Anorexia nervosa ที่มีอาการไม่ตามแบบฉบับ: รายงานผู้ป่วย 2 ราย

มาโนช หล่อตระกูล พ.บ.*

เรื่องย่อ : Anorexia nervosa เป็นความผิดปกติของการกิน โดยผู้ป่วยจะหมกมุ่นอยู่กับน้ำหนักตัวของตนเองอย่างมาก มองว่าตนเองอ้วน ไม่กินอาหารเพราะกลัวอ้วนจนผอมมาก โรคนี้พบบ่อยในทางตะวันตก โดยเฉพาะในเพศหญิง. ผู้รายงานได้รายงานผู้ป่วยหญิงวัยรุ่น 2 รายซึ่งมีอาการไม่เป็นไปตามแบบฉบับ กล่าวคือ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองผอม และไม่มีอาการกลัวอ้วน พร้อมทั้งทบทวนรายงานการศึกษาในผู้ป่วยชาวเอเชีย ซึ่งสนับสนุนว่าลักษณะอาการเช่นนี้พบได้ไม่น้อยในทางตะวันออก.

Abstract : **Atypical features in some asian anorexia nervosa: Report of 2 cases**
Manote Lotrakul, M.D.*
*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Rama VI Road, Bangkok 10400.
Siriraj Hosp Gaz 1999; 51: 49-55.

Anorexia nervosa is the disorder characterized by marked weight loss, food refusal, and amenorrhea. It is the common disorder among young women in Western societies and is believed to be relatively rare outside Western culture. The author report two cases of female adolescents who presented with atypical features, i.e., the patients acknowledged their thinness and did not demonstrate fear of obesity. Reports from several Oriental countries support the notion that these atypical features are not uncommon among Eastern subjects.

Anorexia nervosa เป็นความผิดปกติของการกินในทางจิตเวช โดยผู้ที่เป็นจะหมกมุ่นอย่างมากกับเรื่องการกินอาหารและน้ำหนักตัวของตนเอง มีอาการกลัวอ้วน มองว่าตนเองเป็นคนอ้วนอยู่ตลอด (distorted body image) และพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อให้น้ำหนักลด. ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการด้วยการจำกัดอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีแคลลอรี่สูงและน้ำหนักตัวเริ่มลดลงเรื่อยๆ ติดตามด้วยการเกิดภาวะขาดประจำเดือน. ความหมกมุ่นกับเรื่อง

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล, ถนนพระรามหก, กรุงเทพมหานคร 10400.

น้ำหนักตัวและต้องการผอมนี้ จัดว่าเป็นอาการปฐมภูมิของ anorexia nervosa ความคิดว่าตนเองอ้วนนี้อาจเกิดกับรูปร่างเฉพาะส่วนก็ได้ เช่น หน้าท้อง สะโพก ต้นขา เป็นต้น. โรคนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อยตามวิธีการที่ผู้ป่วยทำให้ตนเองผอม โดยกลุ่มแรกจะใช้วิธีการจำกัดอาหารหรือออกกำลังกาย ผู้ป่วยในกลุ่มที่สองจะมีอาการกินมากกินเร็วเป็นช่วงๆ ตามมาด้วยการล้วงคอให้อาเจียน หรือใช้ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ เป็นประจำ[1]

โรค anorexia nervosa นี้เป็นโรคที่พบบ่อยในทางตะวันตก โดยเฉพาะในเพศสาเหญิง[2-4] เดิมเชื่อกันว่าเป็นโรคที่พบได้เฉพาะในประเทศทางตะวันตกเท่านั้น[5,6] แต่ในช่วงทศวรรษหลังๆ พร้อมๆ กันกับที่พบว่าอุบัติการของโรคนี้เพิ่มขึ้นในทางตะวันตก[7-9] ได้มีรายงานผู้ป่วยจากประเทศทางตะวันออกมากขึ้น ตัวอย่างเช่น รายงานจากประเทศมาเลเซีย[10,11] สิงคโปร์[12,13] อินโดนีเซีย[14] อินเดีย[15] ฮ่องกง[16-18] และในญี่ปุ่น[19] เป็นต้น

ในประเทศไทยรายงานผู้ป่วยครั้งแรกโดยพยอม อิงคานุวัฒน์ และศรีธรรม ธนะภูมิ เมื่อพ.ศ. 2518[20] หลังจากนั้นมีรายงานอีก 2 ครั้ง โดยปราโมทย์ เชาวศิลป์[1] และโดยนงพงา ลิ้มสุวรรณ และสรยุทธ วาสิกนานนท์[22] รวมผู้ป่วยทั้งหมด 5 ราย.

ในรายงานของพยอม อิงคานุวัฒน์ และศรีธรรม ธนะภูมิ[9] นั้น ผู้ป่วยทั้งคู่เป็นเพศหญิงอายุ 12 และ 13 ปี มีน้ำหนักตัวลดลงมากจากการที่เด็กปฏิเสธการกินอาหารร่วมกับขาดประจำเดือนมา 3-6 เดือน ผู้ป่วยรายที่สองไม่พบว่ามี distorted body image เหมือนผู้ป่วยรายแรก เป็นที่น่าเสียดายว่าไม่มีรายงานเหตุผลที่เด็กปฏิเสธการกินอาหารจึงยากแก่การบอกว่าผู้ป่วยมีอาการเป็นไปตามแบบฉบับที่พบในทางตะวันตกคือไม่กินเพราะกลัวอ้วนหรือไม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่สอง. ส่วนผู้ป่วยในรายงานของนงพงา ลิ้มสุวรรณ และสรยุทธ วาสิกนานนท์[22] มีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับผู้ป่วยทางตะวันตก ได้แก่ มีอาการกลัวอ้วน มีกิจกรรมที่ทำให้ตนเองน้ำหนักลดลง และมีการกินยาระบาย ยาขับปัสสาวะ หรือล้วงคอให้อาเจียน เป็นต้น. ผู้ป่วยในรายงานของปราโมทย์ เชาวศิลป์[1] นั้นมีลักษณะอาการบ่งว่าน่าจะเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงมากกว่าที่จะเป็น anorexia nervosa เพียงอย่างเดียว เนื่องจากผู้ป่วยมีจิตพยาธิสภาพอื่นๆ ร่วมด้วยมาก.

รายงานผู้ป่วยนี้ เป็นการนำเสนอผู้ป่วยซึ่งหากพิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยของทางตะวันตกอย่างเคร่งครัด อาจไม่ใช่ผู้ป่วย anorexia nervosa อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วย 2 รายนี้อาจเป็นผู้ป่วยที่มีอาการในรูปแบบที่พบบ่อยในทางเอเชีย ทั้งนี้ ผู้รายงานมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ได้ตระหนักว่าในการวินิจฉัยโรคซึ่งปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมมีผลต่อการแสดงของอาการนั้น ผู้ป่วยอาจไม่จำเป็นต้องมีอาการตามแบบฉบับที่พบในผู้ป่วยทางตะวันตกเสมอไป.

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยโสดอายุ 18 ปี แม่พามาเนื่องจากผู้ป่วยกินอาหารแล้วอาเจียน ผอมลงมา 7-8 เดือน โดยหลังกินอาหารได้ประมาณ 5 นาทีจะแน่นท้อง ลมตีขึ้น อาเจียนออกมาเอง. ผู้ป่วยกินอาหารบ่อย วันละ 5-6 มื้อ, มื้อละ 3-4 จานทุกมื้อ, ถ้ากินแล้วจะหยุดไม่ได้ ทั้งที่อยากจะหยุด, ห้ามตัวเองไม่ได้, กินจนอิ่ม หนำใจ, อาการอาเจียนแรกๆ จะเป็นบางมื้อ ช่วง 5 เดือนหลังนี้อาเจียนบ่อย, เป็นทุกมื้อ โดยหลังกินอาหารจะรู้สึกจุกแน่นอึดอัด คลื่นไส้ อาเจียนออกมาเอง ไม่ได้ล้วงคอหรือทำให้ตนเองอาเจียน รู้สึกทรมานมากที่กินอะไรก็อาเจียนออกมาหมด ไม่ได้รู้สึกผิดที่มีอาการอาเจียน. น้ำหนักเริ่มลด จากเดิมหนัก 51 กก. ตั้งแต่ 5 เดือนมานี้ลดเหลือ 32.5 กก. (ผู้ป่วยสูง 150 ซม.) ผู้ป่วยขาดประจำเดือนมาได้ 3-4 เดือน แม่บอกว่าผู้ป่วยไม่เคยบ่นว่าผอม แต่ก็ไม่ได้พูดว่าอยากอ้วน.

ผู้ป่วยเป็นคนร่าเริง ชอบเฮฮา แต่ก็เจ้าอารมณ์โมโหง่าย ถ้าเครียดมากบางครั้งก็ขว้างปาข้าวของ หรือทำร้ายตัวเองโดยการกรีดข้อมือ. ขณะนี้เรียนอยู่ชั้นมัธยม 6 สายศิลป์ เกรดเฉลี่ยลดลงเรื่อยๆ จากชั้นมัธยมต้นได้เกรด 2 กว่า, เทอมก่อนลดลงเหลือ 1.8. ช่วง 7-8 เดือนก่อนผู้ป่วยเครียดเรื่องเพื่อน โดยเพื่อนชอบแกล้งไม่คุยด้วยเป็นวันๆ ทำอยู่บ่อยๆ. 5 เดือนก่อนมีผู้ชายมาชอบ, มาหาที่บ้านบ่อยๆ, แม่อยากให้คบ แต่ผู้ป่วยไม่ชอบ อาการกินแล้ว

อาเจียนยิ่งเป็นมากขึ้น ผู้ชายยังมาที่บ้านอยู่เรื่อยๆ แม่มักบังคับให้ผู้ป่วยคุยด้วย. 4 เดือนก่อนผู้ป่วยเครียดเรื่องสอบไม่ผ่านบางวิชาต้องสอบซ่อมช่วงปิดเทอม. 2 เดือนก่อนคนข้างบ้านที่สนิทกันมาก ผู้ป่วยนับถือแบบพี่สาว เที่ยวด้วยกัน นอนด้วยกัน แต่งงานไป ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจมาก อารมณ์หงุดหงิดง่าย บอกถ้าโมโหยิ่งกินจุ

ผู้ป่วยเป็นลูกคนโต มีน้องสาว 1 คน อายุ 11 ปี พ่ออายุ 36 ปีมีอาชีพทำนา ดื่มเหล้าบ่อย เดิมผู้ป่วยไม่ค่อยสนิทกับพ่อ คิดว่าพ่อรักน้องมากกว่า มาสนิทกับพ่อเมื่อพ่อเลิกเหล้าเมื่อ 5 เดือนก่อนนี้. แม่อายุ 32 ปี อาชีพทำนา เป็นคนเจ้าอารมณ์ หงุดหงิดง่าย บอกกับพ่อว่าถ้าพ่อไม่เลิกเหล้าจะแยกทาง พ่อจึงเลิกดื่มเหล้า

จากการตรวจสภาพจิต ผู้ป่วยดูผอมบาง ผิวค่อนข้างคล้ำ ใบหน้ามีสิว ใส่ตุ้มหู มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้ถ้าพูดถึงเรื่องการสอบ ลักษณะการพูดปกติดี ไม่พบอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน ผู้ป่วยบอกไม่กลัวอ้วน เพราะตัวเองไม่อ้วน รู้สึกทรมานมากที่กินอะไรก็อาเจียนออกมาหมด.

แพทย์รักษาโดยให้ imipramine 25 มก.ต่อวัน น้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 2 กก.ใน 2 สัปดาห์ กินอาหารลดลงเหลือ 1-2 จานต่อมื้อ มีอารมณ์หงุดหงิดบ้าง แต่ไม่มีเบื่อหน่าย ท้อแท้.

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงอายุ 17 ปี มาด้วยอาการปวดท้อง กินไม่ได้มา 6-7 เดือน มีอาการตั้งแต่ทราบผลว่าสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ติด, รู้สึกผิดหวังมาก คิดว่าน่าจะได้. วันที่ทราบผลผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง กินอาหารไม่ได้ต้องอยู่โรงพยาบาลให้น้ำเกลือ แพทย์สั่งทำ GI study ไม่พบความผิดปกติใด ๆ . หลังจากนั้นจะมีอาการพะอืดพะอมเวลากินอาหาร กินอาหารได้น้อย ถ้าพยายามกินมากจะคลื่นไส้ ต้องกินอาหารเหลวๆ เช่น นม ข้าวต้ม. น้ำหนักตัวลดลงจาก 47 กก. เหลือ 38 กก. (ผู้ป่วยสูง 158 ซม.)

ผู้ป่วยมีนิสัยเป็นคนเครียดง่าย กังวลไปกับทุกเรื่อง ทำอะไรก็ต้องทำให้ดีที่สุด. ขณะพบจิตแพทย์ครั้งแรกผู้ป่วยเรียนอยู่ชั้นมัธยม 6 เป็นเด็กเรียนดี ได้รับทุนพระราชทานทุกปี ปีก่อนหน้านั้นสอบเทียบได้จึงไปสอบเข้ามหาวิทยาลัย

พ่อแม่ของผู้ป่วยรับราชการอยู่ต่างจังหวัด ส่งผู้ป่วยและน้องชายอายุ 14 ปีเข้ามาอยู่กับน้าสาวเพื่อเรียนหนังสือในกรุงเทพตั้งแต่ชั้นมัธยม 2. น้าสาวมีลักษณะเจ้าระเบียบ ชอบบ่นว่าผู้ป่วยไม่ช่วยงานบ้าน. แม่มีลักษณะเครียดง่าย วิตกกังวล ใกล้ชิดกับลูก ผู้ป่วยสนิทกับแม่มากกว่าพ่อ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อกับแม่ไม่ค่อยดี แม่กังวลว่าพ่อจะไปติดผู้หญิงอื่นเพราะต้องออกพื้นที่เสมอ มักปรึกษาผู้ป่วยเรื่องของพ่อ

จากการตรวจสภาพจิต ผู้ป่วยเป็นเด็กวัยรุ่นหน้าตาดี ทำตัวเด็กกว่าวัย พูดเสียงเล็กๆ เรียกร้องความสนใจ ท่าทีอิดโรย เป็นทุกข์มาก ทำท่าจะอาเจียน บ้วนน้ำลายใส่ถุงพลาสติกที่ถือมา ไม่พบอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน

การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีชีพจรช้า มือเย็นหน้าซีด อาเจียนตลอด. การทดสอบทางจิตวิทยาพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะบุคลิกเด็กกว่าวัย อ่อนแอ ขาดความมั่นใจในตนเอง และไม่ยืดหยุ่นในการปรับตัว. แพทย์ให้การรักษาด้วย benzodiazepine, amitriptyline และ alum milk อาการดีขึ้น ไม่อาเจียน อาการปวดท้องลดลง แต่น้ำหนักยังไม่เพิ่ม.

การติดตามการรักษา ต่อมาผู้ป่วยสอบเข้าได้ที่มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ช่วงแรกเริ่มมีอาการเครียดปวดท้อง อาเจียนทุก 2 วัน ช่วงหลังแม้ไม่เครียด ผู้ป่วยก็กินข้าวไม่ได้มาก บอกกินไม่ลง จะมีอาการไม่สบายท้อง กินอาหารช้ามาก ประมาณ 30 นาทีจึงจะกินเสร็จ เพื่อนต้องนั่งรอ ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นคนกินยาก กังวลเรื่องผอม รู้สึกว่าผอมแล้วน่าเกลียด. บางช่วงแม่มาอยู่กับผู้ป่วยด้วย สังเกตว่าผู้ป่วยจะกังวลแต่เรื่องการกิน บ่นว่าตัวเองผอมกลัวไม่สวย. บางครั้งมีเพื่อนชายมาชอบ ก็กังวลว่าเขาจะไม่เข้าหาเพราะตัวเองกินช้า. ผู้ป่วยจะยอมกินยาเฉพาะช่วงที่มีอาการมาก ๆ เพราะไม่อยากพึ่งยา ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ บางครั้งขาดไป 3-4 เดือน. พบ lanugo บริเวณแขนขา น้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 36-39 กก.

วิจารณ์

ลักษณะเด่นของผู้ป่วยทั้งสองรายที่เข้าได้กับที่พบใน anorexia nervosa ในทางตะวันตกคือ เป็นผู้ป่วยหญิง เริ่มมีอาการในช่วงมัธยมปลาย[1] ปัจจัยกระตุ้นเป็นจากสาเหตุเรื่องการเรียน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือการทะเลาะกันของพ่อแม่ มีน้ำหนักลดลงมากและขาดประจำเดือนหลายเดือนติดต่อกัน.

น้ำหนักของผู้ป่วยในรายแรกลดลงร้อยละ 36.3 (18.5 กก.) จาก 51 กก. เหลือ 32.5 กก. โดยค่า BMI (Body Mass Index = น้ำหนักตัว(กก.)/ส่วนสูง (เมตร)^2 เป็นดัชนีบ่งถึงรูปร่างโดยรวม ในชาวตะวันตกที่มีรูปร่างปกติจะอยู่ระหว่าง 20-25 กก./ตรม.) ลดลงจาก 22.6 กก./ตรม. เหลือ 14.4 กก./ตรม. ในผู้ป่วยรายที่สองน้ำหนักลดลงร้อยละ 19.1 (19 กก.) จาก 47 กก. เหลือ 38 กก. และ BMI ลดลงจาก 18.8 กก./ตรม. เหลือ 15.2 กก./ตรม. ซึ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV ผู้ป่วยจะต้องมีน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 15[1] และใน ICD-10[23] ผู้ป่วยจะต้องมี BMI ต่ำกว่า 17.5 กก./ตรม.

ผู้ป่วยรายแรกมีลักษณะเด่นคืออาการกินในลักษณะที่เรียกว่า binge-eating กล่าวคือ จะกินจุมากกินเร็ว ห้ามตัวเองไม่ได้ กินจนจุกแน่น โดยมีลักษณะดังกล่าวเป็นระยะๆ มักเป็นเวลาอยู่คนเดียว และเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการผอมลงมากร่วมด้วย จึงเข้ากันได้กับ anorexia nervosa ชนิดที่มีอาการ binge-eating ร่วม

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการอาเจียนที่สัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งอาจพบได้ในโรค psychosomatic อย่างไรก็ตามผู้ป่วย psychosomatic น้ำหนักจะไม่ลดลงมากดังในผู้ป่วย anorexia nervosa และไม่พบอาการขาดประจำเดือนหลายเดือนติดต่อกัน[1] นอกจากนี้ผู้ป่วยรายนี้อาการผอมเป็นมาโดยตลอดแม้ว่าในช่วงที่ไม่มีความกดดันใดๆ ผู้ป่วยก็ยังกินได้น้อย กินช้า. อาการกินช้า กินได้น้อยนี้มีลักษณะออกเป็น ego-syntonic behavior เนื่องจากแม้บางครั้งผู้ป่วยจะตระหนักถึงปัญหาเรื่องการกินของตน แต่ก็ไม่ได้ร่วมมือกับการรักษาอย่างจริงจัง แม้ว่าผู้ป่วยจะบอกว่าถ้าได้กินยาอาการแน่นท้องจะลดลง กินอาหารได้ดีขึ้น แต่ก็จะกินยาเฉพาะช่วงที่มีอาการมากเท่านั้น.

ข้อแตกต่างจากผู้ป่วย anorexia nervosa จากรายงานทางตะวันตกที่สำคัญได้แก่ ผู้ป่วยไม่มี distorted body image กล่าวคือผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองผอม ไม่คิดว่าตนเองยังอ้วนอยู่ และการที่ผู้ป่วยกินอาหารได้น้อย เป็นเพราะกินแล้วจะมีอาการพะอืดพะอม ไม่สบายท้อง ทำให้อาเจียนในที่สุด ไม่ได้เป็นจากผู้ป่วยไม่ยอมกินเพราะกลัวอ้วน (fat phobia) ดังที่มักพบในทางตะวันตก. ผู้ป่วยลักษณะเช่นนี้จะเป็น anorexia nervosa หรือไม่? มีรายงานผู้ป่วย anorexia nervosa ที่มีลักษณะเช่นนี้หรือไม่? ที่น่าสนใจคือ จากการทบทวนเอกสารพบว่ามีหลายรายงานจากประเทศทางเอเชียที่บ่งว่าอาการกลัวอ้วน ซึ่งถือกันว่าเป็นอาการหลักของโรค ไม่ได้เป็นอาการที่พบบ่อยมากอย่างที่คิด

จากรายงานผู้ป่วย anorexia nervosa ในฮ่องกง Chiu[16] บรรยายลักษณะผู้ป่วยว่ามีอาการที่ไม่เป็นไปตามแบบฉบับ กล่าวคือไม่มีการพยายามอย่างมากที่จะทำให้ตนเองผอม. รายงานผู้ป่วยจากสิงคโปร์ของ Ong และ Tsoi[12] พบว่ามีผู้ป่วยหลายรายไม่มีอาการกลัวว่าตนเองจะอ้วนที่ชัดเจน บางรายยอมรับว่าตนเองผอมและไม่ได้อยากจะผอม. Goh และ Ong[11] ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยในของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมาลายาย้อนหลังตั้งแต่ปีค.ศ. 1970-1988 จากจำนวนผู้ป่วยหญิงกว่า 9,000 คน พบ anorexia nervosa เพียง 15 ราย และมีอยู่ 6 รายที่ไม่มี distorted body image. Kwendewal[15] พบเช่นกันว่าผู้ป่วย anorexia nervosa ในอินเดียลักษณะแตกต่างไปจากที่พบในผู้ป่วยแบบฉบับทางตะวันตก โดยผู้ป่วยของเขาเป็นผู้ป่วยหญิงวัยรุ่น กินน้อย น้ำหนักลดลงมาก และไม่มีประจำเดือน แต่ไม่พบว่าผู้ป่วยมีอาการ distorted body image ที่ชัดเจน. Suematsu และคณะ[19] ได้รายงานการศึกษาผู้ป่วย anorexia nervosa โดยใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยแบบกว้าง ได้แก่ มีน้ำหนักตัวลดมากกว่าร้อยละ 20 น้ำหนักตัวลดมานานกว่า 3 เดือน และไม่มีการเจ็บป่วยทางกายหรือจิต ในประเทศญี่ปุ่นจำนวนมาก

ถึง 1,011 ราย (ร้อยละ 93 มีขาดประจำเดือนร่วมด้วย) พบว่าในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 269 ราย (ร้อยละ 26.6) ที่ไม่มีอาการกลัวอ้วน. รายงานที่มีการศึกษาอย่างละเอียดคือรายงานของ Lee[18] จากฮ่องกงโดยจากผู้ป่วย anorexia nervosa ที่เขาศึกษาทั้งหมด 70 คน พบว่าจำนวนกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.6) ไม่มีอาการกลัวอ้วนหรือการพยายามอย่างมากที่จะทำให้ตนเองผอม ผู้ป่วยเหล่านี้บอกสาเหตุที่ทำให้ตนเองกินไม่ได้ว่าเป็นเพราะแน่นท้อง ท้องอืด หรือไม่หิว ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการกลัวอ้วนพบว่ามีลักษณะอื่นๆ คล้ายคลึงกัน ได้แก่ อายุที่เริ่มมีอาการ ระยะเวลาที่ป่วยก่อนพบจิตแพทย์ อายุที่เริ่มมีประจำเดือน น้ำหนักขณะเริ่มรักษาและน้ำหนักต่ำสุดขณะป่วยเป็นต้น. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในรายงานของ Lee ไม่มีอาการอาเจียน ซึ่งต่างไปจากรายงานนี้ที่พบอาการอาเจียนเป็นอาการเด่น. ผู้ป่วยในรายงานนี้คล้ายคลึงกับรายงานของ Kwendewal[15] ซึ่งพบว่าอาการอาเจียนเป็นอาการที่พบบ่อย จนมักทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงมาก และบางครั้งพบอาการทาง functional หรือ conversion ร่วมด้วย

การที่ผู้ป่วยปฏิเสธการกินอาหารโดยอ้างสาเหตุทางระบบทางเดินอาหารนั้น เป็นสิ่งที่แพทย์ทางตะวันตกประสบเมื่อศตวรรษก่อนและตั้งข้อสังเกตไว้เช่นเดียวกัน โดยมีศัพท์เรียกอาการเหล่านี้มากมายตามลักษณะอาการของผู้ป่วย เช่น apepsia hysterica, bradypepsia, anorexia atonica, gastrodynia, nervous dyspepsia หรืออาการที่ Charles Lasegue จิตแพทย์ชาวฝรั่งเศสเรียกว่า gastralgia เพื่อหมายถึงอาการปวดไม่สบายท้องอย่างบอกได้ไม่ชัดเจนหลังการกินอาหาร เป็นต้น[24]

ปัจจุบันได้เป็นที่ยอมรับว่าอาการของ anorexia nervosa ในผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมต่างไปจากทางตะวันตกอาจไม่เหมือนกับผู้ป่วยที่เป็นแบบฉบับในทางตะวันตก ในหนังสือเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปัจจุบัน (DSM-IV) ได้ระบุไว้ว่า "ในบางวัฒนธรรมอาการ disturbed perception ของร่างกาย อาจไม่พบเด่นชัด และผู้ป่วยอาจบอกสาเหตุทำให้ตนเองกินอาหารน้อยต่างออกไปจากที่พบบ่อยๆ เช่น อืดแน่นท้อง หรือกินไม่ลง"[1]

การที่อาการกลัวอ้วนเป็นสิ่งที่พบได้เสมอในผู้ป่วย anorexia nervosa ในประเทศทางตะวันตกนั้นเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมในด้านรูปร่างของสังคมตะวันตกในปัจจุบัน ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีรูปร่างและสุขภาพมาก โดยเฉพาะในเพศหญิง.[25] ดังจะเห็นได้ว่าอาหารเสริมสุขภาพ อาหารลดน้ำหนักตลอดจนอุปกรณ์การออกกำลังกายต่างๆ มีการผลิตออกมาจำหน่ายเพิ่มมากขึ้น การสื่อสารมวลชนที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าแต่ก่อนทำให้ค่านิยมด้านรูปร่างยิ่งเพิ่มสูงขึ้น นางแบบตลอดจนดารามีรูปลักษณ์ที่ค่อนข้างผอมเหล่านี้ทำให้เปรียบเสมือนเป็น "cultural pressure to be thin".[26] การมีรูปร่างที่สมส่วนในสังคมตะวันตกบ่งถึงการเป็นผู้ที่มีประสิทธิภาพ มีการควบคุมตนเองที่ดี เป็นบุคคลที่น่าสนใจ และแสดงถึงความหนุ่มสาว.[27] ความอ้วนกลายเป็นเรื่องน่าอาย บ่งถึงความอ่อนแอ ควบคุมตัวเองไม่ได้ เป็นบุคคลที่ล้มเหลว เมื่อบุคคลประสบปัญหามีความไม่มั่นใจในตนเอง สำหรับผู้ที่ความสนใจในรูปลักษณ์ของตนเองอยู่แล้ว (ซึ่งในวัยรุ่นก็มักจะเป็นวัยที่ความสนใจในเรื่องร่างกายมีมาก ความเป็นตัวของตัวเองยังไม่มั่นคง รับอิทธิพลจากสื่อต่าง ๆ ได้ง่าย) การควบคุมน้ำหนักของตนเองจึงเป็นสิ่งหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าตนเองยังสามารถควบคุมอะไรได้อยู่. Paton และคณะ[28] ศึกษาพบว่าการเริ่มควบคุมเรื่องอาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคนี้ ค่านิยมในเรื่องของการควบคุมอาหารในสังคมที่สนใจเรื่องนี้จึงเป็นสิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด anorexia nervosa และเป็นปัจจัยเสริมให้อาการกลัวอ้วนหรืออยากผอมยังคงอยู่เรื่อยๆ.

สังคมในทางเอเชียแต่เดิมนั้นไม่ได้ให้ความสำคัญกับรูปร่างมากนัก โดยเฉพาะในเรื่องของสัดส่วนของร่างกายความสวยงามของสตรีจะเน้นที่ใบหน้ามากกว่าร่างกาย มุมมองที่มีต่อรูปลักษณ์ทางกายจะเป็นไปในแง่ของการเป็นสิ่งบ่งบอกถึงการมีความเป็นอยู่ที่สุขสมบูรณ์มากกว่า. ผู้ที่มีรูปร่างซูบผอมกลับจะเป็นผู้ที่มีภาพลักษณ์ในทางลบมากกว่าผู้ที่มีรูปร่างอ้วน มีคำล้อเลียนผู้ที่มีรูปร่าง

ผอมหรือคำที่เป็นไปในทางลบอยู่พอๆ กับผู้ที่มีรูปร่างอ้วน ตัวอย่างเช่น "กุ้งแห้ง" "ผอมเหมือนผีตายซาก" "ผอมเหมือนไม้เสียบผี" เป็นต้น. ค่านิยมที่ว่าความผอมแสดงถึงการมีความสามารถในการควบคุมตัวเองมีความสง่างามและความน่าสนใจนั้นอาจจะกล่าวได้ว่าไม่มีในวัฒนธรรมไทย. อีกทั้งอาหารไทยส่วนใหญ่จะมีไขมันไม่สูง มีผักเป็นส่วนประกอบมาก การปรุงอาหารจะใช้การผัดมากกว่าการทอด ผู้คนส่วนใหญ่จึงมีรูปร่างไม่ต่างกันมาก ผู้ที่อ้วนมาก ๆ ดังที่พบในทางตะวันตกนั้นมีน้อย จึงอาจเป็นอีกเหตุหนึ่งที่ทำให้เรื่องของความอ้วน-ผอมไม่ได้อยู่ในความคำนึงของคนไทย. ความกดดันที่มีต่อบุคคลในเรื่องของน้ำหนักตัวจึงมีไม่มากเหมือนในทางตะวันตก หากมองในแง่ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็น idiom of distress หรือเป็นการแสดงออกของความคับข้องใจแล้ว การปฏิเสธอาหารโดยอ้างเหตุผลในเรื่องของการกินไม่ได้ อิดแน่นท้อง น่าจะเป็นสิ่งที่เข้ากับวัฒนธรรมทางตะวันออก มีน้ำหนักเป็นที่เข้าใจและยอมรับของผู้คนใกล้ชิดมากกว่าการบอกเหตุว่าเพราะว่ากลัวอ้วน.

เมื่อคำนึงถึงว่าสังคมปัจจุบันโดยเฉพาะในสังคมเมืองใหญ่มีความเป็นโลกาภิวัตน์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว วัยรุ่นได้รับรู้ค่านิยมของทางตะวันตก ผ่านทางสื่อในทุกรูปแบบไม่เว้นแต่ละวัน ค่านิยมในเรื่องรูปลักษณ์ทางกายมีแนวโน้มของการเปลี่ยนไปในทางตะวันตกมากขึ้น ลักษณะที่ Becker กล่าวว่าเป็น "cultural pressure to be thin"[26] นั้นมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นปัจจัยที่ทำให้น่าจะพบผู้ป่วยที่มีลักษณะกลัวอ้วนตามแบบฉบับในทางตะวันตกได้มากขึ้น. อย่างไรก็ตามแพทย์ไม่ควรละเลยการคำนึงถึงโรคนี้ในผู้ป่วยหญิงวัยรุ่น ที่มีน้ำหนักลดลงมาก แม้ว่าจะไม่มีการรับรู้รูปลักษณ์ของตนเองที่ผิดปกติไปก็ตาม. ข้อควรระวังในกรณีของผู้ป่วยดังกล่าวนี้คือ อาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นจากโรคทางกายได้ ตัวอย่างเช่น โรคมะเร็งที่ยังไม่พบตำแหน่ง โรคระบบทางเดินอาหาร หรือ superior mesenteric artery syndrome[1] เป็นต้น จึงมักให้การวินิจฉัยหลังจากที่ได้ตรวจพิเศษเพิ่มเติมจนแน่ใจแล้ว.

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. Lancet 1993; **341:** 1631-5.
3. Herpertz-Dahlmann B, Remschmidt H. Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter. Deutsches Arzteblatt 1994; **91:** 781-6.
4. Hsu GK. The aetiology of anorexia nervosa. Psychol Med 1983; **13:** 231-8.
5. Prince R. The concept of culture-bound syndromes: anorexia nervosa and brain-fag. Soc Sci Med 1985; **21:** 197-203.
6. Swartz L. Anorexia nervosa as a cultural bound syndrome. Soc Sci Med 1985; **20:** 725-30.
7. Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychol Med 1980; **10:** 647-56.
8. Tolstrup K. Incidence and causality of anorexia nervosa seen in a historical perspective. Acta Psychiatr Scand 1990; **361(Suppl):** 1-6.
9. Eagles JM, Johnston MI, Hunter D, et al. Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of Northeast Scotland. Am J Psychiatry 1995; **152:** 1266-71.
10. Buhrich N. Frequency of presentation of anorexia nervosa in Malaysia. Aust N Z J Psychiatry 1981; **15:** 153-5.
11. Goh SE, Ong SBY, Subramaniam M. Eating disorder in Hong Kong (letter). Br J Psychiatry 1992; **161:** 276-7.
12. Ong YL, Tsoi WG, Cheah JS. A clinical and psychosocial study of seven cases of anorexia nervosa in Singapore. Singapore Med J 1982; **23:** 255-61.
13. Kua EH, Ung EK, Lee S. Anorexia nervosa and bulimia: a Singapore perspective. Singapore Med J 1997; **38:** 332-5.
14. Roan WA. The management of eating disorders in developing country: the incorporation of cultural determinants in the approach. Int Med J 1996; **3:** 25-30.
15. Khandelwal SK, Saxena S. Anorexia nervosa in people of Asian extraction. Br J Psychiatry 1990; **157:** 784.
16. Chiu LPW. Anorexia nervosa in a young Chinese woman in Hong Kong. Can J Psychiatry 1989; **34:**

162-3.
17. Lai KY, Pang AH, Wong CK. Case study: early-onset anorexia nervosa in a chinese boy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; **34:** 383-6.
18. Lee S, Ho TP, Hsu LKG. Fat phobia and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. Psychol Med 1993; **23:** 999-1017.
19. Suematsu H, Ishikawa H, Kuboki T, Ito Y. Statistical study of anorexia nervosa in Japan: detailed clinical data on 1,011 patients. Psychother Psychosom 1985; **43:** 96-103.
20. พยอม อิงคตานุวัตน์, ศรีธรรม ธนะภูมิ. Anorexia nervosa. วารสารสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ๒๕๑๘; ๑๔: ๖๓-๘.
21. ปราโมทย์ เชาวศิลป์. รายงานผู้ป่วยแอนนอเร็กเซีย เนอร์-โวซาหนึ่งราย. วารสารกรมการแพทย์ ๒๕๒๕; ๑๑: ๕๕-๖๐.
22. นงพงา ลิมสุวรรณ, สรยุทธ วาสิกนานนท์. อะนอเร็กเซียเนอร์-โวซ่าและโรคจิต: รายงานผู้ป่วย ๒ ราย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ๒๕๒๖; ๒๘: ๗๕-๘๕.
23. World Health Organization: International Classification of Diseases, 10th Revision. Geneva, World Health Organization, 1992.
24. Lee S. Self-starvation in context: towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa. Soc Sci Med 1995; **41:** 25-36.
25. Beumont PJ, Russell PJ, Touyz SW. Treatment of anorexia nervosa. Lancet 1993; **341:** 1635-40.
26. Becker AE, Hamburg P. Culture, the media, and eating disorders. Harv Rev Psychiatry 1996; **4:** 163-7.
27. Nasser M. Culture and weight consciousness. J Psychosom Res 1988; **2:** 573-7.
28. Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls-a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. Psychol Med 1990; **20:** 383-94.