

บทความพิเศษ

ประสบการณ์ของจิตแพทย์ไทยในการพัฒนา ICD-11 : กรณีของโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว

วันรับ : 15 มิถุนายน 2567

วันแก้ไข : 5 กันยายน 2567

วันตอบรับ : 24 กันยายน 2567

พิเชฐ อุดมรัตน์, พ.บ.

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ที่ผู้นิพนธ์ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค (international classification of diseases: ICD) ฉบับที่ 11 (ICD-11) ในการจำแนกกลุ่มโรคจิต โดยเฉพาะโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว รวมทั้งเพื่อนำเสนอการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญจากฉบับก่อนหน้า

วิธีการ : รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ ICD-10, ICD-11 และโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล Pubmed, ThaiJO, และสิ่งพิมพ์จากเว็บไซต์ รวมทั้งจากประสบการณ์ตรงของผู้นิพนธ์

ผล : เดิม ICD ได้มีการทบทวนเป็นระยะโดยองค์การอนามัยโลก ครั้งสุดท้ายเป็นการทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่เผยแพร่เมื่อปี พ.ศ. 2535 ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 องค์การอนามัยโลกได้ทบทวน ICD-10 และเริ่มพัฒนา ICD-11 โดยแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษานานาชาติและคณะทำงานในการจำแนกกลุ่มโรคต่าง ๆ ซึ่งผู้นิพนธ์อยู่ในคณะทำงานกลุ่มโรคจิต และถูกมอบหมายให้รับผิดชอบเรื่องโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว จึงได้ทบทวนงานวิจัยของโรคนี้และจัดทำข้อเสนอแนะขึ้น องค์การอนามัยโลกได้รวบรวมข้อเสนอแนะของคณะทำงานทุกกลุ่มโรคแล้วจัดทำเป็น ICD-11 ฉบับร่างเพื่อรับฟังความคิดเห็นและนำไปปรับปรุง ต่อมามีการทดสอบภาคสนามและการทดสอบในผู้ป่วยจริงเพื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติระหว่าง ICD-11 กับ ICD-10 ในการวินิจฉัยโรค สำหรับโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราวใน ICD-11 ได้มีการปรับปรุงให้วินิจฉัยได้ง่ายขึ้น โดยยกเลิกการแบ่งเป็นชนิดต่าง ๆ ของ ICD-10 แต่แบ่งโรคตามมิติจำนวนครั้งของการป่วยและระยะของโรคขณะประเมินว่ายังมีอาการอยู่มากน้อยเพียงใดหรืออยู่ในภาวะโรคสงบแล้ว

สรุป : การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเป็นพลวัต ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบัน จิตแพทย์และบุคลากรสุขภาพจิตไทยควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในหลากหลายประเด็นเกี่ยวกับโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว เพื่อประโยชน์ในการพัฒนา ICD ครั้งต่อไป

คำสำคัญ : จิตแพทย์ไทย, ประสบการณ์, โรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว, องค์การอนามัยโลก, ICD-11

ติดต่อผู้นิพนธ์ : พิเชฐ อุดมรัตน์; pudomratn74@gmail.com

Special article

Experience of a Thai psychiatrist in making ICD-11: focus on acute and transient psychotic disorder

Received : 15 June 2024

Revised : 5 September 2024

Accepted : 24 September 2024

Pichet Udomratn, M.D.

Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Abstract

Objective: To share the author's experience as a committee member in the International Classification of Diseases (ICD), eleventh revision (ICD-11), with a focus on acute and transient psychotic disorder (ATPD) and changes from the previous revision.

Methods: Pubmed, ThaiJO, and website databases were searched. The searched terms included acute, brief, transient, psychosis, psychotic disorder, ICD-10, and ICD-11. All published materials as well as the author's direct experience were reviewed.

Results: The ICD is periodically revised by the World Health Organization (WHO). The last revision was ICD-10, which came out in 1992. In 2006, WHO started to revise the ICD-10 by appointing the International Advisory Group (IAG) and the working groups to classify various diseases for ICD-11. The author, as a member of the Working Group on the Classification of Psychotic Disorders (WGPD), was assigned responsibility for ATPD. In revising ATPD, all academic materials about ATPD were reviewed. Changes of ATPD in the drafts of ICD-11 were proposed to WGPD for discussion and approval. Later, the first draft of ICD-11 came out, then field and a clinic-based studies were conducted to compare the utility of ICD-11 with ICD-10 in disease diagnosis. ATPD in ICD-11 has been improved to make it easier to diagnose by replacing subtypes in ICD-10 with the episode of illness and stage of symptoms.

Conclusion: Psychiatric diagnosis is a dynamic process in which the diagnostic criteria can be changed based on the current evidence. Thai psychiatrists and mental health professionals are encouraged to conduct further research on ATPD across various issues which could lead to the improvement of ATPD diagnosis in the future revisions of the ICD.

Keywords: acute and transient psychotic disorder, experience, Thai psychiatrist, World Health Organization, ICD-11

Corresponding author: Pichet Udomratn; pudomratn74@gmail.com

ความรู้เดิม : โรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราวในปัจจุบันวินิจฉัยตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) มีการแบ่งประเภท (subtype) เป็นโรคร้อย ๆ และระบบ ICD-10 ไม่สามารถใส่รหัสเพิ่มเติมได้ ในกรณีที่มีโรคใหม่หรือต้องการระบุรายละเอียดเพิ่ม

ความรู้ใหม่ : ICD-11 มีการแบ่ง subtype ของโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราวใหม่ โดยดูจากมิติจำนวนครั้งที่ป่วยและระยะของโรคขณะตรวจประเมิน และได้แก้ไขจุดอ่อนของ ICD-10 ทำให้สามารถลงรหัสโรคได้มากขึ้นตามข้อมูลทางคลินิกที่เพิ่มขึ้น

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ควรทำความเข้าใจแนวทางที่ได้พัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราวที่ปรับเปลี่ยนตามหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบัน รวมถึงแนวทางการประยุกต์ใช้และศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคตเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุง ICD ครั้งต่อไป

บทนำ

บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค (international classification of diseases: ICD) ขององค์การอนามัยโลกได้มีการทบทวนเป็นระยะ โดยฉบับก่อนหน้านี้คือฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) ได้เผยแพร่เมื่อปี พ.ศ. 2535¹ เมื่อถึง ปี พ.ศ. 2549 องค์การอนามัยโลกมีการทบทวน ICD-10 และพัฒนาฉบับทบทวนครั้งที่ 11 (ICD-11) จึงได้เชิญจิตแพทย์จากประเทศต่าง ๆ เข้าร่วมเป็นคณะที่ปรึกษาและ/หรือคณะทำงาน โดยในปี พ.ศ. 2550 ผู้นิพนธ์ได้รับการแต่งตั้งจากองค์การอนามัยโลกให้ผู้นิพนธ์เป็นคณะที่ปรึกษานานาชาติ (international advisory group: IAG) ในการทบทวน ICD-10 โดยเป็นคณะกรรมการชุดที่ 2 มีวาระ 2 ปี (พ.ศ. 2551 - 2552)² ดังรายชื่อของคณะกรรมการชุดนี้ในตารางที่ 1 ต่อมาผู้นิพนธ์ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะทำงานในการจำแนกกลุ่มโรคจิต (working group on the classification of psychotic disorders: WGPD) ของ ICD-11³ ดังรายชื่อของคณะทำงานชุดนี้ที่แสดงไว้ในตารางที่ 2

บทความนี้นำเสนอประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ในการทำงานร่วมเป็นคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานดังกล่าว รวมทั้งสรุปการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของ ICD-11 ซึ่งผ่านความเห็นชอบในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ 72 เมื่อปี พ.ศ. 2562 และมีการเผยแพร่คำอธิบายทางคลินิกและข้อกำหนดในการวินิจฉัย (clinical descriptions and diagnostic requirements: CDDR) สำหรับ ICD-11 เมื่อปี พ.ศ. 2567⁴

วิธีการ

รวบรวมข้อมูลจากการสืบค้นฐานข้อมูล Pubmed, ThaiJO และจากเว็บไซต์ต่าง ๆ โดยใช้คำสืบค้น ได้แก่ acute, brief, transient, psychosis, psychotic disorder, ICD-10 และ ICD-11 รวมทั้งจากประสบการณ์ตรงของผู้นิพนธ์

ผล

การทบทวน ICD-10

หลังจากองค์การอนามัยโลกได้ออก ICD-10 มาใช้ในการวินิจฉัยโรคได้ระยะหนึ่ง ก็เริ่มมีประเทศต่าง ๆ ได้ทบทวนและปรับปรุง ICD-10 ให้เข้ากับบริบทของประเทศตัวเอง โดยประเทศแรกที่ได้ทบทวนและปรับปรุงมาใช้กับประเทศตัวเอง คือ ออสเตรเลีย (ICD-10, Australian modification: ICD-10-AM) ส่วนในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ขอให้ราชวิทยาลัยของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ เข้าร่วมเป็นคณะทำงานเพื่อจัดทำ ICD-10 ฉบับประเทศไทย (ICD-10, Thai modification: ICD-10-TM) ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2543 สำหรับกลุ่มโรคทางจิตเวชนั้นผู้นิพนธ์ได้รับมอบหมายจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยให้เป็นประธานคณะทำงานของราชวิทยาลัยฯ ในเรื่องนี้และเข้าร่วมกับคณะทำงานของกระทรวงสาธารณสุข โดย ICD-10-TM ได้ออกมาใช้อย่างเป็นทางการครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2546 โดยมีการปรับปรุงและเพิ่มเติมเพียงบางโรคเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในขณะนั้น^{5,6} อย่างไรก็ตาม ICD-10-TM ก็ยังไม่สามารถลงรหัสชนิดของสารกระตุ้นระบบประสาท (psychostimulant) ในรหัส F15 ได้ว่าการเจ็บป่วยเกิดจากสารประเภทใด เนื่องจากการลงรหัสของ ICD-10 ได้ถูกกำหนดให้มีอักขระ (character)

เพียง 5 ตำแหน่ง โดยตำแหน่งแรกเป็นภาษาอังกฤษตัวใหญ่ ส่วนตำแหน่งที่ 2, 3, 4 และ 5 เป็นตัวเลข 0 - 9 จึงเป็นข้อจำกัดในการเพิ่มรหัสเพื่อแสดงถึงสาเหตุของอาการทางจิตว่าเกิดจากการใช้สารเสพติดชนิดใด หรือในกรณีที่มีโรคใหม่ทางจิตเวชที่ถูกค้นพบในภายหลัง เช่น body integrity identity disorder (BIID)⁷ ก็ไม่สามารถเพิ่มรหัสได้

การพัฒนา ICD-11

ในการประชุมของ IAG ครั้งแรกมีการอภิปรายถึงข้อจำกัดของ ICD-10 ดังกล่าว รวมถึงประเด็นที่หนังสือ ICD-10 ฉบับคำอธิบายทางคลินิกและแนวทางการวินิจฉัย (clinical descriptions and diagnostic guidelines: CDDG) หรือที่รู้จักกันว่าหนังสือปกสีฟ้า (blue book) ขาดความสม่ำเสมอในการให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคของแต่ละกลุ่มโรค

นอกจากนี้กระบวนการในการพัฒนาหนังสือ ICD-11 CDDG ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น ICD-11 CDDR กล่าวคือ เป็นข้อกำหนด (requirement) ไม่ใช่แนวทาง (guideline) ก็อยู่ในช่วงระยะเดียวกันกับที่สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้พัฒนาคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition: DSM-5) ไปมากแล้ว⁸ ที่ประชุมจึงเสนอให้เชิญคณะทำงาน DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันเข้าร่วมประชุมด้วยทุกครั้ง เพื่อให้ ICD-11 กับ DSM-5 มีความประสานสอดคล้องกัน ทั้งนี้บางประเด็นที่ ICD-11 กับ DSM-5 ไม่ได้เห็นพ้องต้องกัน เช่น กลุ่มโรค sleep-wake disorders ถูกจัดเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชใน DSM-5 ขณะที่ ICD-11 ได้แยก

ตารางที่ 1 รายชื่อคณะที่ปรึกษานานาชาติในการทบทวน ICD-10²

ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน	ประเทศ	ตำแหน่ง
Steven Hyman	Harvard University	สหรัฐอเมริกา	ประธาน
Geoffrey M Reed	World Health Organization	สวิตเซอร์แลนด์	เลขานุการ
José Luis AyusoMateos	Universidad Autónoma de Madrid	สเปน	คณะกรรมการ
Alan Flisher	University of Cape Town	แอฟริกาใต้	คณะกรรมการ
Wolfgang Gaebel	Heinrich-Heine University	เยอรมนี	คณะกรรมการ
Oye Gureje	University of Ibadan	ไนจีเรีย	คณะกรรมการ
Assen Jablensky	University of Western Australia	ออสเตรเลีย	คณะกรรมการ
Brigitte Khoury	American University of Beirut	เลบานอน	คณะกรรมการ
Anne Lovell	Institute National de la Santé et de la Recherche Médicale	ฝรั่งเศส	คณะกรรมการ
Maria Elena MedinaMora	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente	เม็กซิโก	คณะกรรมการ
Afarin Rahimi	Tehran University	อิหร่าน	คณะกรรมการ
Norman Sartorius	Association for the Improvement of Mental Health	สวิตเซอร์แลนด์	คณะกรรมการ
Pratap Sharan	All India Institute of Medical Sciences	อินเดีย	คณะกรรมการ
Pichet Udomratn	Prince of Songkla University	ไทย	คณะกรรมการ
Xiao Zeping	Shanghai Jiao Tong University	จีน	คณะกรรมการ
Tesfamichael Ghebrehewi	International Council of Nurses	สวิตเซอร์แลนด์	คณะกรรมการ
Michael Klinkman	World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)	สหรัฐอเมริกา	คณะกรรมการ
Mario Maj	World Psychiatric Association (WPA)	สวิตเซอร์แลนด์	คณะกรรมการ
Per-Anders Rydelius	International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions	สวิตเซอร์แลนด์	คณะกรรมการ
	International Union of Psychological Science		

ตารางที่ 2 รายชื่อคณะทำงานในการจำแนกกลุ่มโรคจิต (working group on the classification of psychotic disorders: WGPD) ของ ICD-11³

ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน	ประเทศ	ตำแหน่ง
Shekhar Saxena	World Health Organization	สวิตเซอร์แลนด์	ที่ปรึกษา
Geoffrey M. Reed	World Health Organization	สวิตเซอร์แลนด์	ที่ปรึกษา
Michael B. First	Columbia University.	สหรัฐอเมริกา	ที่ปรึกษา
Wolfgang Gaebel	Heinrich-Heine University	เยอรมนี	ประธาน
Jonathan Burns	University of KwaZulu-Natal	แอฟริกาใต้	คณะทำงาน
Peter Falkai	Ludwig-Maximilians-University	เยอรมนี	คณะทำงาน
Saeed Farooq	Staffordshire University	สหราชอาณาจักร	คณะทำงาน
Silvana Galderisi	University of Campania Luigi Vanvitelli	อิตาลี	คณะทำงาน
Philippa Garety	King's College London	สหราชอาณาจักร	คณะทำงาน
Michael Green	University of California	สหรัฐอเมริกา	คณะทำงาน
Assen Jablensky	University of Western Australia	ออสเตรเลีย	คณะทำงาน
Veronica Larach Walters	Universidad Andres Bello	ชิลี	คณะทำงาน
Toshimasa Maruta	Seitoku University	ญี่ปุ่น	คณะทำงาน
Pichet Udomratn	Prince of Songkla University	ไทย	คณะทำงาน
Jürgen Zielasek	Heinrich-Heine-Universität	เยอรมนี	ผู้รายงาน (rapporteur)

กลุ่มโรคนี้ออกเป็นกลุ่มโรคเฉพาะ โดยอยู่ในบทที่ 7 ของหนังสือ ICD-11 CDDR ขณะที่โรคทางจิตเวชทั้งหมดอยู่ในบทที่ 6

การเปลี่ยนแปลงและคุณสมบัติของ ICD-11

ICD-11 ได้แก้ไขจำกัดในการลงรหัสโรคของ ICD-10 ทำให้สามารถเพิ่มโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาในเวชปฏิบัติ เช่น โรคติดเกม (gaming disorder) โรคสะสมของ (hoarding disorder) และโรคอื่น ๆ ซึ่งผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดได้จากหนังสือ ICD-11 CDDR⁴

การทดสอบภาคสนาม (field testing) เพื่อเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคระหว่าง ICD-11 กับ ICD-10 โดยวิธี internet-based case-controlled study โดยมีแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพจิตจำนวนประมาณ 18,500 คน จาก 163 ประเทศทั่วโลกเข้าร่วมประเมินด้วยการอ่านประวัติและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย (case vignettes) จากนั้นผู้ประเมินได้รับข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยโรคโดยไม่ทราบว่าเป็น ICD-10 หรือ ICD-11 ผลโดยรวมพบว่า ICD-11 ชนะ (outperform) ICD-10 ทั้งในแง่ของความแม่นยำ (accuracy) และความสม่ำเสมอในการวินิจฉัย (consistency of diagnostic judgment) เกือบทุกกลุ่มโรค⁵ จากนั้นมีการนำ

ICD-11 ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจริง (clinic-based study) เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือ (reliability) และคุณสมบัติทางคลินิก (clinical utility) ในศูนย์การแพทย์ 28 แห่งจาก 13 ประเทศทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยเข้าร่วมทั้งหมด 1,806 คน ผลโดยรวมพบว่า ICD-11 ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีคุณสมบัติทางคลินิกมากกว่า ICD-10 สามารถใช้งานได้ และใช้เวลาในการวินิจฉัยน้อยกว่าหรือใกล้เคียงกับ ICD-10^{10,11}

ลักษณะเด่นของหนังสือ ICD-11 CDDR คือ การพรรณนาถึงลักษณะสำคัญ (essential features) ของแต่ละโรค โดยกล่าวถึงอาการและลักษณะเฉพาะ (characteristics) ที่แพทย์พบได้ในผู้ป่วยโรคดังกล่าวทุกราย แต่หลีกเลี่ยงที่จะกำหนดตัวเลขเป็นจำนวนของอาการ เพื่อให้แพทย์สามารถใช้การตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgment) ในการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสมและยืดหยุ่น (flexible approach)

นอกจากนี้การจัดกลุ่มโรคของ ICD-11 CDDR ยังใช้แนวทางของ lifespan approach ด้วย กล่าวคือ เดิมใน ICD-10 มีการแยกโรคหรือความผิดปกติทางจิตที่มักเกิดในเด็กหรือวัยรุ่นออกมาเป็นกลุ่มโรคต่างหาก แต่ใน ICD-11

CDDR จะยึดอาการหรือกลุ่มอาการเป็นหลักแทน ดังนั้น separation anxiety disorder จึงถูกรวมเข้าอยู่ในกลุ่ม anxiety and fear-related disorders ดังตารางที่ 3

การจำแนกกลุ่มโรคจิตของ ICD-11

ในที่ประชุม WGPD ที่ University of Dusseldorf ประเทศเยอรมนี ได้จัดแบ่งกลุ่มโรคจิตออกเป็นโรคชนิดต่าง ๆ และให้คณะทำงานแต่ละคนเลือกโรคที่ตนเองสนใจ ผู้นิพนธ์ได้เลือกโรค acute and transient psychotic disorders (ATPD) เนื่องจากมีประสบการณ์ร่วมนิพนธ์ตำราจิตเวชศาสตร์ ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 เรื่อง nonorganic psychotic disorders¹² ผู้นิพนธ์จึงได้ทบทวนงานวิจัยและบทความวิชาการเกี่ยวกับ ATPD ร่วมกับ Jonathan Burns และ Saeed Farooq ผลการทบทวนไม่พบข้อมูลสนับสนุนเพียงพอที่จะแบ่ง ATPD ออกเป็นประเภทย่อย (subtype) ต่าง ๆ ตาม ICD-10 ที่จะช่วย

ในการรักษาหรือการพยากรณ์โรค จึงมีข้อเสนอให้ยุบการแบ่ง subtype เดิมเหลือเพียงโรคเดียวใน ICD-11 เพื่อให้การวินิจฉัย ATPD ง่ายขึ้น¹³

อย่างไรก็ตามใน ICD-11 มีการแบ่ง subtype ของ ATPD ตามมิติจำนวนครั้งที่ป่วย เช่น ป่วยครั้งแรก (first episode) และป่วยซ้ำมาหลายครั้ง (multiple episodes) นอกจากนี้ยังแบ่งตามมิติระยะของอาการ เช่น ยังมีอาการอยู่ (symptomatic) อาการสงบบางส่วน (in partial remission) หรืออยู่ในภาวะโรคสงบหมดแล้ว (full remission) เพื่อให้สอดคล้องกับการแบ่ง subtype ของโรคจิตเภท (schizophrenia) ซึ่งอยู่ในหมวดกลุ่มโรคเดียวกันกับ ATPD ทั้งนี้การเพิ่มข้อมูลส่วนนี้เข้าไปในรหัสโรคของ ICD-11 เป็นการบอกความเฉพาะเจาะจง (specifiers หรือ code qualifiers) เช่นเดียวกับ DSM-5 นอกจากนี้ delusional subtype ของ ATPD ใน ICD-10

ตารางที่ 3 รายชื่อกลุ่มโรคทางจิตเวช ความผิดปกติทางพฤติกรรม หรือความผิดปกติในพัฒนาการของระบบประสาท (บทที่ 6) ของ ICD-11 CDDR⁴

รหัสโรค	กลุ่มโรคทางจิตเวช ความผิดปกติทางพฤติกรรม หรือพัฒนาการของระบบประสาท
6A0	Neurodevelopmental disorders
6A2	Schizophrenia and other primary psychotic disorders
6A4	Catatonia
6A6	Mood disorders
6B0	Anxiety and fear-related disorders
6B2	Obsessive-compulsive and related disorders
6B4	Disorders specifically associated with stress
6B6	Dissociative disorders
6B8	Feeding and eating disorders
6C0	Elimination disorders
6C2	Disorders of bodily distress and bodily experience
6C4	Disorders due to substance use and addictive behaviours
6C7	Impulse control disorders
6C9	Disruptive behaviour and dissocial disorders
6D1	Personality disorders
6D3	Paraphilic disorders
6D5	Factitious disorders
6D7	Neurocognitive disorders
6E2	Mental and behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth and the puerperium
6E4	Psychological and behavioural factors affecting disorders or diseases classified elsewhere
6E6	Secondary mental or behavioural syndromes associated with disorders or diseases classified elsewhere

รหัส F23.3 ก็ถูกย้ายออกจากกลุ่มโรค ATPD ไปอยู่ในกลุ่ม delusional disorder ใน ICD-11 แทน ดังการเปรียบเทียบ subtype ของ ATPD ระหว่าง ICD-10 และ ICD-11 ในตารางที่ 4

วิจารณ์

จากประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ในการมีส่วนร่วมพัฒนา ICD-11 พบว่าการวินิจฉัยโรคจิตเวชเป็นกระบวนการพลวัต (dynamic process) ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามหลักฐานวิชาการที่พบในภายหลัง ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัย ATPD ใน ICD-11 นี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า (prospective observational study) เป็นเวลา 2 ปี ในผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น ATPD ครั้งแรก (first episode) ที่พบว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษาแล้วยังคงมีผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น

ATPD อยู่ถึงร้อยละ 55.9 โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ การมีอาการเปลี่ยนแปลงเร็วที่เรียกว่า polymorphic และไม่มีกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) ของโรคจิตเภท¹⁴

นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของหลักการและกรอบความคิดระหว่างระบบ ICD และ DSM ในการวินิจฉัยโรคจิตที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดเป็นระยะเวลาสั้น ๆ โดยแนวคิดของ DSM ที่เริ่มมาตั้งแต่ DSM-III จนถึง DSM-5 ยึดระยะเวลาเป็นหลัก กล่าวคือ หากอาการหายไปภายใน 1 เดือนจะเรียกว่า brief psychotic disorder (BPD) หากเป็นนานกว่า 1 เดือนแล้วหายภายใน 6 เดือนจะเรียกว่า schizophreniform disorder และหากเป็นนาน 6 เดือนขึ้นไปจะเรียกว่าโรคจิตเภท ขณะที่ใน ICD-10 และ ICD-11 หากมีอาการของโรคจิตนานกว่า 1 เดือนก็จัดเป็นโรคจิตเภทได้

ตารางที่ 4 การแบ่ง subtype ของ acute and transient psychotic disorders (ATPD) ใน ICD-10 และ ICD-11

ICD-10	ICD-11
F23.0 Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia	6A23 Acute and transient psychotic disorder 6A23.0 Acute and transient psychotic disorder, first episode 6A23.00 Acute and transient psychotic disorder, first episode, currently symptomatic 6A23.01 Acute and transient psychotic disorder, first episode, in partial remission 6A23.02 Acute and transient psychotic disorder, first episode, in full remission 6A23.1 Acute and transient psychotic disorder, multiple episodes 6A23.10 Acute and transient psychotic disorder, multiple episodes, currently symptomatic 6A23.11 Acute and transient psychotic disorder, multiple episodes, in partial remission 6A23.12 Acute and transient psychotic disorder, multiple episodes, in full remission
F23.1 Acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia	6A23.0Z Acute and transient psychotic disorder, first episode, unspecified 6A23.1Z Acute and transient psychotic disorder, multiple episodes, unspecified
F23.2 Acute schizophrenia-like psychotic disorder	-----
F23.8 Other acute transient psychotic disorders	6A23.Y Other specified acute and transient psychotic disorder
F23.9 Acute and transient psychotic disorders, unspecified	6A23.Z Acute and transient psychotic disorder, unspecified
F23.3 Other acute predominantly delusional psychotic disorders	6A24.0 Delusional disorder, currently symptomatic

สำหรับการเปรียบเทียบลักษณะสำคัญระหว่าง ATPD และ BPD ได้แสดงไว้ในตารางที่ 5

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในการพัฒนา ICD-11 และในบทความนี้ พบช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคนี้ ที่ควรมีการวิจัยต่อไปอีกหลายประเด็น เช่น ATPD กับ BPD เป็นโรคเดียวกันหรือไม่? เป็นโรคเฉพาะแยกออกมาต่างหาก หรือว่าทั้ง 2 โรคอาจเป็นระยะนำ (prodrome) ของโรคจิตเภท? การดำเนินโรคของ ATPD เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 10 - 20 ปีจะเป็นอย่างไร? อะไรเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการป่วยหลายครั้ง (multi episodes) ของ ATPD? ควรรักษาโรค ATPD อย่างไรเพื่อให้ผลดีที่สุด? และควรให้ยารักษาโรคจิตใน ATPD นานเป็นระยะเวลาเท่าใด? โดยหากเป็นผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษในวารสารระดับนานาชาติก็จะเป็นประโยชน์ให้กับผู้สนใจเรื่องนี้ทั่วโลกและอาจเป็นโอกาสให้ผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ICD-12 ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป นอกจากนิตแพทย์แพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์ และบุคลากรสุขภาพจิตไทยควรทำความเข้าใจความคุ้นเคยกับการวินิจฉัยโรคระบบ ICD-11 นี้ โดยนำไปใช้

วินิจฉัยโรคในโอกาสต่าง ๆ เช่น การอภิปรายของชั่วโมง case conference เนื่องจากเป็นระบบการวินิจฉัยที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยบุคลากรทางสุขภาพจิตหลากหลายสาขาจากหลายประเทศทั่วโลก¹⁵ ซึ่งรวมทั้งประเทศไทยด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry. 2011;10(2):86-92. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00022.x.
3. Gaebel W, Reed GM. Status of psychotic disorders in ICD-11. Schizophr Bull. 2012;38(5):895-8. doi:10.1093/schbul/sbs104.

ตารางที่ 5 อาการโรคจิตอย่างเฉียบพลันและเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้น ๆ แล้วหายไปภายใน 1 เดือนหรือ 4 สัปดาห์ ระหว่าง ICD-11 กับ DSM-5

	ICD-11	DSM-5
ชื่อโรค	Acute and transient psychotic disorder (ATPD)	Brief psychotic disorder (BPD)
การเกิดขึ้นของอาการ	มีอาการอย่างเฉียบพลันโดยไม่มีอาการนำมาก่อน	เกิดขึ้นอย่างน้อยที่สุด 1 วัน โดยอาจมีความเครียดอย่างมาก (marked stressors) หรือไม่ได้
ลักษณะของอาการ	มีการเปลี่ยนแปลงเร็วแบบวันต่อวัน หรือแม้แต่ภายในวันเดียวกัน ซึ่ง ICD เรียกลักษณะแบบนี้ว่า polymorphic หรือ rapidly changing	เป็นความผิดปกติของความคิด ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น ๆ
อาการที่ปรากฏ	หลงผิด ประสาทหลอน อาการคล้าย catatonia	มีความผิดปกติของความคิด และมีความผิดปกติในด้าน การรับรู้ความเป็นจริง (reality testing) แสดงออกโดยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ - หลงผิด - ประสาทหลอนทางหูหรือทางตา - พฤติกรรมแบบ catatonia หรือ disorganized - การพูดแบบ disorganized หรือเนื้อหาไม่สมเหตุสมผล
ระยะเวลาป่วย	ระยะเวลาของแต่ละครั้ง (episode) นานไม่เกิน 3 เดือน ส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยจะหายในเวลาไม่กี่วันหรือไม่เกิน 1 เดือน	มีอาการอย่างน้อยที่สุด 1 วัน แล้วก็หายไปหรือมากที่สุดไม่เกิน 1 เดือน

4. World Health Organization. The ICD-11 chapter on mental, behavioural and neurodevelopment disorders: clinical descriptions and diagnostic requirements. Geneva: World Health Organization. 2024. [cited 2024 June 15] Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375767/9789240077263-eng.pdf?sequence=1>
5. Udomratn P. ICD-10-TM: How the section on mental disorders should be modified? *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2000;45:383-91. (in Thai)
6. Udomratn P. How Thailand has modified the section on mental disorders in the international statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10). *Asia Pac Psychiatry*. 2009;1(2):88-9. doi:10.1111/j.1758-5872.2009.00022.x.
7. Blom RM, Hennekam RC, Denys D. Body integrity identity disorder. *PLoS One*. 2012;7(4):e34702. doi:10.1371/journal.pone.0034702.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
9. Reed GM. Development and innovation in the ICD-11 chapter on mental, behavioural and neurodevelopment disorders. In: Tyrer P, editor. *Making sense of the ICD-11 for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press, 2023. p. 5-16.
10. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ, Keeley JW, Medina-Mora ME, Guraje O, et al. The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnosis of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry*. 2018;17(3):174-86. doi:10.1002/wps.20524.
11. Reed GM, Keeley JW, Rebello TJ, First MB, Guraje O, Ayuso-Mateos JL, et al. Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry*. 2018;17(3):306-15. doi:10.1002/wps.20581.
12. Udomratn P. Nonorganic psychotic disorders. In: Tantiphlachiva K, Otrakul A, Limsuwan N, Suampun A, editors. *Textbook of psychiatry*. 2nd ed. Bangkok: The Psychiatric Association of Thailand; 1993. p 445-57. (in Thai)
13. Udomratn P, Burns J, Farooq S. Acute and transient psychotic disorders: an overview of studies in Asia. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(5):463-6. doi:10.3109/09540261.2012.
14. Lopez-Diaz A, Fernandez-Gonzales J, Lara I, Ruiz-Veguilla M. Predictors of diagnostic stability in acute and transient psychotic disorders: validation of previous findings and implications for ICD-11. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019;270:291-9. doi:10.1007/s00406-019-01014-z.
15. Gozi A. Highlights of ICD-11 classification of mental, behavioural, and neurodevelopmental disorders. *Ind J Priv Psychiatry*. 2019;13(1):11-7. doi:10.5005/jp-journals-10067-0030.