

## อัตราการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

ณัฐจิวรีตต์ เอนกวิทย์ พ.อ.

กลุ่มงานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000

### Abstract: Relapse Rate of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in Patients at Mahasarakham Hospital

Anekwit N

Department of mental health, psychiatry and drugs, Mahasarakham Hospital, Talad, Mueang Mahasarakham, Mahasarakham ,44000

(E-mail: pearjadejanejame@gmail.com)

**Background:** The numbers of patients with schizophrenia and other psychotic disorders who received psychiatric service at Mahasarakham hospital during 2014 - 2016 were 1007, 1024, and 1095 respectively. Although these disorders were prevalent, relapse rates have not yet been identified. **Objectives:** To study relapse rates of schizophrenia and other psychotic disorders at Mahasarakham Hospital. **Methods:** This was a retrospective descriptive study. Data of patients diagnosed with ICD-10 F20-F29 schizophrenia and other psychotic disorders during October 1<sup>st</sup> 2016 - September 30<sup>th</sup> 2017 were retrospectively collected from medical records. Relapse was defined as the psychiatric visit with a CGI-S score higher than 4. **Results:** There were 1,069 patients included into the study. Schizophrenia (F20) accounted for 838 patients (78.4%) with male predominance (64.2%). Mean age was 43.5 ±13.1 years. Relapse was found in 78 patients (7.3%). Major reasons for relapse were discontinuation of medication (35.9%), and substance use (32.1%). Most patients with relapse (60.3%) still received outpatient treatment, 32% were referred and only 7.7% received inpatient treatment. **Conclusion:** Relapse rate of schizophrenia and other psychotic disorders at Mahasarakham hospital was 7.3%.

**Keywords:** Relapse rate, Schizophrenia and other psychotic disorders

### บทคัดย่อ

**ภูมิหลัง:** ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปีงบประมาณ 2557 - 2559 มีจำนวน 1,007, 1,024 และ 1,095 รายตามลำดับ แม้ว่าพบโรคนี้ได้มาก แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาอัตราการกำเริบซ้ำของโรคในผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ **วัตถุประสงค์:** เพื่อหาอัตราการกำเริบซ้ำของโรคในผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามที่ได้รับการวินิจฉัยและลงรหัสโรคด้วย ICD-10 รหัส F20-F29 โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ทั้งหมด เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 - 30 กันยายน พ.ศ. 2560 ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยกำหนดนิยามของการกำเริบซ้ำจากค่าคะแนน CGI-S ที่มากกว่า 4 **ผล:** ผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 1,069 ราย เป็น F20 schizophrenia จำนวน 838 ราย (ร้อยละ 78.4) เป็นเพศชายจำนวน 686 ราย (ร้อยละ 64.2) อายุเฉลี่ย 43.51 ปี ( $\pm$  SD 13.06) ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ มีจำนวน 78 ราย อัตราการกำเริบซ้ำของโรคในผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคามเป็น ร้อยละ 7.3 มีสาเหตุอาการกำเริบซ้ำจากขาดยา ร้อยละ 35.9 และมีการใช้สารเสพติด ร้อยละ 32.1 ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกถึงร้อยละ

60.3 ส่งไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าร้อยละ 32.0 และรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในร้อยละ 7.7 **สรุป:** อัตราการกำเริบซ้ำของโรคในผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นร้อยละ 7.3

**คำสำคัญ:** อัตราการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ

### บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia)<sup>1</sup> คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของความคิดทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง เกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตนเอง การใช้ชีวิตในสังคม มีการศึกษาในประชากรทั่วไปที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2007<sup>2</sup> พบว่า ความชุกชั่วชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (lifetime prevalence of schizophrenia) อยู่ที่ร้อยละ 0.87 สอดคล้องกับอีกการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>3</sup> ที่ได้รับการสนับสนุนโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (NIMH : National Institute of Mental Health) พบว่า ความชุกของโรคจิตเภทอยู่ระหว่างร้อยละ 0.6 - 1.9 หรือประมาณร้อยละ 1 ซึ่งหมายถึง ในจำนวนคน 100 คน มี 1 คนที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทในระหว่างช่วงชีวิต ซึ่งปัจจัยทางพันธุกรรมและสภาพแวดล้อมมีผลต่อการเกิดโรคนี้<sup>1</sup> ในประเทศไทย

การเก็บข้อมูลของกรมสุขภาพจิตจนถึงปีงบประมาณ 2560 มีการเก็บข้อมูลของโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ร่วมกัน และรายงานผลในการตรวจราชการเป็นกลุ่มโรคดังกล่าว ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้ส่วนใหญ่ เมื่อมีการกำเริบซ้ำเกิดขึ้น เพิ่มโอกาสในการนอนโรงพยาบาล ต้องไปพบแพทย์ถี่มากขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ใช้จ่ายหลายชนิดหรือปริมาณสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง<sup>3</sup> และส่งผลต่อการทำหน้าที่โดยทั่วไปลดลง<sup>4</sup> กลายเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังและการที่มีผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว ชุมชน ส่งผลให้เกิดภาระโรค (DALY)<sup>5</sup> ของประเทศสูงขึ้น นโยบายด้านสุขภาพในปัจจุบันจึงส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น เพื่อลดภาระโรคในอนาคตที่แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จากสถิติจำนวนผู้มารับบริการของโรงพยาบาลมหาสารคาม มีผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ มารับบริการที่โรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2557 - 2559 มีจำนวน 1,007<sup>6</sup> 1,024<sup>7</sup> และ 1,095<sup>8</sup> รายตามลำดับ ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยที่ต้องส่งตัวไปเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2559<sup>9</sup> จำนวน 111 ราย มีทั้งผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ โดยยังไม่มีการศึกษาอัตราการกำเริบซ้ำของโรคในผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาอัตราการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ เพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ต่อไป

## วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดในปีงบประมาณ 2560 ทั้งหมด เพื่อทราบอัตราการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามที่ได้รับการวินิจฉัยและลงรหัสโรคด้วย The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> revision (ICD-10) รหัส F20-F29 ทั้งหมด เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 - 30 กันยายน พ.ศ. 2560 ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลที่ทำการศึกษา แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ รหัสโรคในการ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ในปีงบประมาณ 2560

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>	<b>1,069</b>	<b>100</b>
ชาย	686	64.2
หญิง	383	35.8
<b>ชนิดของโรคจิต</b>	<b>1,069</b>	<b>100</b>
- schizophrenia (โรคจิตเภท)	838	78.4
- delusional disorder	13	1.2
- brief psychotic disorder	113	10.6
- schizoaffective disorder	38	3.6
- other psychotic disorder not due to a substance or known physiological condition	9	0.8
- unspecified psychotic not due to a substance or known physiological condition	58	5.4

ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมีผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S มากกว่า 4 มีจำนวน 78 ราย (ร้อยละ 7.3) ในจำนวนนี้มีสาเหตุอาการกำเริบซ้ำจากขาดยาจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 35.9) ใช้สารเสพติดจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 32.1) รับประทานยาไม่ถูกต้องจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 10.2) มีความเครียดหรือสิ่งเร้าอื่น ๆ จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 9) มีปัญหาการนอนหลับจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 6.4) และมีโรคทางกายแทรกซ้อนจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 6.4) (ตารางที่ 2)

วินิจฉัย กับคะแนน Clinical global illness of severity (CGI-S)<sup>10</sup> รูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ส่งตัวไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า นอกจากนี้ยังมีการเก็บสาเหตุที่มีการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S มากกว่า 4 ว่าเกิดจากปัจจัยใด ประเมินความรุนแรงของอาการป่วยด้วยแบบประเมิน CGI-S โดยเจ้าหน้าที่พยาบาล จิตแพทย์ และนักจิตวิทยาที่คลินิกที่ได้รับการอบรมทำความเข้าใจ มีการประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินทุกคนที่เกี่ยวข้องว่ามีความเที่ยงของการประเมิน ที่เลือกใช้แบบประเมินนี้ เนื่องจากใช้ง่าย ไม่ซับซ้อน สะดวก โดยแบบประเมินนี้แม้จะไม่มีตัวเลขที่ชัดเจนถึงค่าความไวและความจำเพาะ แต่มีการใช้อย่างแพร่หลาย การวิเคราะห์ข้อมูลประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การใช้ Odds ratio และใช้ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ที่จุดตัดคะแนน CGI-S มากกว่า 4 คะแนน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

## ผล

ข้อมูลทั่วไป ในช่วงเวลาที่ศึกษา มีผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวนทั้งสิ้น 1,069 ราย ที่เข้าเกณฑ์การศึกษา โดยมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 838 ราย (ร้อยละ 78.4), delusional disorder จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 1.2), brief psychotic disorder จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 10.6), schizoaffective disorder จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 3.6), other psychotic disorder not due to a substance or known physiological condition จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 0.8) และ unspecified psychotic not due to a substance or known physiological condition จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 5.4) ผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 686 ราย (ร้อยละ 64.2) อายุเฉลี่ย 43.51 ปี (± SD 13.06) โดยผู้ป่วยอายุน้อยสุด 14 ปี อายุมากที่สุด 89 ปี (ตารางที่ 1)

ข้อมูล CGI-S	จำนวน	ร้อยละ
<b>ค่าคะแนน CGI-S</b>	<b>1,069</b>	<b>100</b>
1. ปกติไม่ได้มีอาการ (normal, not at all ill)	132	12.3
2. สงสัยอาจมีอาการป่วย (borderline mentally ill)	130	12.2
3. ป่วยเล็กน้อย (mildly ill)	378	35.4
4. ป่วยปานกลาง (moderately ill)	351	32.8
5. ป่วยชัดเจน (markedly ill)	61	5.7
6. ป่วยรุนแรง (severely ill)	10	0.9
7. ป่วยรุนแรงมากที่สุด (among the most extremely ill patients)	7	0.7
<b>สาเหตุอาการกำเริบ (CGI-S มากกว่า 4)</b>	<b>78</b>	<b>100</b>
1. ขาดยา	28	35.9
2. มีการใช้สารเสพติด	25	32.1
3. รับประทานยาไม่ถูกต้อง	8	10.2
4. มีความเครียดหรือสิ่งเร้าอื่นๆ	7	9
5. มีปัญหาการนอนหลับ	5	6.4
6. มีโรคทางกายแทรกซ้อน	5	6.4

จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอาการกำเริบซ้ำ ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 47 ราย (ร้อยละ 60.3) ผู้ป่วยในจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 7.7) และได้รับการส่งไปรักษาตัวต่อจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 32.0) โดยผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S 5 คะแนน ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด แบบผู้ป่วยในจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 ของผู้ป่วยในทั้งหมด และได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาต่อจำนวน 10 รายคิดเป็นร้อยละ 32 ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S 6 คะแนน ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ของผู้ป่วยในทั้งหมด และได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาต่อจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 32 ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S 7 คะแนนทั้งหมด 7 ราย ได้รับการส่งต่อทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 28 ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 รูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำได้รับแยกรายคะแนน

ข้อมูลรูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ	จำนวน (ร้อยละ)
รูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ	78 (100)
ผู้ป่วยนอก	47 (60.3)
คะแนน CGI-S 5 คะแนน	47 (100)
6 คะแนน	0
7 คะแนน	0
ผู้ป่วยใน	6 (7.7)
คะแนน CGI-S 5 คะแนน	4 (66.7)
6 คะแนน	2 (33.3)
7 คะแนน	0
ส่งไปรักษาตัวต่อ	25 (32.0)
คะแนน CGI-S 5 คะแนน	10 (40.0)
6 คะแนน	8 (32.0)
7 คะแนน	7 (28.0)

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S มากกว่า 4 พบว่า ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนดังกล่าวมีผลต่อการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกลดลง 0.3 เท่า (odds ratio 0.3, 95%CI 0.2 - 0.4,  $p < 0.01$ ) และการส่งตัวไปรับการรักษาต่อเพิ่มขึ้น 2.7 เท่า (odds ratio 2.7, 95%CI 1.6 - 4.5,  $p < 0.01$ ) รวมถึงการรักษาแบบผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) (ตารางที่ 4)

รูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ	CGI-S ≤ 4	CGI-S > 4	Odd ratio	95% CI	p-value
ผู้ป่วยนอก	843	47	0.3	0.2-0.4	<0.01
ผู้ป่วยใน	0	6	-	-	<0.01
ส่งตัวไปรับการรักษาต่อ	148	25	2.7	1.6-4.5	<0.01

## วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า อัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตามเกณฑ์ CGI-S มากกว่า 4 เป็นร้อยละ 7.3 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการรักษา มีอัตราการกำเริบซ้ำใน 1 ปี ร้อยละ 16 - 23 และผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วย 1 ครั้ง (1 episode) มีอัตราการกำเริบซ้ำร้อยละ 25 เมื่อติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี แต่หากหยุดการรักษาอัตราการกำเริบซ้ำเพิ่มขึ้นถึง 5 เท่า<sup>1</sup> และหากเป็นอัตราการกำเริบซ้ำตลอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 70<sup>11</sup> ผลของการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะประชากรในการศึกษาแตกต่างกัน เนื่องจากในการศึกษาที่ใช้กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ไม่ได้เลือกเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทอย่างเดียว และไม่เลือกเฉพาะประชากรที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการป่วย 1 ครั้ง (1 episode) นอกจากนี้เกณฑ์ในการกำหนดอาการกำเริบซ้ำไม่ใช่เกณฑ์เดียวกัน แม้จะใช้คำนิยามในการกำเริบซ้ำเหมือนกันก็ตาม

จากการศึกษานี้พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดการกำเริบซ้ำเกิดจาก 1) การขาดยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Emsley<sup>4</sup> ของ Suzuki<sup>12</sup> และของ Porcelli<sup>11</sup> ที่พบว่า การไม่รับประทานยาเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำของโรคมากขึ้น ยังสอดคล้องกับการศึกษาในแคนาดาของ Zipursky<sup>13</sup> พบว่า หากใน 1 ปี ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่องมีอัตราการกำเริบซ้ำร้อยละ 77 และเพิ่มมากขึ้นมากกว่า ร้อยละ 90 ใน 2 ปี หากเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาสม่ำเสมอ 2) การใช้สารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gupta<sup>14</sup> ที่พบว่าการใช้สารเสพติดเพิ่มการกำเริบซ้ำของโรคและเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ San<sup>15</sup> ที่กล่าวว่า การเลิกใช้สารเสพติดกลุ่มกัญชาเป็นปัจจัยป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเพิ่มเติมของ Morriss<sup>16</sup> ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำที่เกี่ยวข้องกับการขาดยาเป็นความห่างของการนัดแต่ละครั้ง ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเรื่องความห่างของการนัด

จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S 5 คะแนน ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากความร่วมมือในการรักษาที่ดีและมีญาติดูแล แม้จะมีบางส่วนที่ต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและส่งต่อ เนื่องจากญาติกังวลใจ ไม่สามารถดูแลได้ ผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S 6 คะแนน มักพบว่าความร่วมมือในการรักษาไม่ดี จึงไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และได้รับการส่งต่อมากกว่ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน เนื่องจากโรงพยาบาลมหาสารคามดูแลผู้ป่วยในได้ในระยะเฉียบพลัน 24 - 72 ชั่วโมง หากผู้ป่วยอาการไม่สงบหรือมีแนวโน้มมีอาการรุนแรงต้องส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S 7 คะแนนได้รับการส่งต่อทั้งหมด

จากการศึกษานี้ยังพบว่า การใช้ค่าคะแนน CGI-S มากกว่า 4 คะแนน สามารถช่วยในการตัดสินใจของแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนในการรักษาและพิจารณาส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาได้ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังมีการใช้ค่าคะแนน CGI-S คือ ก่อนมีการใช้และการอธิบาย การประเมิน CGI-S มีผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในปีงบประมาณ 2556 คิดเป็นร้อยละ 40<sup>17</sup> ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ทั้งหมดที่มารับการรักษา เมื่อเริ่มมีการใช้และตรวจสอบความเชื่อมั่น

ของการประเมินคะแนนแล้วเริ่มมีการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นในปีงบประมาณ 2559 นั้นพบว่า มีการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65<sup>8</sup> ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ทั้งหมดที่มารับการรักษา และในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.8 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ทั้งหมดที่มารับการรักษาทางผู้ศึกษาจึงได้นำผลการศึกษาในครั้งนี้เพื่อจัดทำเกณฑ์ในการพิจารณาการลำดับความเร่งด่วนของการเข้าตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกที่ห้องตรวจแผนกสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลมหาสารคาม เกณฑ์การพิจารณาส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อภายในจังหวัดมหาสารคาม ทั้งจากโรงพยาบาลชุมชนมายังโรงพยาบาลมหาสารคาม และจากโรงพยาบาลมหาสารคามไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Shibasaki<sup>18</sup> ที่ใช้ค่าคะแนน CGI-S ตั้งแต่ 6 ขึ้นไปในการคัดเลือกรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่นอนโรงพยาบาลซ้ำ ในการศึกษาการตอบสนองหลังการรักษาด้วยการกระตุ้นไฟฟ้า

## สรุป

มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 1,069 ราย ที่เข้าเกณฑ์การศึกษา ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมีผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S มากกว่า 4 ซึ่งจากการศึกษาให้ผู้ป่วยที่มีคะแนนดังกล่าวคือผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ มีจำนวน 78 ราย การศึกษานี้จึงพบว่า อัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นร้อยละ 7.3 การแก้ไขปัญหาคาดการณ์การกำเริบซ้ำอย่างต่อเนื่อง และการแก้ไขไม่ให้มีการใช้สารเสพติด การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง การให้ความรู้และความเข้าใจกับญาติ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะลดอัตราการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ได้ การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ไม่ได้เลือกเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทอย่างเดียว ทำให้อัตราการกำเริบซ้ำที่ได้ไม่ใช่ของโรคจิตเภทอย่างเดียว ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป และการศึกษานี้ไม่ได้เลือกเฉพาะประชากรที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการป่วย 1 ครั้ง (1 episode) การศึกษาต่อไปอาจศึกษาอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งเดียวกับหลายครั้ง

ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำอาจจะเกี่ยวข้องเนื่องกับการขาดยาเป็นความห่างของการนัดแต่ละครั้ง ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเรื่องความห่างของการนัด ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความห่างของการนัดที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำของโรคต่อไป เพื่อนำมาปรับในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป นอกจากนี้ควรมีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดร่วมด้วย

ควรมีกระบวนการในการคัดกรองและเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ทุกวัย เพื่อลดอัตราการกำเริบซ้ำ

## References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: William & Wilkins; 2015: 300-46.
2. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 19-28.
3. Li H, Song X, Yu X. A review of consequences of relapse in schizophrenia. *Value in Health* 2012; 15: A670.
4. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013; 13:50.
5. International Health Policy Program Foundation. Disability-Adjusted Life Year: DALY. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand officer of printing mill; 2014.
6. Data center of Mahasarakham Hospital. Statistics of patient in Mahasarakham hospital. Mahasarakham: Mahasarakham hospital; 2014.
7. Data center of Mahasarakham Hospital. Statistics of patient in Mahasarakham hospital. Mahasarakham: Mahasarakham hospital; 2015.
8. Data center of Mahasarakham Hospital. Statistics of patient in Mahasarakham hospital. Mahasarakham: Mahasarakham hospital; 2016.
9. Data center of KhonKaen Rajanagarindra psychiatric Hospital. Results of operations in KhonKaen Rajanagarindra psychiatric Hospital. KhonKaen: KhonKaen Rajanagarindra psychiatric Hospital; 2016.
10. Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)* 2007; 4: 28-37.
11. Porcelli S, Bianchini O, De Girolamo G, Aguglia E, Crea L, Serretti A. Clinical factors related to schizophrenia relapse. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2016;20: 54-69.
12. Suzuki T, Uchida H, Takeuchi H, Tsuboi T, Hirano J, Mimura M. A review on schizophrenia and relapse-a quest for user-friendly psychopharmacotherapy. *Hum Psychopharmacol.* 2014 Sep;29(5):414-26.
13. Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: a systematic review. *Schizophr Res* 2014; 152:408-14.
14. Gupta S, Hendricks S, Kenkel AM, Bhatia SC, Haffke EA. Relapse in schizophrenia: is there a relationship to substance abuse? *Schizophrenia Res* 1996;20:153-6.
15. San L, Bernardo M, Gómez A, Peña M. Factors associated with relapse in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2013;17:2-9.
16. Morriss R, Vinjamuri I, Faizal MA, Bolton CA, McCarthy JP. Training to recognise the early signs of recurrence in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2:CD005147.
17. Data center of Mahasarakham Hospital. Statistics of patient in Mahasarakham hospital. Mahasarakham: Mahasarakham hospital; 2013.
18. Shibasaki C, Takebayashi M, Fujita Y, Yamawaki S. Factors associated with the risk of relapse in schizophrenic patients after a response to electroconvulsive therapy: a retrospective study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11: 67-73.