

ความคงที่ของการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้ว ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น

นิตา ลัมสุวรรณ พบ., มนัท สูงประสิทธิ์ พบ.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอัตราความคงที่ของการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น และปัจจัยที่ส่งผลต่อความคงที่ในการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ retrospective chart review โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วขณะที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี โดยกลุ่มประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีในช่วงตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2541 จนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2551 ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ผลการศึกษา: กลุ่มประชากรศึกษา 49 ราย มีอายุเมื่อได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 8-18 ปี (อายุเฉลี่ย 15.26 ปี) และมีระยะเวลาติดตามการรักษาเฉลี่ย 4.18 ± 3.10 ปี (mean $\pm$ S.D.) เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้วแล้ว ส่วนใหญ่คือ 36 ราย (ร้อยละ 73.47) มีการวินิจฉัยสุดท้ายเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ส่วนที่เหลืออีก 13 ราย (ร้อยละ 26.53) มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยไปเป็นโรคทางจิตเวชอื่น การวินิจฉัยที่เปลี่ยนแปลงไปจากโรคอารมณ์สองขั้ว อันดับ 1 ได้แก่ schizoaffective disorder ค่ามัธยฐานของระยะเวลา (median time) ที่เกิดการเปลี่ยนการวินิจฉัยคือ 2.02 ปี ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความคงที่ของการวินิจฉัย ได้แก่ การใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM - IV

สรุป: ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วแล้วประมาณร้อยละ 30 มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยไปเป็นโรคทางจิตเวชอื่นและการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM - IV มีความสัมพันธ์กับความคงที่ของการวินิจฉัย

คำสำคัญ: โรคอารมณ์สองขั้ว การวินิจฉัย ความคงที่ เด็ก วัยรุ่น

Corresponding author: นิตา ลัมสุวรรณ พบ.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

Email: nidahanaka@yahoo.com



บทนำ

โรคอารมณ์สองขั้วในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เป็นโรคที่มีการศึกษามายาวนานมากกว่า 50 ปี ทำให้มีข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกและเกณฑ์การวินิจฉัยที่ค่อนข้างชัดเจน ต่างจากโรคอารมณ์สองขั้วในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เริ่มมีการกล่าวถึงในช่วงปี ค.ศ. 1980⁽¹⁾ และมีการศึกษามาไม่ยาวนานเท่ากับในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ทำให้มีความไม่ชัดเจนของข้อมูลทั้งในด้านลักษณะทางคลินิก เกณฑ์การวินิจฉัยที่เหมาะสมและการดำเนินโรค

ในปี ค.ศ. 2000 The National Institute of Mental Health Research Roundtable on prepubertal bipolar disorder (สหรัฐอเมริกา) ได้มีข้อสรุปในการแบ่งผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในเด็กและวัยรุ่นเป็น 2 แบบ ได้แก่ 1.) narrow phenotype ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของ Bipolar I Disorder หรือ Bipolar II Disorder ตาม DSM-IV อย่างเคร่งครัด 2.) broad phenotype ซึ่งมีลักษณะของอาการที่แปรปรวนอย่างรุนแรง มีการระบิดอารมณ์ มีอารมณ์หงุดหงิด หรือมีลักษณะหุนหันพลันแล่นอย่างมาก โดยอาการเหล่านี้ไม่สามารถเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยของ Bipolar I Disorder หรือ Bipolar II Disorder ตาม DSM-IV ได้อย่างชัดเจน แต่อาจจะเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของ Bipolar Disorder NOS ตาม DSM-IV^(2,3)

นอกจากนี้ยังมีผู้ที่กล่าวถึงลักษณะอาการหลักที่สำคัญ (cardinal symptoms) บางอย่างที่มีความจำเพาะกับโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งได้แก่ การมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (grandiosity) และอารมณ์ดีคึก (elation) ว่าอาการเหล่านี้อาจจะไม่ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น มีหลายรายงานที่กล่าวว่าอาการทางอารมณ์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะเป็นอารมณ์หงุดหงิด⁽³⁾ อาการเหล่านี้สามารถคาบเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชอื่นๆได้หลายโรค เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ประกอบกับอาการต่างๆอาจเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการและการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้เมื่อติดตามรักษาผู้ป่วยไปเป็นระยะเวลาหนึ่ง

การศึกษาเกี่ยวกับความคงที่ของการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วที่เคยมีมาในอดีตมักจะเป็นการศึกษาในประชากรหลายวัยรวมกันโดยไม่ได้มีการแยกศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น เช่น การศึกษาในประเทศเดนมาร์กของ Kessing⁽⁴⁾ ที่ศึกษาความคงที่ของการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วตามเกณฑ์ของ ICD-10 ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย

ใน พบว่าในผู้ป่วยทั้งหมด 4,116 คน มี 2,315 คน (ร้อยละ 56.2) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้วในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ โดยมีผู้ป่วยในช่วงอายุไม่เกิน 20 ปี ทั้งหมด 68 คน ผลการศึกษาแสดงว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้วในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ จะมีการเปลี่ยนการวินิจฉัยเมื่อเวลาผ่านไป อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้มีการวิเคราะห์แยกกลุ่มสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น

นอกจากนี้ Chen และคณะ⁽⁵⁾ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยในที่มีการรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างน้อย 4 ครั้ง ในระยะเวลา 7 ปี และได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วโดยแพทย์ตามเกณฑ์ของ DSM-III-R พบว่าในผู้ป่วย 235 คนที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วในเบื้องต้น มี 68 คน (ร้อยละ 28.9) ที่เปลี่ยนการวินิจฉัยไปเป็นโรคอื่น และเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 11 คน พบว่ามีการเปลี่ยนการวินิจฉัย 2 คน (ร้อยละ 18.2) และปัจจัยเกี่ยวกับเชื้อชาติและการใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยจากโรคอารมณ์สองขั้วไปเป็นโรคทางจิตเวชอื่น

จากการศึกษาของ Geller และคณะ⁽⁶⁻⁸⁾ เกี่ยวกับ prepubertal and early adolescent bipolar disorder (PEA-BP) ซึ่งได้กำหนดลักษณะของ PEA-BP ว่าจะต้องมีลักษณะอาการของ mania หรือ hypomania ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ร่วมกับการมีอาการหลักที่สำคัญ (cardinal symptoms) ซึ่งหมายถึงการมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (grandiosity) และอารมณ์ดีคึก (elation) อย่างน้อยหนึ่งอย่าง พบว่าเมื่อใช้เกณฑ์การวินิจฉัยในลักษณะนี้ที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังจากได้รับการวินิจฉัยมีความคงที่ของการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วไม่น้อยกว่าร้อยละ 85.7

เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับความคงที่ของการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นยังคงมีอยู่น้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้มาก่อน ประกอบกับเกณฑ์การวินิจฉัยที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเด็กและวัยรุ่นยังคงเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ในขณะนี้และเป็นที่ทราบกันดีว่าโรคอารมณ์สองขั้วในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ดังนั้นการวินิจฉัยที่ถูกต้องเหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งทั้งต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและการพยากรณ์โรค จึงนำมาสู่คำถามการวิจัยที่ว่า 1.) เมื่อมีการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นแล้ว

ติดตามอาการต่อไป มีอัตราความคงที่ของการวินิจฉัยมาน้อยเพียงใด และ 2.)เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความคงที่ในการวินิจฉัยหรือไม่

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ retrospective chart review โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วขณะที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีในช่วงตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2541 จนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2551 ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยใช้ฐานข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลรามาธิบดี หารายชื่อของผู้ที่ได้รับการลงรหัสวินิจฉัยในหมวด F31 Bipolar affective disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10

กลุ่มประชากรศึกษาจะต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประจำบ้านหรืออาจารย์แพทย์ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์โดยที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปีเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้วในครั้งแรกและจะต้องมาติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคทางกายที่อาจจะส่งผลต่ออาการทางอารมณ์ได้แก่โรคที่เกี่ยวข้องกับต่อมไทรอยด์ โรคลมชัก อาการอารมณ์แปรปรวนที่มีสาเหตุมาจากการใช้สารเคมีหรือสารเสพติด หรือผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในภาวะตั้งครรภ์ ในขณะที่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะถูกคัดออกจากกลุ่มประชากรศึกษา เนื่องจากอาการในขณะนั้นอาจไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคอารมณ์สองขั้วโดยตรง

ในการทบทวนเวชระเบียนของกลุ่มประชากรศึกษา ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐานทั่วไป, ผู้ที่ให้การวินิจฉัย, ลักษณะอาการทางคลินิกเมื่อได้รับการวินิจฉัย โดยจะแบ่งเป็นกลุ่มที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของ Bipolar I Disorder หรือ Bipolar II Disorder ตาม DSM-IV อย่างเคร่งครัด (narrow criteria) และกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของ Bipolar I Disorder หรือ Bipolar II Disorder ตาม DSM-IV ได้อย่างชัดเจน แต่อาจจะเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของ Bipolar Disorder NOS ตาม DSM-IV (broad criteria), ประวัติโรคร่วมทางจิตเวช ประวัติโรคร่วมทางกาย ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติครอบครัว ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาจะมีการเก็บข้อมูลว่าการเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนการวินิจฉัยหรือไม่โดยกำหนดว่าถ้ามีการเปลี่ยน

การวินิจฉัยที่เกิดขึ้นภายใน 2 ครั้งแรกของการพบแพทย์ผู้รักษาคนใหม่ ถือว่ามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษา ในการทบทวนเวชระเบียนจะมีการนำข้อมูลมาจากทั้งส่วนของประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัว ผลการตรวจสภาพจิต ประวัติแรกพบในกรณีที่มีการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในและประวัติการวินิจฉัยเมื่อมีการมาติดตามการรักษาในแต่ละครั้ง

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลที่ได้จะถูกระบุวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม Stata version 10.0 โดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มี การเปลี่ยนการวินิจฉัยเพื่อหาปัจจัยที่มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มใช้การวิเคราะห์แบบ logistic regression analysis ส่วนความคงที่ของการวินิจฉัยได้รับการวิเคราะห์แบบ survival analysis โดยใช้ Kaplan-Meier method

ผลการศึกษา

ข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลรามาธิบดี มีผู้ที่อายุเข้าได้กับเกณฑ์การคัดเลือกรวมประชากรศึกษา ทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและได้รับการลงรหัสวินิจฉัย F31 Bipolar affective disorder รวมทั้งสิ้น 86 ราย เมื่อมีการค้นหาเวชระเบียนที่เป็นเอกสารเพื่อมาทบทวนพบว่ามี 10 รายไม่สามารถติดตามเวชระเบียนได้ 11 รายมีการลงรหัส F31 ในระบบคอมพิวเตอร์แต่ไม่มีการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วในเวชระเบียน 16 รายไม่เข้ากับเกณฑ์การคัดเลือกรวมประชากรศึกษาหรือเข้ากับเกณฑ์การคัดเลือกรวมประชากรศึกษาโดย 14 ราย (ร้อยละ 87.5) มีการมาติดตามการรักษาน้อยกว่า 6 เดือนและมี 2 ราย (ร้อยละ 12.5) ที่ตรวจสอบอายุแล้วมีอายุมากกว่า 19 ปี ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มประชากรศึกษาทั้งสิ้น 49 ราย

ในกลุ่มประชากรศึกษา 49 ราย มีอายุเมื่อได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 8-18 ปี (mean 15.26 ปี) ทุกคนมีเชื้อชาติและสัญชาติไทย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.9) และกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 63) เป็นเพศชาย 25 ราย (ร้อยละ 51) เพศหญิง 24 ราย (ร้อยละ 49) ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 22 ราย (ร้อยละ 71) อาศัยอยู่กับบิดาและมารดาโดยกำเนิด ส่วนอีก 9 ราย (ร้อยละ 29) ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดาและมารดาโดยกำเนิด ผู้ป่วย 32 ราย (ร้อยละ 65.3) ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรค



อารมณ์สองชั่วมีค่าเฉลี่ย 4.18 ± 3.10 ปี (mean $\pm$ S.D.)

กลุ่มประชากรศึกษา 33 ราย (ร้อยละ 67.3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประจำบ้าน ส่วนอีก 16 ราย (ร้อยละ 32.7) ได้รับการวินิจฉัยจากอาจารย์แพทย์ มีผู้ป่วย 37 ราย จาก 49 ราย (ร้อยละ 75.5) ที่มีการเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษา แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.3) การเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนการวินิจฉัย

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองชั่วแล้วส่วนใหญ่คือ 36 ราย (ร้อยละ 73.5) ได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายเป็นโรคอารมณ์สองชั่วดั้งเดิม ในกลุ่มนี้มี 3 รายที่มีการเปลี่ยนการวินิจฉัยภายในกลุ่มโรคอารมณ์สองชั่วคือเปลี่ยนจาก Bipolar II Disorder เป็น Bipolar I Disorder และมีผู้ป่วย 7 รายที่เคยมีการเปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชอื่นชั่วคราว แต่สุดท้ายกลับมามีวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองชั่วดั้งเดิม ส่วนที่เหลืออีก 13 ราย (ร้อยละ 26.5) มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชอื่น

ในกลุ่มประชากรศึกษา 49 ราย มี 23 ราย (ร้อยละ 46.9) ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่นๆ มาก่อนที่จะเปลี่ยนเป็นโรคอารมณ์สองชั่ว โดยการวินิจฉัยที่เคยได้รับมาก่อน อันดับที่ 1 คือโรคในกลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorders) มีจำนวน 10 ราย ในจำนวนนี้มี 3 รายจาก 10 รายที่มี psychotic features ร่วมด้วย อันดับที่ 2 คือโรคสมาธิสั้น มีจำนวน 4 ราย อันดับที่ 3 คือโรคในกลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) มีจำนวน 2 ราย (ตารางที่ 1)

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองชั่วแล้วในกลุ่มประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย 13 ราย การวินิจฉัยที่เปลี่ยนแปลงไปจากโรคอารมณ์สองชั่ว อันดับที่ 1 ได้แก่ schizoaffective disorder 3 ราย อันดับที่ 2 คือ psychotic disorder NOS, schizophrenia และ behavioral problems โรคละ 2 ราย ส่วนโรคอื่นๆ มีจำนวนโรคละ 1 ราย (ตารางที่ 1)

ลักษณะอาการขณะที่ได้รับการวินิจฉัย มี 25 ราย (ร้อยละ 55.6) ที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของ Bipolar I Disorder หรือ Bipolar II Disorder ตาม DSM-IV (narrow criteria) โดยมีผู้ป่วย 22 ราย (ร้อยละ 48.9) เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยของ manic episode และ 3 ราย (ร้อยละ 6.7) เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยของ hypomanic episode ส่วนผู้ป่วยอีก 20 ราย (ร้อยละ 44.4) ไม่สามารถเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของ Bipolar I Disorder หรือ Bipolar II Disorder ตาม DSM-IV แต่อาจจะเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของ Bipolar Disorder NOS (broad criteria) และมีผู้ป่วย 4 รายที่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดอาการขณะที่ได้รับการวินิจฉัย

เมื่อพิจารณาถึงเรื่อง cardinal symptoms ซึ่งได้แก่ grandiosity และ elation พบว่าในกลุ่มประชากรศึกษามี 18 ราย (ร้อยละ 39.1) ที่มี cardinal symptoms โดยมี grandiosity 10 รายและมี elation 12 ราย ส่วนกลุ่มประชากรศึกษาอีก 28 ราย (ร้อยละ 60.9) ไม่มีอาการดังกล่าว เมื่อพิจารณาถึงประวัติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายพบว่าผู้ป่วย 19

ตารางที่ 1 แสดงการวินิจฉัยที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนที่จะเปลี่ยนเป็นโรคอารมณ์สองชั่วและการวินิจฉัยที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองชั่ว

การวินิจฉัยที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนที่จะเปลี่ยนเป็นโรคอารมณ์สองชั่ว	จำนวน (คน)	การวินิจฉัยที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองชั่ว	จำนวน (คน)
- depressive disorders	10	- schizoaffective disorder	3
- ADHD	4	- psychotic disorder NOS	2
- anxiety disorders	2	- schizophrenia	2
- schizophrenia	1	- behavioral problems	2
- organic psychosis	1	- ADHD	1
- acute psychosis	1	- schizophreniform disorder	1
- adjustment disorder with depressed mood	1	- mixed anxiety - depressive disorder	1
- pervasive developmental disorder	1	- borderline personality disorder	1
- autonomic disturbance	1		
- behavioral problems	1		
รวม	23	รวม	13

ราย (ร้อยละ 59.4) ปฏิเสธการมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย 11 ราย (ร้อยละ 34.4) เคยมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และ 2 ราย (ร้อยละ 6.2) เคยพยายามกระทำการฆ่าตัวตาย เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับอาการ psychotic พบว่ามีผู้ป่วย 19 ราย (ร้อยละ 42.2) ที่มีอาการ psychotic และมีผู้ป่วย 26 ราย (ร้อยละ 57.8) ที่ไม่มีอาการ psychotic ขณะที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว

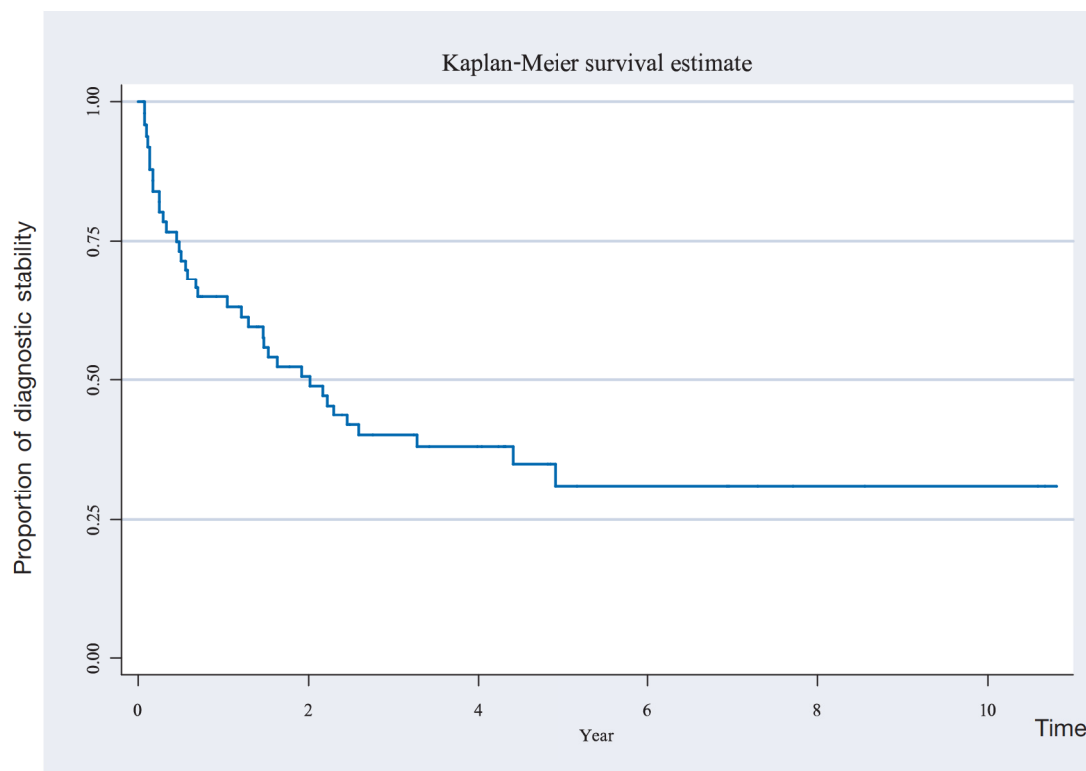
เมื่อนำกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายเป็นโรคอารมณ์สองขั้วกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยไปเป็นโรคทางจิตเวชอื่นมาเปรียบเทียบกัน พบว่าไม่มีปัจจัย

ใดที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV โดยกลุ่มที่ไม่ได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV แบบเคร่งครัด (broad criteria) จะมีโอกาสเปลี่ยนการวินิจฉัยเป็น 4.3 เท่าของกลุ่มที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV แบบเคร่งครัด (narrow criteria) ในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุขณะที่ได้รับการวินิจฉัยได้มีการทดลองแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 แบบโดยแบบที่ 1 ใช้อายุ 11 ปีเป็นอายุที่แบ่งกลุ่ม เนื่องจากเป็นอายุที่ตามพัฒนาการมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยรุ่นและแบบที่ 2 ใช้อายุ 15 ปีเป็นอายุที่แบ่งกลุ่ม เนื่องจากเป็นอายุที่เป็น percentile ที่ 50 (median)

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายเป็นโรคอารมณ์สองขั้วกับกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชอื่น

ปัจจัย	Odds ratio	95% CI	P -value
ข้อมูลประชากร			
- เพศ (หญิง vs. ชาย)	1.30	0.37, 4.65	0.683
- อายุ (> 15 ปี vs. ≤ 15 ปี)	0.56	0.15, 2.04	0.379
- อายุ (> 11 ปี vs. ≤ 11 ปี)	0.34	0.02, 5.92	0.461
- การได้อาศัยอยู่กับบิดาและมารดาโดยกำเนิด	0.22	0.02, 2.08	0.186
ข้อมูลการวินิจฉัย			
- ผู้ให้การวินิจฉัย (แพทย์ประจำบ้าน vs. อาจารย์แพทย์)	1.88	0.44, 8.10	0.395
- เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM - IV (broad criteria vs. narrow criteria)	4.30	1.07, 17.17	0.039*
- การมีอาการ cardinal	1.66	0.42, 6.49	0.468
- การมีอาการ grandiose	1.76	0.32, 9.67	0.516
- การมีอาการ elevated mood	2.39	0.45, 12.83	0.309
- การมีอาการ psychotic	0.41	0.11, 1.57	0.193
- การรักษาแบบผู้ป่วยใน	0.25	0.05, 1.32	0.103
- ประวัติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (มีความคิดหรือเคยกระทำ vs. ไม่มี)	1.35	0.31, 5.94	0.688
- การที่เคยได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวชอื่น ๆ มาก่อน	2.51	0.65, 9.67	0.180
- การมีโรคร่วมทางจิตเวช	0.28	0.06, 1.35	0.113
- ประวัติการใช้สารเสพติด	0.94	0.08, 10.91	0.963
ข้อมูลประวัติครอบครัว			
- ประวัติการป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วในญาติสายตรง	1.13	0.10, 12.27	0.923
- ประวัติการป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้วในญาติลำดับที่สอง	-	-	-
- ประวัติการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในญาติสายตรง	0.35	0.02, 6.13	0.469
- ประวัติการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในญาติลำดับที่สอง	-	-	-
- ประวัติการป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ในญาติสายตรง	0.72	0.06, 8.93	0.798
- ประวัติการป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ในญาติลำดับที่สอง	2.17	0.46, 10.20	0.328

* p < 0.05



รูปที่ 1 กราฟ survival analysis แสดงอัตราการคงที่ของการวินิจฉัยของผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด

พบว่า การแบ่งกลุ่มทั้ง 2 แบบให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันคือไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย (ตารางที่ 2) เมื่อวิเคราะห์แบบ Survival Analysis พบว่าโดยภาพรวมผู้ป่วยทั้ง 49 รายมีค่ามัธยฐานของระยะเวลา (median time) ที่เกิดการเปลี่ยนการวินิจฉัยคือ 2.02 ปี (รูปที่ 1)

วิจารณ์

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความคงที่และปัจจัยที่ส่งผลต่อความคงที่ของการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 36 ราย (ร้อยละ 73.47) มีการวินิจฉัยสุดท้ายเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ส่วนที่เหลืออีก 13 ราย (ร้อยละ 26.53) มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยไปเป็นโรคทางจิตเวชอื่น โรคที่เปลี่ยนไปวินิจฉัยมากที่สุดคือ schizoaffective disorder ค่ามัธยฐานของระยะเวลา (median time) ที่เกิดการเปลี่ยนการวินิจฉัยคือ 2.02 ปี ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความคงที่ของการวินิจฉัยได้แก่ การใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV

จากการศึกษาของ Kessing⁽⁴⁾ ในประเทศเดนมาร์กที่ศึกษาความคงที่ของการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วด้วยเกณฑ์ของ ICD-10 ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในซึ่งมีผู้ป่วยในช่วงอายุไม่เกิน 20 ปี ทั้งหมด 68 คน ผลการศึกษาแสดงว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้วในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ จะมีการเปลี่ยนการวินิจฉัยเมื่อมาพบแพทย์ในครั้งต่อไป โดยในการมาพบแพทย์ครั้งที่ 10 เหลือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นร้อยละ 68.8 ซึ่งอัตราส่วนผู้ที่มีการเปลี่ยนการวินิจฉัยใกล้เคียงกับที่พบในการศึกษานี้ แม้ว่าในการศึกษาของ Kessing ไม่ได้มีการวิเคราะห์แยกกลุ่มสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ดังนั้นอิทธิพลของผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีจำนวนมากกว่ามากโดยมีจำนวนผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ถึง 2,247 ราย ในขณะที่มีจำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเพียง 68 ราย อาจส่งผลทำให้อัตราส่วนผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นการแสดงการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เป็นหลัก นอกจากนั้นในการศึกษาของ Kessing ข้อมูลได้มาจากระบบการลงทะเบียนของโรงพยาบาลจิตเวชทั้งประเทศเดนมาร์ก

ที่ไปถึงการวินิจฉัยที่ได้รับเมื่อมาพบแพทย์ในแต่ละครั้ง โดยในการมาพบแพทย์แต่ละครั้งจำนวนผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาน้อยลงเรื่อยๆและเหลือเพียงร้อยละ 8 ในการมาพบแพทย์ครั้งที่ 10 ข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่ไม่ได้มาติดตามการรักษาอาจส่งผลต่ออัตราความคงที่ของการวินิจฉัยที่แท้จริง และในการศึกษาของ Kessing ไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความคงที่ของการวินิจฉัย

จากการศึกษาของ Chen และคณะ⁽⁵⁾ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 11 คน มีการเปลี่ยนการวินิจฉัย 2 คน (ร้อยละ 18.2) ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่น้อยกว่าที่พบในการศึกษานี้ และทั้ง 2 คนที่มีการเปลี่ยนวินิจฉัยได้เปลี่ยนการวินิจฉัยไปเป็น schizophrenia ซึ่งต่างจากการศึกษานี้ที่โรคที่เปลี่ยนไปวินิจฉัยมากที่สุดคือ schizoaffective disorder ความแตกต่างที่เกิดขึ้นเป็นไปได้ว่าอาจจะเกิดจากการที่การศึกษาของ Chen และคณะ มีจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นเด็กและวัยรุ่นจำนวนน้อย รวมถึงมีเกณฑ์การวินิจฉัยที่แตกต่างกัน นอกจากนั้นในการศึกษาของ Chen และคณะยังได้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีอาการเปลี่ยนการวินิจฉัยจากโรคอารมณ์สองขั้วไปเป็นโรคทางจิตเวชโรคอื่น ได้แก่ เชื้อชาติแอฟริกัน-อเมริกัน และประวัติการใช้สารเสพติด โดยได้วิจารณ์ไว้ว่าปัจจัยด้านเชื้อชาติอาจมีผลต่อการเลือกใช้สารเสพติด ชนิดของสารเสพติดและปริมาณที่ใช้ แต่ในการศึกษานี้กลุ่มประชากรในประเทศไทยไม่มีความแตกต่างทางเชื้อชาติดังที่พบในประเทศสหรัฐอเมริกาและข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการใช้สารเสพติดที่เก็บได้อาจจะมีจำนวนไม่มากพอที่จะแยกให้เห็นความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม รวมถึงในการศึกษาของ Chen และคณะ การวิเคราะห์ทั้งหมด ไม่ได้มีการแยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น ซึ่งผลการศึกษาน่าจะเกิดจากอิทธิพลของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีจำนวนมากกว่า ส่วนปัจจัยเรื่องการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV ที่ในการศึกษานี้พบว่าสัมพันธ์กับการคงที่ของการวินิจฉัย ไม่สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Chen และคณะได้เนื่องจากการศึกษาของ Chen และคณะใช้การวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วตามเกณฑ์ของ DSM-III-R

การที่ผู้ป่วยที่สามารถเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของ Bipolar I Disorder หรือ Bipolar II Disorder ตาม DSM-IV (narrow criteria) สัมพันธ์กับความคงที่ของการวินิจฉัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Geller และคณะ⁽⁶⁻⁸⁾ เกี่ยวกับ prepubertal and early adolescent bipolar disorder

(PEA-BP) ที่ให้ความสำคัญกับเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ประกอบกับการมี cardinal symptoms แม้ในการศึกษานี้จะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมี cardinal symptoms กับความคงที่ของการวินิจฉัย แต่ก็ไม่อาจเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Geller และคณะได้เนื่องจากในการศึกษาดังกล่าวเป็นการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ร่วมกับการมี cardinal symptoms แต่ในการศึกษานี้ไม่ได้มีการนำปัจจัยทั้งสองมารวมกัน

การศึกษานี้เน้นเป็นการแรกที่ศึกษาเกี่ยวกับความคงที่ของการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย โดยที่ศึกษารวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงได้พยายามที่จะนำข้อมูลที่มีอยู่แล้วในระบบข้อมูลของโรงพยาบาลมารวบรวมและวิเคราะห์ เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ไม่ต้องมีการลงทุนทั้งทางด้านการเงินและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลใหม่ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ก็มีข้อจำกัดหลายประการได้แก่ 1.) ข้อมูลบางส่วนขาดความครบถ้วน เนื่องจากรูปแบบของการศึกษาไม่ได้มีการวางแผนการเก็บข้อมูลไว้ล่วงหน้า แต่นำเฉพาะข้อมูลที่มีการบันทึกไว้มาวิเคราะห์ทำให้ขาดข้อมูลที่มีความสำคัญหลายอย่าง เช่น pubertal status หรือ ข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ นอกจากนั้นข้อมูลส่วนหนึ่งขาดหายไปเพราะระบบการเก็บข้อมูลที่ไม่สามารถนำข้อมูลในส่วนนี้มาวิเคราะห์ได้ ข้อมูลที่ขาดหายไปบางส่วนนี้อาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนของผลการศึกษาเนื่องจากจำนวนข้อมูลที่มีน้อยมีผลต่ออำนาจการทดสอบที่ลดลง 2.) กลุ่มประชากรศึกษาได้รับการวินิจฉัยโดยอาศัยข้อมูลที่มีลักษณะเป็นอัตวิสัย (subjective) ไม่ได้ใช้การสัมภาษณ์แบบ structural หรือ semi-structural แม้ว่าจะมีความพยายามพิจารณาว่าผู้ให้การวินิจฉัยเป็นอาจารย์แพทย์ หรือแพทย์ประจำบ้านซึ่งอาจจะมีการประเมินในการพิจารณาลักษณะอาการทางคลินิกต่างกัน ก็ไม่อาจมีคุณภาพดีเท่าข้อมูลที่เป็นวัตถุวิสัย (objective) รวมถึงข้อมูลด้านอื่นๆนอกเหนือจากการวินิจฉัยส่วนมากมีลักษณะเป็นอัตวิสัย 3.) การศึกษานี้ศึกษากลุ่มประชากรเฉพาะที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีการให้การดูแลแบบตติยภูมิ จึงมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในกลุ่มประชากรโดยทั่วไป 4.) จำนวนประชากรศึกษาในการศึกษานี้ค่อนข้างน้อยอาจทำให้ไม่สามารถพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในบางปัจจัยได้

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นแล้ว ประมาณร้อยละ



30 จะมีการเปลี่ยนการวินิจฉัยไปเป็นโรคทางจิตเวชโรคอื่น และปัจจัยที่ส่งผลต่อความคงที่ในการวินิจฉัยคือการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV อย่างเคร่งครัด ซึ่งเป็นการยืนยันถึงความสำคัญในทางคลินิกของการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV ในการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังได้พยายามศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อการเก็บข้อมูลในอนาคตหรือเมื่อมีการศึกษาแบบ prospective เกี่ยวกับเรื่องนี้ นอกจากนี้การวินิจฉัยที่มีความถูกต้องเที่ยงตรงจะส่งผลถึงการวางแผนการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเกิดโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นในอนาคตเช่นกัน

สรุป

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราและปัจจัยที่ส่งผลต่อความคงที่ของการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อ

ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 70 มีการวินิจฉัยสุดท้ายเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ส่วนผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30 มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยไปเป็นโรคทางจิตเวชอื่นและการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV มีความสัมพันธ์กับความคงที่ของการวินิจฉัย และค่ามัธยฐานของระยะเวลา (median time) ที่เกิดการเปลี่ยนการวินิจฉัยคือประมาณ 2 ปี

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความเมตตาอย่างสูงจาก ผศ.นพ.มนต์ สูงประสิทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัยที่ได้ให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการศึกษา รวมถึงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนการศึกษาในครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ และขอขอบคุณ นางสาวพรทิพย์ ฉัตรชัยพันธ์ กลุ่มงานระบาดวิทยาคลินิกและชีวสถิติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สำหรับความช่วยเหลือและคำแนะนำเกี่ยวกับสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Biederman J. Early-Onset Bipolar Disorders. In: Sadock Benjamin J. SVA, editor. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Eighth ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: 3274-9.
2. National Institute of Mental Health research roundtable on prepubertal bipolar disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:871-8.
3. Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor MW. Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005;44:846-71.
4. Kessing LV. Diagnostic stability in bipolar disorder in clinical practise as according to ICD-10. J Affect Disord 2005;85:293-9.
5. Chen YR, Swann AC, Johnson BA. Stability of diagnosis in bipolar disorder. J Nerv Ment Dis 1998;186: 17-23.
6. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL, Delbello MP, et al. Six-month stability and outcome of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. J Child Adolesc Psychopharmacol 2000;10:165-73.
7. Geller B, Craney JL, Bolhofner K, DelBello MP, Williams M, Zimmerman B. One-year recovery and relapse rates of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. Am J Psychiatry 2001;158:303-5.
8. Geller B, Craney JL, Bolhofner K, Nickelsburg MJ, Williams M, Zimmerman B. Two-year prospective follow-up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. Am J Psychiatry 2002;159:927-33.

Diagnostic Stability of Bipolar Disorder in Children and Adolescents.

Limsuwan N, MD., Soongprasit M, MD.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand

Abstract

Objective: To examine diagnostic stability of bipolar disorder in children and adolescents and to determine factors associated with diagnostic stability.

Method: This was a retrospective chart review of patients who were diagnosed bipolar disorder when they were below 19 years old. All subjects, both inpatients and outpatients, received psychiatric care at Ramathibodi hospital during January 1998 to May 2008.

Results: There were 49 subjects who received the diagnosis during 8 - 18 years of age (mean 15.26 years) and the follow-up time was 4.18 ± 3.10 years (mean $\pm$ S.D.). After receiving the diagnosis of bipolar disorder, 36 from 49 subjects (73.47%) were finally diagnosed bipolar disorder, whereas 13 subjects' diagnosis (26.53%) were changed to other psychiatric disorders which the most frequent diagnosis were schizoaffective disorder. The median time to change diagnosis was 2.02 years. Factor associated with diagnostic stability was using DSM IV criteria for diagnosis.

Conclusions: Among children and adolescents, after receiving the diagnosis of bipolar disorder, approximately 30% of patients had diagnostic changes to other psychiatric disorders and factor associated with diagnostic stability was using DSM IV criteria for diagnosis.

Keywords: bipolar disorder, diagnostic stability, children, adolescents

Corresponding author: Limsuwan N, MD.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10400 Thailand.

Email: nidahanaka@yahoo.com