
ก่อนบำบัด (non-LAIs)	1.64	0.81		
หลังบำบัด (non-LAIs) 1 เดือน	0.24	0.59	-1.40 (-1.75 – -1.04)	<0.001
หลังบำบัด (non-LAIs) 3 เดือน	0.36	0.75	-1.28 (-1.70 – -0.85)	<0.001
หลังบำบัด (non-LAIs) 6 เดือน	0.44	0.65	-1.20 (-1.55 – -0.84)	<0.001
อาการกำเริบ (ER visit/ IPD) (กลุ่ม non-LAIs)				
ก่อนบำบัด (non-LAIs)	0.84	0.85		
หลังบำบัด (non-LAIs) 1 เดือน	0.20	0.50	-0.64 (-1.03 – -0.24)	0.002
หลังบำบัด (non-LAIs) 3 เดือน	0.28	0.61	-0.56 (-0.95 – -0.16)	0.007
หลังบำบัด (non-LAIs) 6 เดือน	0.40	0.57	-0.44 (-0.73 – -0.14)	0.005
คะแนน GAF (กลุ่ม non-LAIs)				
ก่อนบำบัด (non-LAIs)	37	9.01		
หลังบำบัด (non-LAIs) 1 เดือน	54.96	11.84	17.96 (13.00 – 22.91)	<0.001
หลังบำบัด (non-LAIs) 3 เดือน	52.48	13.2	15.48 (10.17 – 20.78)	<0.001
หลังบำบัด (non-LAIs) 6 เดือน	46.68	18.41	9.68 (2.33 – 17.02)	0.011

**ER visit/ IPD = emergency room visit/ in-patient department

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนครั้งที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงและอาการกำเริบ (ER visit/ IPD**) ระหว่างกลุ่มควบคุม (non-LAIs) และกลุ่มทดลอง (LAIs) ก่อนและหลังการบำบัดเดือนที่ 1, 3, และ 6

ตัวแปร	กลุ่ม LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	กลุ่ม non-LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	Difference between means (95% CI)	P-value
การก่อพฤติกรรมรุนแรง				
Baseline	3.36 ± 2.39	1.64 ± 0.81	1.72 (0.70 – 2.73)	0.001
Follow up 1M	0.04 ± 0.20	0.24 ± 0.59	-0.20 (-0.45 – 0.05)	0.118
Follow up 3M	0.04 ± 0.20	0.36 ± 0.75	-0.32 (-0.63 – -0.005)	0.046*
Follow up 6M	0.08 ± 0.27	0.44 ± 0.65	-0.36 (-0.64 – -0.07)	0.014*
อาการกำเริบ (ER visit/ IPD)				
Baseline	2.04 ± 1.64	0.84 ± 0.85	1.20 (0.45 – 1.94)	0.002
Follow up 1M	0.04 ± 0.20	0.20 ± 0.50	-0.16 (-0.37 – 0.05)	0.143
Follow up 3M	0.08 ± 0.27	0.28 ± 0.61	-0.20 (-0.47 – 0.07)	0.144
Follow up 6M	0.08 ± 0.27	0.40 ± 0.57	-0.32 (-0.57 – -0.06)	0.015*

**ER visit/ IPD = emergency room visit/ in-patient department

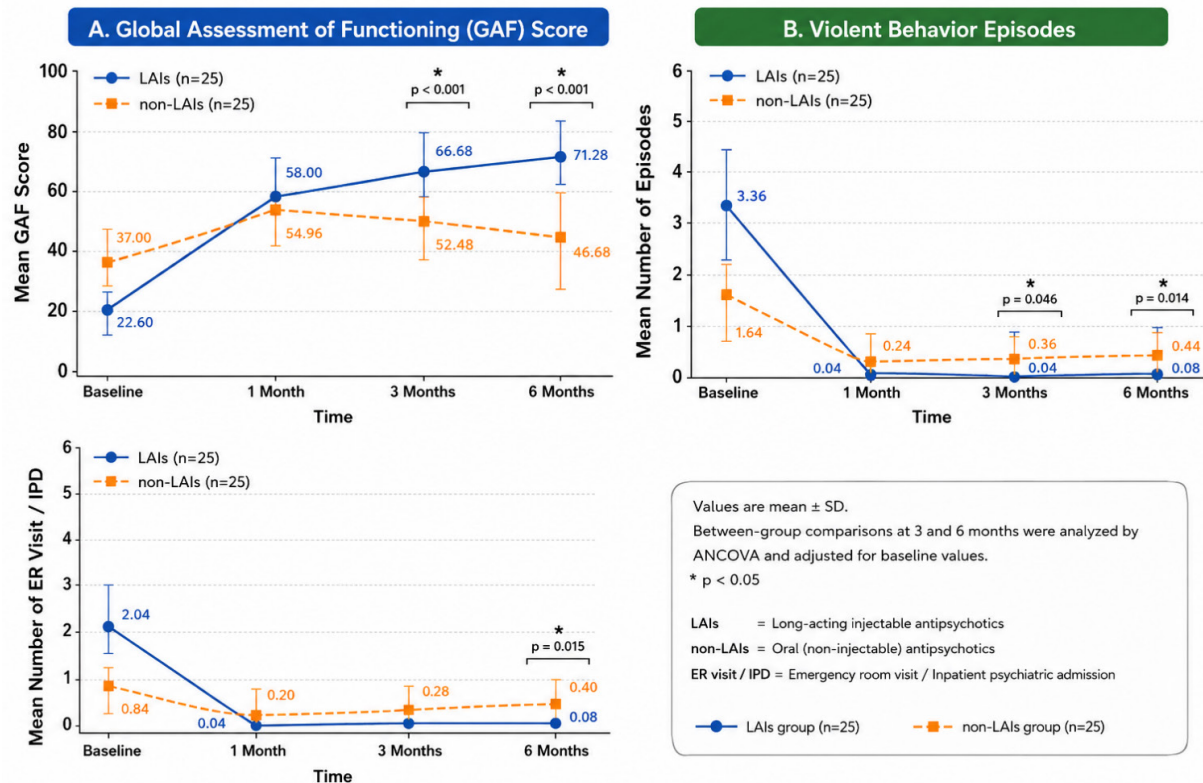
ตารางที่ 4 อัตราส่วนความน่าจะเป็น (Odds Ratio; OR) ต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรงและอาการกำเริบ (ER visit/ IPD**) ระหว่างกลุ่มควบคุม (non-LAIs) และกลุ่มทดลอง (LAIs) ก่อนและหลังการบำบัดเดือนที่ 1, 3, และ 6

ตัวแปร	Crude OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI	P-value
การก่อพฤติกรรมรุนแรง					
หลังการบำบัด 1 เดือน	4.57	0.47 – 44.16	5.87	0.38 – 88.40	0.201
หลังการบำบัด 3 เดือน	7.57	0.83 – 68.46	11.22	0.73 – 171.14	0.082
หลังการบำบัด 6 เดือน	6.46	1.23 – 34.01	19.24	1.65 – 224.35	0.018*
อาการกำเริบ (ER visit/ IPD)					
หลังการบำบัด 1 เดือน	4.57	0.47 – 44.16	4.13	0.34 – 49.65	0.263
หลังการบำบัด 3 เดือน	2.87	0.50 – 16.47	1.91	0.27 – 13.19	0.508
หลังการบำบัด 6 เดือน	6.46	1.23 – 34.01	17.35	1.84 – 162.92	0.012*

**ER visit/ IPD = emergency room visit/ in-patient department

ก็ตาม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่า ยาฉีด LAIs มีบทบาทสำคัญในการลดอาการก้าวร้าว (anti-aggressive effects) และลดอุบัติการณ์ทางอาชญากรรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง²⁰ การที่ระดับยาในเลือดมีความคงที่มากกว่ายารับประทานช่วยลดความผันผวนของอาการทางจิตที่เป็นชนวนเหตุสำคัญของการก่อความรุนแรงได้^{17,20} นอกจากนี้การที่คะแนน GAF ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด

สะท้อนว่าเมื่อสามารถควบคุมอาการทางจิตและความรุนแรงได้ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพทางจิตและสังคมที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด¹⁹ ความท้าทายในการวินิจฉัยแยกโรคและบริหารการเสพยาในชุมชนเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาครั้งนี้ ความแตกต่างระหว่างเกณฑ์วินิจฉัยทางทฤษฎีและสภาวะการณจริงในเวชปฏิบัติ แม้ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) อาการทางจิตควรจะมีทุเลาลงภายใน 1 เดือนหลังหยุดใช้สาร แต่ในสถานการณ์จริงที่มี



ภาพที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนน GAF (กราฟ A: GAF score) ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ก่อพฤติกรรมรุนแรง (กราฟ B: violent behavior episode) และค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่อาการกำเริบ (กราฟ C: ER visit/ IPD) ในระยะ 1, 3 และ 6 เดือน ของกลุ่มควบคุม (non-LAIs) และกลุ่มทดลอง (LAIs)

ตารางที่ 5 ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียวของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุม (non-LAIs) และกลุ่มทดลอง (LAIs) ก่อนและหลังการบำบัดเดือนที่ 1, 3, และ 6

คะแนน GAF	กลุ่ม LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	กลุ่ม non-LAIs ร้อยละ 50 (n = 25)	Difference between means (95% CI)	P-value
Baseline	22.60 $\pm$ 8.93	37.00 $\pm$ 9.01	14.40 (9.29 – 19.50)	<0.001
Follow up 1M	58.00 $\pm$ 11.80	54.96 $\pm$ 11.84	3.04 (-3.68 – 9.76)	0.368
Change score	35.40 $\pm$ 18.13	17.96 $\pm$ 12.01	17.40 (8.69 – 26.18)	<0.001
ANCOVA			1.59 (-10.36 – 7.17)	0.716
Baseline	22.60 $\pm$ 8.93	37.00 $\pm$ 9.01	14.40 (9.29 – 19.50)	<0.001
Follow up 3M	66.68 $\pm$ 6.86	52.48 $\pm$ 13.25	14.20 (8.19 – 20.20)	<0.001
Change score	44.08 $\pm$ 9.86	15.48 $\pm$ 12.84	28.6 (22.08 – 35.11)	<0.001
ANCOVA			19.62 (12.20 – 27.05)	<0.001*
Baseline	22.60 $\pm$ 8.93	37.00 $\pm$ 9.01	14.40 (9.29 – 19.50)	<0.001
Follow up 6M	71.28 $\pm$ 7.96	46.68 $\pm$ 18.41	24.60 (16.53 – 32.66)	<0.001
Change score	48.68 $\pm$ 10.92	9.68 $\pm$ 17.79	39.00 (30.60 – 47.39)	<0.001
ANCOVA			30.30 (20.10 – 40.51)	<0.001*

* กำหนดระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ (ANCOVA)

การแพร่ระบาดของสารเสพติดในชุมชนอย่างกว้างขวาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตกอยู่ในวงจรการเสพติด (recurrent substance use) ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ภาวะหยุดเสพติดได้อย่างเด็ดขาด พฤติกรรมการเสพติดของผู้ป่วยในชุมชนส่งผลให้ยากที่จะเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และหลายครั้งผู้ดูแลก็ไม่สามารถจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้พฤติกรรมรุนแรง (SMI-V) เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยาวนานเกินกว่าระยะเฉียบพลันตามที่ทฤษฎีระบุไว้ ประสิทธิภาพของยาฉีด LAIs ในการศึกษานี้ไม่ได้มาจากการรักษาตัวโรคเพียงอย่างเดียว แต่สิ่งสำคัญคือช่วยรักษาระดับยาในกระแสเลือดให้คงที่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นจุดแข็งที่เหนือกว่ายารักษาแบบรับประทานอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในสถานะที่ผู้ป่วยกลับไปเสพติดหรือมีความไม่สม่ำเสมอในการกินยาอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการเสพติด^{14,22} การที่กลุ่ม LAIs มีโอกาสควบคุมความรุนแรงได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมถึง 19.24 เท่า จึงเป็นการยืนยันว่ายาฉีดสามารถยับยั้งอาการทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้ในสถานะแวดล้อมที่ควบคุมการเข้าถึงสารเสพติดได้ยาก นอกจากนั้น การนอนโรงพยาบาล 1 เดือนในระยะแรกซึ่งมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสพติดจนอาการทางจิตสงบลงอย่างชัดเจน (หลังได้รับยาและหยุดเสพติด) ประกอบกับการตรวจไม่พบอาการด้านลบ (negative symptoms) ที่เด่นชัด รวมถึงมีการติดตามต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน ซึ่งถือเป็นระยะเวลาที่เพียงพอในการประเมินความคงตัวของการวินิจฉัย (diagnostic stability) เป็นการยืนยันวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ถึงแม้ในอนาคตอีกหลายปีอาจมีผู้ป่วยบางรายได้รับการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในภายหลัง แต่ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ในช่วงเวลาที่ความรุนแรงเป็นปัญหาเร่งด่วนทางสังคม การเลือกใช้ยาฉีด LAIs ทำหน้าที่เป็นเกราะคุ้มกันทางยาเป็นกลยุทธ์หลักในการจัดการความเสี่ยงถือเป็นแนวทางที่มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยและสาธารณชน^{20,25,26} การให้ยาฉีด LAIs มีบทบาทสำคัญในการรักษาทั้งอาการทางจิตและลดการก่อความรุนแรงได้อย่างเป็นรูปธรรม แม้ผู้ป่วยจะผ่านกระบวนการบำบัดในโรงพยาบาลจนอาการสงบแล้ว แต่เมื่อกลับไปอาศัยในชุมชนตามบริบทจริง ผู้ป่วยมีโอกาสกลับไปเสพติดซ้ำตามสภาพแวดล้อมซึ่งนำไปสู่การกำเริบของอาการทางจิต^{20,24} ดังนั้น การให้ยาฉีด LAIs จึงเป็นเครื่องมือเชิงรุกที่ช่วยปิดความเสี่ยงในภาวะที่การควบคุมการเข้าถึงสารเสพติดในชุมชนยังเป็นข้อจำกัด^{24,25} การศึกษานี้พบว่ากลุ่ม LAIs มีอัตราการเข้ารับ

การรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD) และห้องฉุกเฉิน (ER) ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่ว่า ยาฉีด LAIs เป็นเครื่องมือเชิงรุกในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse prevention) มากกว่าจะเป็นทางเลือกสุดท้าย²¹ นอกจากนี้ มีรายงานว่า การรับประทานอย่างต่อเนื่องจากยาฉีด LAIs อาจช่วยลดความอยากสารเสพติดและเพิ่มความสามารถในการคิดวิเคราะห์ (cognitive function) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคะแนนความสามารถโดยรวม (GAF score) ที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด (จาก 22.60 เป็น 71.28) ในกลุ่มทดลอง²² ผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับยาฉีด LAIs สามารถควบคุมความรุนแรงได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงความจำเป็นในการใช้ยาฉีดในสถานการณ์จริงของสังคมไทย ซึ่งผู้ป่วยมักมีการเสพติดและเสพติดเป็นประจำจนไม่เกิดช่วงเว้นว่างจากสารเกิน 1 เดือนตามทฤษฎี ส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง (medication adherence) ทำได้ยากและ ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้ แม้ในระยะบำบัด 1 เดือนอาการจะสงบลง แต่เมื่อกลับสู่ชุมชนผู้ป่วยมีโอกาสสูงที่จะกลับไปเสพติดซ้ำตามสภาพแวดล้อมเดิม การใช้ยาฉีด LAIs จึงทำหน้าที่เป็นเกราะคุ้มกันทางยาที่ช่วยลดโอกาสการกำเริบของอาการทางจิต และการก่อความรุนแรงได้ทันเวลาที่ แม้ในสถานะที่ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดเสพติดได้อย่างเด็ดขาด

ด้านความปลอดภัยและการใช้ยาในทางปฏิบัติ แม้การศึกษานี้เกิดขึ้นภายใต้ข้อจำกัดการใช้ยาตามระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ ยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) จึงเป็นยากลุ่มดั้งเดิมทั้งหมด (haloperidol decanoate, fluphenazine decanoate และ flupentixol decanoate) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของผลข้างเคียงที่รุนแรงระหว่างกลุ่ม LAIs และ non-LAIs โดยมีอุบัติการณ์รวมที่ต่ำมาก ซึ่งยืนยันว่าการใช้ยาฉีด LAIs ในผู้ป่วย SMI-V มีความปลอดภัยสูงและเป็นที่ยอมรับได้ (tolerability) สอดคล้องกับการศึกษาในระดับสากลที่พบว่ายาฉีด LAIs ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงเมื่อเทียบกับยารับประทานในขนาดที่เท่ากัน และในบางรายอาจพบผลข้างเคียงด้านระบบประสาทและระบบประสาทอัตโนมัติน้อยกว่าด้วย²³ แม้ในปัจจุบันจะยังไม่มีกรอบการใช้ยาฉีด LAIs ในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) อย่างชัดเจนโดยตรง แต่ในทางปฏิบัติกลับมีการใช้ยาในกลุ่มนี้อย่างแพร่หลายเพื่อควบคุมอาการรุนแรง²⁴ การศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการสนับสนุนประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้ยาฉีด LAIs ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) โดยเฉพาะในมิติของการ

ควบคุมพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งผลการศึกษพบว่ามีความปลอดภัยสูงและไม่เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงแตกต่างจากกลุ่มยาต้านประสาทอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลนี้จะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในการตัดสินใจใช้ยาภายใต้สภาวะวิกฤตที่ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมักอยู่ในระดับต่ำ¹⁴

งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของยาฉีด LAIs มักมุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นหลัก²⁶ ในขณะที่งานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงกลับมีจำกัดอย่างมาก ทั้งที่เป็นปัญหาหลักในระบบสาธารณสุข การวิจัยครั้งนี้จึงถือเป็นนวัตกรรมและเป็นงานวิจัยลำดับแรกๆ ในประเทศไทยที่ศึกษาการใช้ยาฉีด LAIs ในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) โดยตรง ซึ่งช่วยเติมเต็มช่องว่างและสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของยาฉีด LAIs ในการประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความซับซ้อน ซึ่งมักถูกตัดออกจากการวิจัยทางคลินิกส่วนใหญ่²² เกิดประโยชน์ภายใต้บริบทเวชปฏิบัติในสภาวะการณ์จริงของระบบบริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม การนำผลการศึกษาไปใช้เชิงนโยบายควรอาศัยหลักฐานเพิ่มเติมจากการศึกษาที่หลากหลายมากขึ้น ผลการศึกษานี้เป็นอีกข้อมูลที่สนับสนุนการพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในประเทศไทย ตลอดจนช่วยส่งเสริมการเข้าถึงยาฉีด LAIs อย่างเหมาะสม และอาจเป็นข้อพิจารณาหนึ่งของ standard protocol ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงในระบบบริการสุขภาพของประเทศ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการที่ควรพิจารณาในการแปลผลประการแรก เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองในสถานการณ์บริการจริง (real-world study) ที่ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และไม่มี การสุ่มเข้ากลุ่มรักษา ทำให้ข้อมูลพื้นฐานบางประการของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันตั้งแต่เริ่มต้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับยาต้านอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) ซึ่งมีความรุนแรงของอาการและพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่า สะท้อน confounding by indication จากการเลือกใช้ยาในเวชปฏิบัติจริง แม้ว่าจะใช้การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งวิเคราะห์ด้วย ANCOVA และ Multiple logistic regression เพื่อลดผลกระทบดังกล่าวแล้ว แต่อคติจากความแตกต่างตั้งแต่เริ่มต้นและ regression to the mean อาจยังคงมีอยู่

ประการที่สอง จำนวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในช่วงติดตาม 6 เดือน ส่งผลให้ค่า Adjusted Odds Ratio มีช่วงความเชื่อมั่นกว้าง ซึ่งอาจสะท้อน sparse-data bias และความไม่แน่นอนของค่าประมาณ นอกจากนี้ ขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็กอาจส่งผลต่อข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ทางสถิติบางประการ และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ในแต่ละช่วงเวลาด้วยการทดสอบหลายครั้งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อ Type I error เมื่อเทียบกับการใช้แบบจำลองข้อมูลตามยาว เช่น generalized estimating equations (GEE) หรือ mixed-effects models

ประการที่สาม การศึกษาไม่สามารถปกปิดชนิดของการรักษาได้ จึงอาจเกิด observer bias ต่อผลลัพธ์ที่อาศัยการประเมินของผู้ประเมิน เช่น คะแนน GAF แม้ว่าจะมีการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลโดยจิตแพทย์ก่อนการวิเคราะห์ก็ตาม อีกทั้งการรักษาตามมาตรฐาน (treatment as usual) มีความแตกต่างด้านชนิดยา ขนาดยา การใช้ยา ร่วมกับการบำบัดสารเสพติด และการฟื้นฟูทางจิตสังคม ซึ่งอาจเป็น residual confounders ที่ไม่ได้ควบคุมทั้งหมด

ประการที่สี่ ระยะเวลาติดตามเพียง 6 เดือน อาจยังไม่เพียงพอสำหรับการประเมิน diagnostic stability ของโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) และผลไม่พึงประสงค์ระยะยาวของยาฉีด LAIs เช่น tardive dyskinesia หรือความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการวินิจฉัยเปลี่ยนแปลงเป็นโรคจิตเภทหรือโรคในกลุ่ม schizophrenia spectrum ในระยะยาว ซึ่งอาจมีผลต่อการตีความผลการรักษา

สุดท้ายงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 50 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด และใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จึงควรตีความผลภายใต้บริบทของประชากรที่ศึกษา ควรระมัดระวังในการอ้างอิงไปยังประชากรอื่นโดยตรง อีกทั้งงานวิจัยนี้ศึกษา ยาฉีด LAIs เฉพาะกลุ่มดั้งเดิม (First-Generation Antipsychotics; FGAs) จึงไม่สามารถสรุปผลไปยังยาฉีดกลุ่มใหม่ (Second-Generation Antipsychotics; SGAs) ได้ ในอนาคตควรมีการศึกษาแบบ multicenter study มีขนาดตัวอย่างใหญ่ขึ้น ใช้การสุ่มเข้ากลุ่มรักษา ระยะเวลาติดตามยาวนานขึ้น ประยุกต์ใช้แบบจำลองข้อมูลตามยาว และเปรียบเทียบทั้งประสิทธิผล ความปลอดภัย และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ระหว่าง LAIs กลุ่ม FGAs และ SGAs เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและนโยบายในอนาคต

สรุป

ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (SIPD) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และได้รับการรักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (LAIs) มีแนวโน้มลดพฤติกรรมรุนแรงลดอัตราการกลับมาซ้ำซ้ำ และมีระดับความสามารถโดยรวม (GAF) ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามแผนการติดตามต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน นอกจากนี้ไม่พบความแตกต่างของอุบัติการณ์ผลข้างเคียงรุนแรงระหว่างทั้งสองรูปแบบการรักษาซึ่งสะท้อนว่า LAIs อาจเป็นทางเลือกทางคลินิกที่มีแนวโน้มประสิทธิภาพสูงในผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษา มีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและมีพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะในบริบทสถานการณ์จริงของระบบบริการสุขภาพที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศ.ดร.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตลอดจนผู้ที่เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จ

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

เอกสารอ้างอิง

1. United nations office on drugs and crime. World Drug Report 2022 [Internet]. Vienna: UNODC; 2022 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
2. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2013; 382(9904): 1564-74.
3. Office of the narcotics control board. Thailand narcotics control annual report 2022 [Internet]. Bangkok: Office of the narcotics control board; 2022 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://aseannarco.oncb.go.th/uploads/Ebook/pdf/1811339084713505.pdf>
4. Piriyaangsan S. Economic and social costs from drug abuse control policy of the Thai government. *ART* 2018; 23(1): 13-35.
5. Thai health promotion foundation. Thai health 2025 [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://www.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2025/11/ENG_THR-Final.pdf
6. Yaimai W, Oopakarn K, Phumvichitr CH, Anukulkijkul CH, Phonnopparat N, Yindeepolcharoen N, et al. Prevalence and associated risk factors of substance abuse among adolescents in rural communities, central Thailand: a cross-sectional study. *J Southeast Asian Med Res* 2019;3(2): 73-81.
7. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006;163(8): 1397-403.
8. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(2):152-161.
9. Swanson JW, Holzer 3rd CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(7):761-70.
10. Witt K, Dorn RV, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One* 2013; 8(2): e55942.
11. United nations office on drugs and crime. Treatment of stimulant use disorders: current practices and promising perspectives [Internet]. 2019 [cited 2025 Sep 1]. Available from: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Treatment_of_PSUD_for_website_24.05.19.pdf
12. Kishimoto T, Robenzadeh A, Leucht C, Leucht S, Watanabe K, Mimura M, et al. Long-acting injectable vs oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: a meta-analysis of randomized trials. *Schizophr Bull* 2014; 40(1): 192-213.
13. Department of mental health. Manual of care system for psychiatric patients with high risk of violence: for institutes/hospitals under the department of mental health. 1st ed. Bangkok: Prosperous plus Co., Ltd.; 2020.
14. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27(4):360-74.
15. Monahan J. Violence risk assessment: scientific validity and evidentiary admissibility [Internet]. 2000 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://scholarlycommons.law.wlu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1323&context=wlulr>
16. Department of mental health. Annual report 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 15]. Available from: https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data_workmanual/mentalhealth_2023.pdf
17. Jeong HG, Lee MS. Long-acting injectable antipsychotics in first-episode schizophrenia. *Clin Psychopharmacol Neurosci* 2013; 11(1):1-6.
18. Auxilia AM, Buoli M, Caldiroli A, Carnevali GS, Tringali A, Nava R, et al. High rate of discontinuation during long-acting injectable antipsychotic treatment in patients with psychotic disorders. *Biomedicine* 2023; 11(2):314.
19. Naowarat S. Psychosocial rehabilitation for schizophrenic patients in a homeless protection center, Southern. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiatr* 2019;13(1):1-10.
20. Mohr P, Knytl P, Voráčková V, Bravermanová A, Melicher T. Long-acting injectable antipsychotics for prevention and management of violent behaviour in psychotic patients. *Int J Clin Pract* 2017; 71(9).

21. Rubio JM. The evolving role of long-acting injectable antipsychotics. *Focus* 2026; 24(2).
22. Coles AS, Knezevic D, George TP, Correll CU, Kane JM, Castle D. Long-acting injectable antipsychotic treatment in schizophrenia and co-occurring substance Use disorders: a systematic review. *Front Psychiatry* 2021; 12(808002). doi: 10.3389/fpsyt.2021.808002
23. Rodolico A, Francesca S, Cutrufelli P, Privitera G, Castellano S, Concerto C, et al. Disability and adverse effects of oral versus long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia-spectrum and bipolar disorder: a comparison based on data-driven Taxonomy. *Clin Drug Investig* 2024; 44(9):715-727.
24. D'Agostino A, Aguglia A, Barbui C, Bartoli F, Carrà G, Cavallotti S, et al. Off-label long acting injectable antipsychotics in real-world clinical practice: a cross-sectional analysis of prescriptive patterns from the STAR Network DEPOT study. *BMC Psychiatry* 2022; 22:442.
25. Přikryl R, Kučerová HP, Vrzalová M, Češková E. Role of long-acting injectable second-generation antipsychotics in the treatment of first-episode schizophrenia: a clinical perspective. *Schizophr Res Treat* 2012; 2012:764769.
26. Zolezzi M, Abouelhassan R, Eltorki Y, Haddad PM, Noorizadeh M. Long-acting injectable antipsychotics: a systematic review of their non-systemic adverse effect profile. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2021; 17:1917–26.