การศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุรา การติดสุรา ต่ออาการทางคลินิก และขนาดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

มันฑนา กิตติพีรชล, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: (1) เพื่อศึกษาความชุกของการดื่มสุรา และการติดสุราของผู้ป่วยโรคจิตเภท (2) ศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุราและการติดสุรากับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคจิตเภท (3) ศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุราและการติดสุรากับขนาดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาแบบชนิดดำเนินไปข้างหน้า โดยทำการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภททุกรายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2550–31 ตุลาคม 2550 ทั้งหมด 300 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มสุรา (3) แบบคัดกรอง CAGE (4) แบบประเมินสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท (The Positive And Negative Syndrome Scale)

ผล: ความชุกของการดื่มสุราในช่วง 4 เดือนที่ทำการศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 37.7 (113 จาก 300) ส่วนความชุกของการติดสุรา ร้อยละ 10.7 (32 จาก 300) ผู้ป่วยที่ดื่มสุราพบเพศชาย : เพศหญิงประมาณ 5.6 : 1 อายุเฉลี่ย 33.4 ปี สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ต้องพึ่งตนเอง อันได้แก่ โสด แยกทาง หย่า และร้าง (ร้อยละ 39.1) ส่วนผู้ป่วยที่ติดสุราพบเพศชาย : เพศหญิงประมาณ 15 : 1 อายุเฉลี่ย 32.5 ปี สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ต้องพึ่งตนเอง อันได้แก่ โสด แยกทาง หย่า และร้าง (ร้อยละ 15.7) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาหรือได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยที่ดื่มสุราและติดสุรามีค่า PANSS score สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุรา โดยเฉพาะ PANSS negative, general, supplement มีค่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุราและดื่มสุรา พบว่ามีการใช้ยาในขนาดที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยที่ติดสุราพบว่ามีการใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุรา

สรุป: การป้องกันการดื่มสุราเป็นวิธีหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในแง่ของอาการทางจิตและขนาดของการใช้ยา

คำสำคัญ : การดื่มสุรา การติดสุรา โรคจิตเภท

*แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

The Correlation of Alcohol Use Disorder and Alcohol Dependence on Clinical Symptom and Dosage of Antipsychotic Medications in Patients with Schizophrenia at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Mantana Kittipeerachon, M.D.*

Abstract

Objectives : (1) to study the prevalence of alcohol use disorder and alcohol dependence among patients with schizophrenia, (2) clinical correlations between alcohol use disorder/alcohol dependence and clinical symptoms of patients with schizophrenia and (3) dosage of antipsychotic medications adjustment needed to treat patients with schizophrenia with alcohol use disorder and alcohol dependence.

Materials and Methods : A prospective, cross-sectional study of all patients with schizophrenia admitted as in-patients at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry between July 1st, 2007 and October 31st, 2007, a total of 300 patients, using (1) questionnaire on general demographic data, (2) questionnaire on alcohol use habits, (3) CAGE screening test, (4) The Positive and Negative Syndrome Scale.

Results : The study findings are as follows: the prevalence of four-months alcohol use is 37.7% (113/300), prevalence of alcohol dependence is 10.7%(32/300), gender ratio of alcohol user was 5.6:1, male to female, average age was 33.36, 39.1% are of reliant status, i.e. single, separated, divorced or widowed, most are illiterate or with minimal primary education. Patients have alcohol use disorder/alcohol dependence statistically scored higher than those without these diagnoses on the PANSS, especially on PANSS negative, general, supplement section, but the dosage of medications use are not found to be different between the two groups. Those patients with alcohol use disorder/alcohol dependence tend to use higher dosage of antipsychotic medications than those without these diagnoses.

Conclusion : The prevention of the usage of alcohol may be the benefit the patients with schizophrenia in the aspect of the severity of psychotic symptoms and the dosage of antipsychotic medications needed.

Key words : alcohol use, alcohol dependence, schizophrenia

*Third year resident, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

ทั่วโลกมีผู้ดื่มสุรา 2,000 ล้านคน ผู้คนเจ็บป่วยจากการดื่มสุรา 76,000,000 คน เสียชีวิต 2,300,000 คนต่อปี หรือชั่วโมงละ 300 คน สุรามีผลกระทบต่อสุขภาพมากมาย นำไปสู่การตายและสัมพันธ์กับอาการทางจิตเวช ความผิดปกติทางระบบประสาท โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคตับ และโรคมะเร็ง โรคทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับสุรา ประกอบด้วย โรคซึมเศร้า (major depression), ภาวะแมเนีย (mania disorder), โรคกลัว (phobia), โรควิตกกังวล (generalized anxiety disorder), บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders), ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดอื่น(any drug use disorder), โรคจิตเภท (schizophrenia), และการฆ่าตัวตาย (suicide) การดื่มสุรายังทำให้ความผิดปกติร่วมทางจิตเวชรุนแรงมากขึ้น [1, 2,3]

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการดื่มสุราสูงถึง 47–85% [4,5,6] มากกว่า 50% ดื่มสุราเพื่อลดความวิตกกังวลในการเข้าสังคม ลดความเครียด ลดอารมณ์เศร้าความรู้สึกไม่เป็นสุข และช่วยในการนอนหลับ ประมาณ 15% ดื่มสุราเพื่อลดอาการทางจิต ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากับกลุ่มที่รายงานว่าแอลกอฮอล์ทำให้อาการทางจิตกำเริบ [7]

สุราทำให้เกิดการกระตุ้นและอารมณ์เคลิ้มสุข (euphoric and stimulatory effects)ในผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าคนทั่วไป ทำให้เกิดอาการทางจิตด้านบวกขึ้นชั่วคราว และการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้โดยไม่มีผลต่ออาการด้านลบ[8]

ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราร่วมด้วยจะทำให้เกิดผลเสียหลายอย่าง ได้แก่ การก่ออาชญากรรมที่รุนแรง [9] มีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่สามารถควบคุมตนเองได้ [10] การกระทำผิดกฎหมาย การไม่ร่วมมือในการรักษา การกำเริบของอาการทางจิต [11] การนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น [12] เพิ่มการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี การปฏิเสธความเจ็บป่วยทางจิต [13] การนอนโรงพยาบาลที่มากขึ้น ความรุนแรงของอาการทางบวกที่มากขึ้นและเพิ่มการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านโรคจิต [14, 15] ลดระดับของยารักษาโรคจิตชนิดฉีด (Fluphenazine) ในกระแสเลือด [16, 17] การดื้อต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต [18,19,20]

ส่วนในประเทศไทย มีการศึกษาของกาญจนา สุทธิเนียม และคณะ พบว่าสารเสพติดที่ใช้มาก 3 ลำดับแรกในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ สุรา ยาบ้า และกาว [21] แต่ยังไม่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือแสดงรายละเอียดที่แสดงถึงพฤติกรรมการดื่มสุราและผลกระทบต่ออาการทางคลินิกและขนาดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เป็นข้อมูลอย่างชัดเจนนัก

ดังนั้นการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ประการแรกเพื่อศึกษาความชุกของการดื่มสุรา และการติดสุราของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประการที่สองศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุราและการติดสุรากับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคจิตเภท และประการสุดท้ายศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มสุราและการติดสุรากับขนาดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีสมมติฐานว่า ในผู้ป่วยจิตเภทจะพบความชุกในการติดสุราที่สูง ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีอาการทางคลินิกมากกว่าและใช้ขนาดยารักษาโรคจิตที่สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ติดสุรา ทั้งนี้ผลของการศึกษาจะได้เป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุรา การหาแนวทางลดหรือหยุดดื่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภท และเพื่อใช้ประโยชน์เป็นข้อมูลในการวิจัยต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ประชากรที่ทำการศึกษา คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD–10 และรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร $n = Z^2 pq/d^2$ ได้

จำนวน 300 คน ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องสมัครใจและให้ความร่วมมือโดยลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2550 ถึง 31 ตุลาคม 2550 รวมระยะเวลา 4 เดือน แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา มี 5 ส่วน ประกอบด้วย

1.ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ

2.ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย ได้แก่ ปริมาณ ความถี่ และเหตุผลในการดื่ม

3.แบบคัดกรอง CAGE เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยติดสุรา ประกอบด้วยคำถาม 4 คำถาม สั้นๆ ง่าย และสะดวกต่อการนำไปใช้ โดยถือเอาระดับคะแนน > 2 เป็นเกณฑ์วินิจฉัยภาวะติดสุรา มีความไวและความจำเพาะ 89.71 และ 70.8 ตามลำดับ [22]

4.แบบประเมินสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale)

5.ข้อมูลการใช้ยา ได้แก่ ปริมาณยารักษาโรคจิตที่ใช้

วิธีการศึกษา โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยในตามแผนงาน จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์เงื่อนไขและชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและแบบคัดกรองข้างต้น หลังจากนั้นประเมินอาการทางคลินิกและสภาวะการติดสุราตามแบบคัดกรอง CAGE เพื่อประเมินการดื่มสุราในเวลา 4 เดือนที่ผ่านมา และ ประเมินอาการทางจิตด้วย PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ ค่าข้อมูลที่มีการกระจายปกติ (normal distribution) จะแสดงเป็นค่า mean ± SD ส่วนค่าที่ไม่กระจายตัวตามปกติจะแสดงเป็น median และ range และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบด้วย student t-test และ chi-square test

ผล

จากการศึกษา ได้แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มตามแบบคัดกรอง CAGE ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุรา (ผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุราในช่วงเวลา 4 เดือนที่ผ่านมา) ผู้ป่วยที่ดื่มสุรา (ผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มสุราในช่วงเวลา 4 เดือนที่ผ่านมา และ CAGE = 0-4) และผู้ป่วยที่ติดสุรา (ผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มสุราในช่วงเวลา 4 เดือนที่ผ่านมา และ CAGE >2) พบผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดื่มสุรา 187 ราย เป็นเพศชาย 84 ราย (ร้อยละ 46.7) เพศหญิง 103 ราย (ร้อยละ 85.8) มีอายุเฉลี่ย 39.2 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยของ PANSS total 109.8, PANSS positive 27.9, PANSS negative 34.4, PANSS general 37.4, PANSS supplement 10.0, PANSS difference -6.5 และได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเทียบขนาดยาเป็น chlorpromazine เฉลี่ย 880.4 มก. ต่อวัน

ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุรา 113 ราย เป็นเพศชาย 96 ราย (ร้อยละ 53.3) เพศหญิง 17 ราย (ร้อยละ 14.2) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 33.4 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยของ PANSS total 120.1, PANSS positive 28.9, PANSS negative 36.8, PANSS general 42.4, PANSS supplement 11.9, PANSS difference -7.9 และได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเทียบขนาดยาเป็น chlorpromazine เฉลี่ย 983.5 มก.ต่อวัน

ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา 32 ราย เป็นเพศชาย 30 ราย (ร้อยละ 26.3) เพศหญิง 2 ราย (ร้อยละ 1.9) มีอายุเฉลี่ยที่พบประมาณ 32.5 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยของ PANSS total 125.2, PANSS positive 29.1, PANSS negative 38.7, PANSS general 44.8 , PANSS supplement 12.6, PANSS difference-9.63 และได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเทียบขนาดยาเป็น chlorpromazine เฉลี่ย 1142.19 มก.ต่อวัน

พบว่าเพศชาย มีการดื่มสุราและติดสุรามากกว่าเพศหญิง ($p<0.001$) ผู้ป่วยที่ดื่มสุราและติดสุรามีอายุเฉลี่ย

ตารางที่1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มและไม่ดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท (N = 300 คน)

ลักษณะทั่วไปทางประชากร	ไม่ดื่ม (N=187 คน)		ดื่ม (N=113 คน)		p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
- เพศ					0.000*
ชาย	84	46.7	96	53.3	
หญิง	103	85.8	17	14.2	
- อายุเฉลี่ย					0.000*
ไม่ดื่ม 39.17 ปี SD 11.678					
ดื่ม 33.36 ปี SD 8.643					
- สถานภาพสมรส					0.244
โสด, แยกทาง, หย่า, ร้าง	156	60.9	100	39.1	
คู่	31	70.5	13	29.5	
- การศึกษา					0.306
ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	69	61.6	43	38.4	
มัธยมศึกษาตอนต้น	42	55.3	34	44.7	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช/ปวส/อนุปริญญา	66	66.7	33	33.3	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10	76.9	3	23.1	
- อาชีพ					0.291
อยู่บ้าน/พระภิกษุ/ทำไร่ นา/ศึกษาต่อ	112	65.9	58	34.1	
ข้าราชการ/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	21	58.3	15	41.7	
รับจ้าง	52	56.5	40	43.5	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ PANSS score ปริมาณยารักษาโรคจิต และการทำ ECT จำแนกตามการดื่มและไม่ดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท (N = 300 คน)

	ไม่ดื่ม (N=187 คน)		ดื่ม (N=113 คน)		p
	Mean	SD	Mean	SD	
- Total					
	109.81	21.465	120.12	20.514	0.000*
- Positive					
	27.9305	8.05362	28.8850	9.21737	0.347
- Negative					
	34.3957	8.84901	36.8319	8.20921	0.018*
- General					
	37.4332	9.34118	42.4258	7.71108	0.000*
- Supplement					
	10.0481	4.04449	11.9735	4.91982	0.001*
-Difference					
	-6.47	12.042	-7.95	11.209	0.290
-Antipsychotic drug					
	880.43	573.211	983.51	529.521	0.122

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ดื่มสุราและการติดสุราในผู้ป่วยจิตเภท (N = 219 คน)

ลักษณะทั่วไปทางประชากร	ไม่ดื่ม (N=187 คน)		ติดสุรา (N=32 คน)		p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
- เพศ					0.000*
ชาย	84	73.7	30	26.3	
หญิง	103	98.1	2	1.9	
-อายุเฉลี่ย					
ไม่ดื่ม 39.17 ปี SD 11.678					0.002*
ติดสุรา 32.53 ปี SD 8.817					
- สถานภาพสมรส					0.430
โสด, แยกทาง, หย่า, ร้าง	156	84.3	29	15.7	
คู่	31	91.2	3	8.8	
- การศึกษา					0.037*
ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	69	78.4	19	21.6	
มัธยมศึกษาตอนต้น	42	84.0	8	16.0	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช/ปวส/อนุปริญญา	66	93.0	5	7.0	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10	100	0	0.0	
- อาชีพ					0.312
อยู่บ้าน/พระภิกษุ/ทำไร่ นา/ศึกษาต่อ	112	88.2	15	11.8	
ข้าราชการ/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	21	84.0	4	16.0	
รับจ้าง	52	80.0	13	20.0	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ PANSS score ปริมาณยารักษาโรคจิต และการทำ ECT จำแนกตามการไม่ดื่มสุรากับการติดสุราในผู้ป่วยจิตเภท (N = 219 คน)

	ไม่ดื่ม(N=187 คน)		ติดสุรา (N=32 คน)		p
	Mean	SD	Mean	SD	
- Total					
	109.81	21.465	125.22	22.336	0.000*
- Positive					
	27.9305	8.05362	29.0938	10.24336	0.545
- Negative					
	34.3957	8.84901	38.7188	9.08467	0.012*
- General					
	37.4332	9.34118	44.8125	7.58367	0.000*
- Supplement					
	10.0481	4.04449	12.5938	4.67567	0.002*
-Difference					
	-6.47	12.042	-9.63	9.918	0.162
-antipsychotic drug					
	880.43	573.211	1142.19	530.841	0.017*

วิจารณ์

การดื่มสุราและการติดสุราในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม 2550 จำนวน 300 คน จากการศึกษา พบความชุกของการดื่มสุราในช่วง 4 เดือน 37.7% (113 จาก 300 ราย) และความชุกของการติดสุรา 10.7% (32 จาก 300 ราย) ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ Etter, M. and Etter, J.F. [19] ที่พบความชุกของการดื่มสุราในรอบ 1 ปี 66.9% และความชุกของการติดสุราในรอบ 1 ปี 15.9% ความชุกที่แตกต่างกันขึ้นกับระยะเวลาที่ทำการศึกษา และข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส เชื้อชาติ รวมถึงภูมิประเทศและสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่

ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราพบเพศชาย : เพศหญิง ประมาณ 5.6 : 1 อายุเฉลี่ย 33.4 ปี สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ต้องพึ่งตนเอง อันได้แก่ โสด แยกทาง หย่า และร้าง (ร้อยละ 39.1) ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Akvardar, Y. [20] ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุราพบเพศชาย : เพศหญิงประมาณ 15 : 1 สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ต้องพึ่งตนเอง อันได้แก่ โสด แยกทาง หย่า และร้าง (ร้อยละ 15.7) เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดื่มสุรา พบเพศชาย : เพศหญิง 1 : 1.2 สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ต้องพึ่งตนเอง อันได้แก่ โสด แยกทาง หย่า และร้าง (ร้อยละ 60.9) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งที่ไม่ดื่มสุรา ดื่มสุรา และติดสุรา ส่วนมากพบในเพศชายซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ค่านิยมทางสังคม สถานะทางสังคม ขนาดของรูปร่าง ตลอดจนกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดสุราพบเพศชายสูงกว่าเพศหญิงถึง 15 เท่า และการที่พบผู้ป่วยจิตเภททั้งที่ไม่ดื่มสุรา ดื่มสุรา และติดสุรา ส่วนมากอยู่ในกลุ่มที่ต้องพึ่งตนเอง อาจเกิดจากปัญหาของการดื่มสุราที่มีมาก่อนส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงาน หรือเกิดขึ้นภายหลังแต่นำไปสู่การหย่าร้าง ตลอดจนอาการของโรคจิตเภทเองที่มีผลกระทบต่อการแต่งงานและการหย่าร้าง

ระดับการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดื่มสุรา ดื่มสุรา และติดสุรา ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาหรือได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีผลใกล้เคียงกับ Etter, M. and Etter, J.F. [19] ซึ่งอาจเป็นผลมาจากระดับการศึกษาที่น้อยส่งผลให้มีความเสี่ยงของการดื่มสุราเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่

ด้านอาชีพพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดื่มสุรา ดื่มสุรา และติดสุรา ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ว่างงานหรือไม่มีรายได้ตายตัว เช่น อยู่บ้าน บวชพระ ทำไร่ ทำนา หรือศึกษาต่อ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการอาการทางจิตที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ หรือทำงานได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีเวลาว่างมาก จึงมีความเสี่ยงของการใช้เวลาดังกล่าวไปดื่มสุรา

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราและติดสุรา ส่วนใหญ่พบในเพศชาย สถานภาพโสด หย่า ร้าง ไม่ได้รับการศึกษาหรือระดับประถมศึกษา ที่ว่างงานหรือไม่มีรายได้ตายตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุราของปริทรรศ ศิลปกิจ[23] และจากการศึกษาดังกล่าวพบว่าอัตราการติดสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและอาการซึมเศร้าสูง โดยเมื่อมีปัญหาทางจิตใจเกิดขึ้นก็ใช้การดื่มสุราเป็นทางออก จึงควรมีการจัดตั้งแผนงานในการให้ความรู้ การป้องกัน การลดหรือการหยุดดื่มสุรา การฟื้นฟูศักยภาพ ตลอดจนการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มดังกล่าว เพื่อลดความเสี่ยงในการดื่มสุราและติดสุรา

การศึกษาถึงผลของอาการทางจิตโดยใช้ PANSS score จำแนกตามการดื่มสุรา และติดสุรา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราและติดสุรามีค่า PANSS score สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดื่มสุรา โดยเฉพาะ PANSS negative, general, supplement มีค่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุรามีการกำเริบของอาการทางจิต[11] มีพฤติกรรมก้าวร้าวและ

ไม่สามารถควบคุมตนเองได้[10] การนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น[12] และ การกลับเข้ามารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น[24] ซึ่งอาจเป็นผลมาจากสุราทำให้ปฏิกิริยาในการตอบสนองช้าลง การบกพร่องในการรับรู้ สมาธิ การตัดสินใจ จึงทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงขึ้น ตลอดจนการดื่มสุราเพื่อให้เกิดการกระตุ้นและอารมณ์ที่เคลิ้มสุข ลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ลดอารมณ์เศร้าความรู้สึกไม่เป็นสุข แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราและติดสุรามีแนวโน้มที่จะเกิดการกำเริบของอาการทางจิตได้มากกว่าและรุนแรงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดื่มสุรา ดังนั้นจึงควรมีการสอบถามข้อมูลการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภททุกราย เพื่อจัดแผนการรักษาที่เหมาะสม การติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการแก้ไขปัญหาหรืออาการต่างๆด้วยวิธีการที่เหมาะสมแทนการดื่มสุรา

การใช้ยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุราและดื่มสุรา พบว่ามีการใช้ยาในขนาดที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยที่ติดสุราพบว่ามีการใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าสุราทำให้มีการดื้อต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต[18] ไปลดระดับของยารักษาโรคจิตชนิดฉีดในกระแสเลือด[16,17] ส่งผลให้มีการใช้ยาในขนาดที่สูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีแนวโน้มที่ต้องใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ติดสุราเพื่อให้ได้รับผลการรักษาที่เท่ากัน ดังนั้นจึงควรมีการคัดกรองการติดสุราในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางเบื้องต้นในการพิจารณาขนาดยารักษาโรคจิตที่ให้ในผู้ป่วย

สรุป

การดื่มสุราและการติดสุราในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม 2550 จำนวน 300 คน พบความชุกของการดื่มสุราในช่วง 4 เดือน 37.7% (113 ราย จาก 300 ราย) และความชุกของการติดสุรา 10.7% (32 ราย จาก 300 ราย) ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราและติดสุรามีค่า PANSS score สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดื่มสุรา โดยเฉพาะ PANSS negative, general, supplement มีค่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่ติดสุราพบว่ามีการใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุราแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ฐานันดร์ ปิยะศิริศิลป์ ที่จุดประกายความคิดในการริเริ่มการวิจัยนี้ นายแพทย์เกษม ตันติผลาชีวะ นายแพทย์ชัยฤทธิ์ กฤษณะ ที่ให้คำแนะนำและตรวจทานความเรียบร้อยของการวิจัย นางสาว กิ่งดาว ศรีวรนันท์ ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และ แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะ ช่วยเหลือ สนับสนุนและผลักดันจนการวิจัยนี้สามารถสำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

1. Cargiulo T. Understanding the health impact of alcohol dependence. Am J Health Syst Pharm. 2007 Mar 1; 64 (Suppl 3):S5–11 (www.ajhp.org).

2. Sullivan EV, Rosenbloom MJ, Pfefferbaum A. Balance and gait deficits in schizophrenia compounded by the comorbidity of alcoholism. Am J Psychiatry.2004 April; 161(4):751–5.

3. Deshmukh A, Rosenbloon MJ, Pfefferbaum A, Sullivan EV. Clinical signs of cerebellar dysfunction in schizophrenia, alcoholism, and their comorbidity. Schizophr Res.2002 October 1; 57(2–3):281–91.

4. Barbee JG, Clark PD, Crapanzano MS, Heintz GC, Kehoe C.E. Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency

psychiatric service. J Nerv Ment Dis. 1989 July; 177(7):400-7.

5. Lambert M, Haasen C, Mass R, and Krausz M. Consumption patterns and motivation for use of addictive drugs in schizophrenic patients. Psychiatr Prax. 1997 Jul; 24(4):185-9.

6. JoAnn E, Kirchner MD, Richard R Owen, Carol Nordquist MA, Ellen P Fischer. Diagnosis and management of substance use disorders among inpatients with schizophrenia. Psychiatr serv. 1998 January;49:82-5.

7. Noordsy DL, Drake RE, Teague GB, Osher FC, Hurlbut SC, Beaudett MS, et al. Subjective experiences related to alcohol use among schizophrenics. J Nerv Ment Dis. 1991 July; 179(7):410-4.

8. D'Souza DC, Gil RB, Madonick S, Perry EB, Forselius-Bielen K, Braley G, et al. Enhanced sensitivity to the euphoric effects of alcohol in schizophrenia. Neuropsychopharmacology. 2006 December; 31(12):2767-75.

9. Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Morning J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year follow up study of an unselected birth cohort. Schizophre Bull. 1998; 24(3):437-41.

10. Drake RE, Osher FC, Noordsy DL, Hurlbut SC, Teague GB, Beaudett MS. Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. Schizophre Bull. 1990; 16(1):57-67.

11. Eriksson A, Tengstrom A, Hodgins S. Topologies of alcohol use disorders among men with schizophrenic disorders. Addict Behav. 2007 Jun; 32 (6):1146-63.

12. Gerding LB, Labbate LA, Measom MO, Santos AB, Arana GW. Alcohol dependence and hospitalization in schizophrenia. Schizophr Res.1999 July 27;38(1):71-5.

13. Osher FC, Drake RE, Noordsy DL, Teague GB, Hurlbut SC, Biesanz JC, et al. Correlates and outcomes of alcohol use disorder among rural outpatients with schizophrenia. J Clin Psychiatry. 1994 March; 55(3):109-13.

14. Olivera AA, Keifer MW, Manley NK. Tardive dyskinesia in psychiatric patients with substance use disorders. Am J Drug Alcohol Abuse. 1990; 16:57-66.

15. Duke PJ, Pantelis C, Barnes TRE. South Westminster schizophrenia survey: alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. Br J Psychiatry. 1994; 164:630-6.

16. Soni SD, Bamrah JS, Krska J. Effect of alcohol on serum fluphennazine levels in stable chronic schizophrenics. Hum Psychopharmacol. 1991; 6:301-6.

17. Soni SD, Brownlee M. Alcohol abuse in chronic schizophrenics: implications for management in the community. Acta Psychiatr Scand.1991; 84:272-6.

18. Bowers MB Jr, Mazure CM, Nelson JC, Lydiard B, Adinoff B, Selander J. Psychotogenic drug use and neuroleptic response. Schizophre Bull. 1990; 16(1):81-5.

19. Etter M, Etter JF. Alcohol consumption and the CAGE test in outpatient with schizophrenia or schizoaffective disorder and in the general population. Schizophre Bull.Vol.30, No.4, 2004.

20. Akvardar Y, Tumuklu M, Akdede BB, Ulas H, Kitis A, Alptekin K. Substance use among patients with schizophrenia in a university hospital. Bulletin of Clinical Psychopharmacology, Vol.14, No.4, 2004.

21. กาญจนา สุทธิเนียม และคณะ.การศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับการรักษา. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 13, 25-27สิงหาคม 2547, ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ, หน้า 161.

22. วิวัฒน์ เชวงชัยยง, นิศานาถ โชคเกิด. การใช้ CAGE เพื่อตรวจหาผู้ป่วยที่ติดสุราในโรงพยาบาล.วารสารสวนปรุง พฤษภาคม-สิงหาคม 2541 / ปีที่ 14 ฉบับที่ 1.

23. ปริทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2542.

24. เกษม ตันติผลาชีวะ. โรคจิตเภท. ตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536:331-7.