



บทความฟื้นฟูวิชาการ ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเภท

จินตนา มงคลพิทักษ์สุข,ภ.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อทราบถึงความชุกของการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเภทพร้อมทั้งหลักการ แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหานี้

วัสดุและวิธีการ: สืบค้นจากรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากบทความในวารสาร หนังสือ ตำรา รวมทั้งข้อมูลจากเว็บไซต์ต่างๆ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ผล: ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นปัจจัยก่อโรคที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ตลอดจนโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าคนปกติ ยารักษาโรคจิตโดยเฉพาะยากุ่มใหม่เช่น clozapine olanzapine มีแนวโน้มทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและก่อให้เกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมากขึ้นกว่าปกติ ดังนั้นเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภทจึงควรมีการดูแลผลกระทบบดังกล่าว โดยมีการเฝ้าระวังเกี่ยวกับการเกิดภาวะอ้วนและเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาดังกล่าว ด้วยการชั่งน้ำหนักตัว วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว วัดความดันโลหิต และมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งนั้นควรมีการป้องกันและแก้ไขภาวะดังกล่าว โดยดำเนินการให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอาหาร การเพิ่มการเคลื่อนไหว และการปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวัน หากผู้ป่วยปฏิบัติตนดังกล่าวแล้วไม่ได้ผล จิตแพทย์อาจพิจารณาเปลี่ยนยารักษาโรคจิต และในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานอาจพิจารณาใช้ยาที่ลดการดูดซึมอินซูลินร่วมด้วย

สรุป: ยารักษาโรคจิตโดยเฉพาะยากุ่มใหม่ มีแนวโน้มทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาดังกล่าว จึงควรได้รับการเฝ้าระวังดูแลเป็นพิเศษ ในการป้องกันและแก้ไขภาวะอ้วนและภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่อาจจะเกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

*ภ.ม.(เภสัชกรรมคลินิก) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



Review article

Metabolic syndrome in schizophrenia patients

*Jintana Mongkolpitaksuk, M.S.**

Abstract

Objective: To know about the prevalence of metabolic syndrome in schizophrenia patients and review the special attention in caring for schizophrenia patients with metabolic syndrome.

Materials and methods: The relevant literatures on metabolic syndrome were reviewed from Thai and International journals, thesis, textbooks and online media.

Results: Metabolic syndrome was one of the most important morbid conditions because of its association with subsequent development of type 2 diabetes mellitus and cardiovascular diseases. There were many reports of weight gain and metabolic syndrome induced by atypical antipsychotic drugs, in particular clozapine and olanzapine. Schizophrenia patients should be weighed, measured waist circumference, monitored body mass index (BMI), blood pressure, fasting blood sugar level and lipid profiles. Patients should be prevented and resolved metabolic syndrome by combination of modification of diet, physical activity and behavior modification. If these programs do not success, the psychiatrists may be switch the antipsychotic drugs. The obese schizophrenia patients with type 2 DM should receive medications that reduce insulin resistance.

Conclusion: Antipsychotic drugs, in particular atypical antipsychotic drugs induce weight gain and metabolic syndrome. Therefore, schizophrenia patients who have been receiving such antipsychotic drugs should be intensively cared to prevent and resolve weight gain and metabolic syndrome.

Key words: Schizophrenia patients, metabolic syndrome

* M.S. in Pharmacy (Clinical pharmacy) Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นภาวะที่ร่างกายมีความผิดปกติทางเมตาบอลิกได้แก่ glucose intolerance ภาวะอ้วนลงพุง (central obesity) ไขมันในเลือดผิดปกติและความดันโลหิตสูง¹ โดยเกณฑ์การตัดสินภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่ใช้ในปัจจุบันคือ เกณฑ์ของ The National Cholesterol Education Program’s Adult treatment Panel III (NCEP : ATP III) ดังแสดงในตารางที่ 1² ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวไม่เหมาะกับชาวเอเชีย เนื่องจากมีการตัดสินว่าเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยใช้ค่าเส้นรอบเอวที่มากกว่า 102 เซนติเมตรในเพศชายและ 88 เซนติเมตรใน

เพศหญิง แต่การศึกษาโดย International Obesity Task Force (ซึ่งศึกษาในชาวเอเชียโดยตรง) พบว่าชาวเอเชียจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าคนปกติ เมื่อมีค่าเส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตรในเพศชาย หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ของ The International Diabetes Federation (IDF) ที่มีนิยามของการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมดังแสดงในตารางที่ 2³

ตารางที่ 1 เกณฑ์การตัดสินภาวะเมตาบอลิกซินโดรมตามเกณฑ์ของ NCEP : ATP III²

ปัจจัยเสี่ยง
1. ค่าเส้นรอบเอว มากกว่า 102 เซนติเมตรในเพศชาย มากกว่า 88 เซนติเมตรในเพศหญิง
2. ระดับ triglyceride มากกว่าหรือเท่ากับ 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
3. ระดับ HDL-C น้อยกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในเพศชาย น้อยกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในเพศหญิง
4. ความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 มิลลิเมตรปรอท
5. ระดับ fasting plasma glucose มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ตารางที่ 2 เกณฑ์การตัดสินภาวะเมตาบอลิกซินโดรมตามเกณฑ์ของ IDF³

ปัจจัยเสี่ยง
1. มีภาวะอ้วนลงพุง ในชาวเอเชียมีค่าเส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตรในเพศชาย มากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ
2. ระดับ triglyceride มากกว่าหรือเท่ากับ 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตรหรือได้รับการรักษา triglyceride สูง
3. ระดับ HDL-C น้อยกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในเพศชาย น้อยกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในเพศหญิง
4. ความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 มิลลิเมตรปรอทหรือได้รับการรักษาความดันโลหิตสูง
5. ระดับ fasting plasma glucose มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตรหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นความผิดปกติที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือด⁴ ผู้มีภาวะนี้จึงมีโอกาสเกิดโรคต่างๆดังกล่าวได้มากกว่าปกติ ทั้งนี้ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีโอกาสตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าคนปกติ 2.4 ถึง 3.4 เท่า⁵ มีรายงานว่า การได้รับการรักษาโรคจิตทั้งกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่มีแนวโน้มทำให้เกิดน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และมีโอกาสเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมากกว่าการที่ไม่ได้รับการรักษาดังกล่าว⁶⁻¹² ด้วยเหตุนี้จึงควรมีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วน (อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม) เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันและแก้ไขปัญหาเมตาบอลิกซินโดรมที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ความชุกในการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษา Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 689 ราย พบว่า การเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับความชุกร้อยละ 42.7 ซึ่งสูงกว่าความชุกในคนปกติถึง 2 เท่า¹³ และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ระดับ HDL-cholesterol ต่ำและโรคเบาหวานในอัตราที่สูงกว่าคนปกติ¹⁴

ผลการศึกษาความชุกในการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมตามเกณฑ์ของ IDF ในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยในจิตเภทที่มีภาวะอ้วน จำนวน 76 ราย เป็นชาย 29 ราย เพศหญิง 47 ราย พบว่า มีผู้ป่วยที่เกิด

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมทั้งสิ้นร้อยละ 51.3 ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 18.4 เพศหญิงร้อยละ 32.9 และเมื่อพิจารณาในเพศเดียวกัน พบว่ามีอัตราเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเฉพาะในกลุ่มเพศชายร้อยละ 48.3 และเฉพาะในกลุ่มเพศหญิงร้อยละ 53.2

ดังนั้นจะเห็นว่าผู้ป่วยในจิตเภทที่มีภาวะอ้วนประมาณครึ่งหนึ่ง(ไม่ว่าจะพิจารณาในภาพรวมของทั้งสองเพศ หรือแยกเฉพาะในกลุ่มเพศเดียวกันก็ตาม) มีปัญหาเมตาบอลิกซินโดรม และความชุกของปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าคนปกติ 2-4 เท่า¹⁵

การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความชุกของการเกิดภาวะอ้วนมากกว่าคนปกตินั้น มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงทั้งที่สืบเนื่องมาจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น ขาดการดูแลตนเอง ขาดการออกกำลังกายและขาดการควบคุมอาหาร กล่าวคือผู้ป่วยจิตเภทกินอาหารที่มีไขมันสูงและมีกากใยน้อย และจากการใช้ยารักษาโรคจิตบางชนิด

ยารักษาโรคจิตและภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ยารักษาโรคจิตที่มีแนวโน้มทำให้เกิดน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ทั้งยาในกลุ่มเก่า (typical antipsychotic drugs) ได้แก่ thioridazine⁶ chlorpromazine⁷ และยากลุ่มใหม่ (atypical antipsychotic drugs) ได้แก่ clozapine, olanzapine, risperidone, quetiapine^{7,8,9} โดยเฉพาะอย่างยิ่ง clozapine และ olanzapine มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวโดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา clozapine และ olanzapine มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.45 และ 4.15 กิโลกรัมตามลำดับ เมื่อได้รับยาขนาดที่ใช้รักษาเป็นเวลา 10 สัปดาห์¹⁰ ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่แต่ละชนิดกับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว การเกิดเบาหวานและความผิดปกติของไขมันในเลือด ดังแสดงในตารางที่ 3¹¹ ซึ่งพบว่า clozapine และ olanzapine มีแนวโน้มทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความผิดปกติของไขมันในเลือดมากกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ตัวอื่น ขณะที่ risperidone และ quetiapine ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นปานกลาง aripiprazole และ ziprasidone มีความเสี่ยงที่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อย และไม่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานและไขมันในเลือดผิดปกติ¹¹

จากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่เป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ olanzapine มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6 กิโลกรัม ผู้ป่วยที่ได้รับ quetiapine และ risperidone มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2-3 กิโลกรัม ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยา aripiprazole และ ziprasidone มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1 กิโลกรัม¹²

ตารางที่ 3 การเกิดความผิดปกติทางเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่¹¹

ยาต้านโรคจิต	น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น	ความเสี่ยงในการเกิดเบาหวาน	ความเสี่ยงในการเกิดไขมันในเลือดผิดปกติ
Clozapine	+++	+	+
Olanzapine	+++	+	+
Risperidone	++	D	D
Quetiapine	++	D	D
ziprasidone	+/-	-	-
Aripiprazole	+/-	-	-

+ หมายถึง เพิ่มโอกาสการเกิด

- หมายถึง ลดโอกาสการเกิด

D หมายถึง ยังสรุปไม่ได้

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับเมตาบอลิกซินโดรม

น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นและภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านโรคจิต ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วนมีอัตราการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมสูงถึงร้อยละ 51.3¹⁵ ดังนั้นจึงควรมีการดูแลภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วน ซึ่งเกณฑ์ในการตัดสินภาวะอ้วนคือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยการดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1. ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง คำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) วัดเส้นรอบเอว วัดความดันโลหิตอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
2. ติดตามผลค่าทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า fasting blood sugar (FBS), lipid profile ได้แก่ ค่า LDL-C, HDL-C, triglyceride, cholesterol

2.1 การตรวจวัดค่า fasting blood sugar (FBS) และ glucosyleted hemoglobin (HbA1c) ควรมีการตรวจ FBS และ HbA1c ก่อนได้รับยาต้านโรคจิตหรือปรับชนิดยาต้านโรคจิต และควรตรวจ FBS และ HbA1c หลังจากได้รับยาต้านโรคจิต 3 เดือนแล้ว จากนั้นปีละ 1 ครั้งกรณีที่ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นควรมีการติดตามค่า FBS และ HbA1c ทุก 4 เดือน^{11,16}

2.2 การตรวจวัดค่า lipid profile ได้แก่ค่า cholesterol , triglyceride, LDL-C, HDL-C ควรตรวจก่อนได้รับยาต้านโรคจิตหรือปรับชนิดของยาต้านโรคจิต หลังจากนั้นควรมีการตรวจทุก 3-6 เดือน^{11,16,17}

3. การป้องกันและแก้ไขภาวะอ้วนและภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

สามารถดำเนินการได้ 2 วิธีคือการไม่ใช้ยา และการใช้ยา

3.1. การป้องกันและแก้ไขภาวะอ้วนและภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยการไม่ใช้ยา

การลดน้ำหนักและลดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยการไม่ใช้ยานั้นประกอบด้วย 3 วิธีด้วยกันดังนี้^{18,19,20}

3.1.1 การควบคุมและปรับการรับประทานอาหาร

ผู้ป่วยที่กินยารักษาอาการทางจิตส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเนื่องจากกินอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารที่ให้พลังงานสูง¹⁹ ดังนั้นในการควบคุมน้ำหนักจะต้องมีการควบคุมให้กินอาหารที่มีไขมันสูง ขนมหวาน น้ำอัดลมให้น้อยลง และเพิ่มการกินผักผลไม้ที่ไม่มีรสหวานเช่น ชมพู แดงโมเพิ่มขึ้น ควรแนะนำให้ผู้ป่วยกินอาหารให้ครบทุกมื้อ ไม่ควรอดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง นอกจากนั้นควรหลีกเลี่ยงการกินขนมจุกจิกระหว่างมื้ออาหารและก่อนนอน โดยถ้าต้องการลดน้ำหนักตัวลง 0.5 กิโลกรัมในหนึ่งสัปดาห์ ควรลดการกินอาหารลง 500-1000 กิโลแคลอรีต่อวัน²¹

3.1.2 การเพิ่มการเคลื่อนไหว

การเพิ่มการเคลื่อนไหวมีความสำคัญมากในการลดน้ำหนัก โดยสามารถใช้เป็นตัวทำนายนความสำเร็จในการลดน้ำหนักได้¹⁹ โดยการเพิ่มการเคลื่อนไหวมีได้ 2 วิธีคือ

ก. การออกกำลังกายควรมีการออกกำลังกายสัปดาห์ละอย่างน้อย 150 นาที โดยเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มเป็นร้อยละ 55-69 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด²⁰

ข. การเพิ่มการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน

การเพิ่มการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันโดยเปลี่ยนชีวิตประจำวันจากการนั่ง นอนดู

โทรทัศน์ เป็นการช่วยทำงานบ้านเช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน เช็ดโต๊ะ เปลี่ยนจากการใช้ลิฟต์มาใช้บันไดแทน^{22,23} โดยการเดินเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่ทำได้ง่ายและมีประโยชน์ โดยมีข้อแนะนำให้เดินต่อเนื่อง 20-30 นาที³ ครั้งต่อสัปดาห์¹⁹

3.1.3. การปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวัน

การปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวันคือการควบคุมการรับประทานอาหารและเพิ่มการเคลื่อนไหวให้เป็นนิสัย โดยมีการศึกษาพบว่า cognitive behavior therapy (CBT) ร่วมกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายทำให้ผู้ป่วยน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าเมื่อเทียบกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว²⁰

3.2. การป้องกันและแก้ไขภาวะอ้วนและภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยการให้ยา

3.2.1 การเปลี่ยนยารักษาโรคจิต

จากการศึกษา CATIE พบว่าในช่วงแรกของการศึกษาผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 7 เมื่อเปลี่ยนยาเป็น ziprasidone ในช่วงที่ 2 พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 42 มีน้ำหนักตัวลดลง มากกว่าร้อยละ 7 หากเปลี่ยนยาเป็น risperidone มีผู้ป่วยร้อยละ 20 ที่มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 7 ขณะที่ผู้ป่วยที่เปลี่ยนยาเป็น quetiapine มีผู้ป่วยร้อยละ 7 ที่มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 7²⁴ ตามเกณฑ์ของ American Diabetes Association และ American Psychiatric Association แนะนำให้มีการเปลี่ยนยารักษาโรคจิต เมื่อน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเพิ่มมากกว่าน้ำหนักตัวก่อนรับประทานยาร้อยละ 5 หรือมีภาวะไขมันในเลือดหรือน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น¹⁴

3.2.2 การใช้ยาที่ลดการติดต่ออินซูลิน

ยาที่ควรเลือกใช้เป็นกลุ่มแรกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานประเภทที่ 2 คือ ยาในกลุ่มที่ลดการติดต่ออินซูลิน ได้แก่

metformin และยาในกลุ่ม thiazolidinediones²⁵ โดยยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรกคือ metformin เนื่องจากสามารถลดภาวะดื้อต่ออินซูลินและลดความอยากอาหารในผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ metformin ยังมีประสิทธิภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่อ้วนได้²⁶ ส่วนยาในกลุ่ม thiazolidinediones ออกฤทธิ์เป็น PPAR- agonist และลดการดื้อต่ออินซูลิน แต่มีรายงานว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มนี้มีน้ำหนักตัวมากขึ้นจากการสะสมของไขมันใต้ผิวหนังและการคั่งของของเหลวในร่างกาย²⁶

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วนในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาพบว่าเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมประมาณร้อยละ 50 แสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วนประมาณครึ่งหนึ่งมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเกิดขึ้น ซึ่งจัดว่ามีความสูงมาก ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วนทุกราย ควรได้รับการดูแลเรื่องการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายรวมทั้งได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีภาวะอ้วน หากได้รับยาที่มีแนวโน้มที่ทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเช่น clozapine olanzapine ควรมีการเฝ้าระวังการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว และมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะ

สรุป

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นภาวะหนึ่งที่ทำให้เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าคนปกติ โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยา

โรคจิต โดยเฉพาะยารักษาโรคจิตในกลุ่มใหม่ มีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นและมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมากกว่าคนที่ไม่ได้รับยาดังกล่าว ดังนั้นจึงควรมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ BMI วัดเส้นรอบเอว วัดความดันโลหิต และมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะทางเมตาบอลิกซินโดรมได้อย่างทันท่วงที ซึ่งการดูแลและแก้ไขภาวะอ้วนและภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดย 1. การควบคุมและปรับการรับประทานอาหาร 2. การเพิ่มการเคลื่อนไหว 3. การปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวัน หากว่ามีการปฏิบัติตัวตามทั้ง 3 ข้อแล้วยังไม่ได้ผล จิตแพทย์อาจมีการพิจารณาเปลี่ยนยารักษาโรคจิต กรณีที่ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานอาจพิจารณาใช้ยาที่ลดการดื้อต่ออินซูลิน เพื่อให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวที่ลดลง และแก้ไขภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์วีรพล อุณหรัศมิ แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช และเภสัชกรหญิงอัจฉรา ธรรมเถกิงกิจ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ทบทวนบทความ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

- 1) Eckel RH, Grundy SM, and Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet* 2005; 365:1415-28.
- 2) Expert Panel on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285:2486-97.
- 3) Patel A, Huang KC, Janas ED. Is a single definition of the metabolic syndrome appropriate? a comparative study of the USA and Asia. *Atherosclerosis* 2006; 184:226-32.
- 4) International Obesity Task Force. The Asia-pacific perspective: Redefining obesity and its treatment. 2000. Available from: <http://www.obesityasiapacific.com> [2003 Feb 22].
- 5) Lakka HM. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-age men. *JAMA* 2002;288:2709-16.
- 6) Peter JV, Khan MA. Obesity. In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Well BG, POSEY LM, editors. *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 2543-63.
- 7) Sachs GS, Guille C. Weight gain associated with use of psychotropic medications. *J Clin Psychiatry* 1999;60 suppl:S21:16-9.
- 8) Miller DD. Review and management of clozapine side effects. *J Clin Psychiatry* 2000;61 suppl:S 8:14-7.
- 9) Henderson DC, Cagliero E, Gray C, Nasrallah RA, Hayden DL, Schoenfeld DA et al. Clozapine, diabetes mellitus, weight gain and lipid abnormalities: a five-year materialistic study. *Am J Psychiatry* 2000;15:975-81.
- 10) Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler LP, Cappelleri JC, Infante MC et al. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry* 1999;156:1686-96.
- 11) American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologists; North American Association for the study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care* 2004;27:596-601. Available at: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/27/2/596>. [2006 Feb 1].
- 12) Newcomer JW. Metabolic considerations in the use of antipsychotic medications: a review of recent evidence. *J Clin Psychiatry* 2007;68 suppl 1:20-27.
- 13) McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia; baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia trial and comparison with nationalestimates from NHANES III. *Schizophr Res* 2005;80:19-32.
- 14) Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res* 2005;80:45-53.