



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตที่มีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัย เช่น มาจากความผิดปกติทางชีวเคมีทางสมอง จากความบกพร่องของการทำหน้าที่ของจิตใจและอารมณ์ และจากสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งโรคนี้จะเป็นโรคที่พบมากที่สุดใบบรรดาโรคจิต (Psychoses) ทั้งหมด เป็นโรคที่ค่อนข้างเรื้อรังและรุนแรง (Bradley and Hirsch, 1986) แสดงลักษณะโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ ขาดความเข้าใจสภาพความเป็นจริง จนทำให้ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดปกติ รวมทั้งทำให้การเอาใจใส่ตนเอง การปฏิบัติหน้าที่ที่ทำงาน และความสัมพันธ์กับสังคมเสียไป เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพในสังคมและการทำงาน (Liz Kuipers, 1979) พบโรคนี้ได้ทุกสังคมและเกือบทุกระดับวัฒนธรรม ตั้งแต่ในชุมชนที่มีระดับการพัฒนาดำสุด เช่นชนเผ่าต่าง ๆ ในทวีปอเมริกาใต้ และแอฟริกาไปจนถึงสังคมที่มีการพัฒนาในระดับสูง เช่น ประเทศในยุโรปและอเมริกา เป็นต้น จากงานวิจัยของฟาริสและดันฮาน (Fares and Dunhan, 1939, quoted in Neale and Oltmans, 1980) พบว่า อัตราการป่วยเป็นโรคจิตเภทจะยิ่งสูงขึ้นในสังคมระดับต่ำ โดยพบผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 700 คนต่อประชากร 100,000 คน และในสังคมชั้นกลางจะพบ 322 คน ต่อประชากร 100,000 คน จากสถิติทั่วโลกพบว่าอัตราการเกิดของโรคนี้สูงถึง ร้อยละ 0.2 - 1 ของประชากร (สุวิทนา อารีพรค, 2524) และอุบัติการณ์ (Incidence) ที่พบในสหรัฐอเมริกาและยุโรปประมาณ 0.3-0.6 ต่อประชากรพันคน เฉพาะในสหรัฐอเมริกาเองพบความชุก (Prevalence life time) ประมาณ 1.5% และ 90% ของผู้ป่วยที่มีรักษาจะมีอายุอยู่ระหว่าง 15-54 ปี ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชาย (Kaplan and Sadock, 1991) สำหรับในประเทศไทยในระยะหลายปีที่ผ่านมา พบว่า ในบรรดาโรคจิต (Psychoses) ที่พบมากที่สุดคือ โรคจิตเภท (กองสุภาพจิต, 2525) และโรคนี้เป็นภาวะทางจิตเวชที่ร้ายแรงที่สุดในแง่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต (Wing, 1979) โรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน และระยะเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรังนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนมาก เป็นแล้วไม่หายขาดกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่จะต้องเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาก็ต่อเมื่อ

อาการเป็นมาก และรบกวนบุคคลรอบข้าง จึงจะนำส่งโรงพยาบาลซึ่งทำให้เกิดการล่าช้าในการรักษา ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาไม่หายขาดกลายเป็นภาระในการเลี้ยงดูของครอบครัว ครอบครัวที่ไม่สามารถรับภาระเลี้ยงดูผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ก็มักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ดังที่เทพนม เมืองแมน (2522) ได้รายงานไว้ว่า "สำหรับประเทศไทยนั้นผลของการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปี พ.ศ.2520 พบว่า ผู้ป่วยทุเลาแต่ไม่หายขาดถึง 90% สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่า โรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง ต้องเสียเวลารักษานานและเสียค่าใช้จ่ายสูง" สอดคล้องกับที่นายแพทย์สังัน สุวรรณเลิศ (2528) ได้ศึกษาถึงผู้ป่วยระยะยาวในโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย พบว่าจากสถิติประจำปีของผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลเกิน 10 ปี โดยไม่ได้กลับบ้านเลย นับถึงปี พ.ศ.2526 พบว่า 50.64% ของผู้ป่วยทั้งหมด ที่อยู่ในโรงพยาบาลในระหว่างนั้น ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่โรงพยาบาลระยะยาวมีอยู่ประมาณ 42.2% ของจำนวนเตียงทั้งหมด สถิติผู้ป่วยใน ปีพ.ศ.2529 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 เดือน จนถึง 10 ปีขึ้นไป เป็นจำนวนถึง 82.26% (ภัทรา ภิรลภ, 2530) ซึ่งจากสถิติดังกล่าวนี้จะเป็นผลทำให้โรงพยาบาลต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

จากรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งได้ชื่อว่าเป็น ประเทศที่มีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดีมากประเทศหนึ่ง ต้องใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยตกปีละ 10,000 ถึง 20,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (Kaplan and Sadock, 1991) ซึ่งยังไม่รวมถึงผู้ที่ยังไม่ได้มารับบริการ ถ้ามีผู้มารับบริการทุกคนยิ่งต้องใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น ด้วยเหตุที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา ถ้าต้องการที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้ทัดเทียมต่างประเทศที่พัฒนาจะต้องเพิ่มงบประมาณในการดูแลรักษาอีกเป็นจำนวนมาก ลักษณะผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ไม่สามารถสร้างสรรประโยชน์หรือผลิตผลให้ทั้งกับตนเองและสังคมได้ ดังนั้นจึงน่าจะหาวิธีการรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้โดยเร็วที่สุดช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวมากเกินไป และยังช่วยลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลให้สั้นลง เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและทำให้มีเตียงว่างในการรับผู้ป่วยอื่นได้มากขึ้น

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีการรักษาที่สำคัญ 3 แบบ คือ (ชูทิตย์ บานปรีชา, 2520)

1. การรักษาด้วยวิธีการทางกาย (Somatic Therapy) เพื่อรักษาอาการต่าง ๆ ให้สงบลงโดยเร็ว เช่น อาการเพ้อคลั่ง อาการหวาดระแวง ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม แยกตัว อาการซึมเศร้า การรักษาทางการที่นิยมในปัจจุบันคือ การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) และการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy)

2. การรักษาทางจิต (Psychological treatment) จุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึก อารมณ์ และเข้าใจถึงสภาพจิตใจของตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น การรักษาทางจิตที่นิยมใช้ ได้แก่

- จิตบำบัด (psychotherapy)
- จิตบำบัดชนิดประคับประคอง (supportive psychotherapy)
- จิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis)
- จิตบำบัดเชิงวิเคราะห์ (psychoanalytic psychotherapy)
- พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy)
- จิตบำบัดชนิดกลุ่ม (group psychotherapy)
- จิตบำบัดชนิดมุ่งความสำคัญที่ผู้ป่วย (client-centered psychotherapy)
- จิตบำบัดชนิดที่ก่อให้เกิดความหยั่งเห็น (Insight oriented psychotherapy)
- ครอบครัวบำบัด (family therapy)
- การบำบัดคู่สมรส (marital therapy)
- อื่น ๆ

3. การรักษาด้วยวิธีการทางสังคมหรือการรักษาโดยการจัดสิ่งแวดล้อม (social or milieu therapy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม การติดต่อกับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม การรักษาโดยการจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่

- การรักษาที่เน้นสภาพแวดล้อมและบรรยากาศ (milieu therapy)
- อาชีวะบำบัด (Occupational therapy)
- บ้านกึ่งวิถี (half-way house)
- เรือนพักกลางวันกลางคืน (day-night wards)
- ศูนย์ฟื้นฟูและดูแลภายหลัง (rehabilitation and after-care centers)

การรักษาด้วยยาซึ่งเป็นการรักษาทางกายนั้นได้กระทำมาเป็นระยะเวลาานประมาณ 40 ปีมาแล้ว ในการค้นพบยาต้านโรคจิตครั้งแรก วัตถุประสงค์แพทย์ชาวฝรั่งเศส ชื่อ Henri Leborit เป็นคนแรกที่นำยาคลอโปรมาซีน (Chlorpromazine) ซึ่งผู้ผลิตตั้งใจผลิตเพื่อเป็นยา antihistamine มาใช้ในการทำให้ผู้ป่วยสงบลง ต่อมาในปี ค.ศ.1952 John Delay และ Pirre Demiber เป็นผู้ที่น่ายานี้มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นคนแรก (Kaplan and Sadock, 1989) จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 374 รายพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยยาจะอยู่ในชุมชนได้นานกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วย Placebo ในระยะ 2 ปี และอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยที่รักษาด้วย Placebo มากกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านโรคจิต

Gross และคณะ ได้ศึกษาถึงการหยุดยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยอยู่ในชุมชนตั้งแต่ 6-37 เดือน และ Troshinsky กับคณะ ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภท 43 ราย ที่มีอายุระหว่าง 40-45 ปี ซึ่งอยู่ในชุมชน 1 ปี หลังจากจำหน่าย ผลการศึกษาของทั้ง 2 กลุ่ม ได้กล่าวถึงผลของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตว่า สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ (Hogarty and other, 1973) ส่วนนายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล (2523) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องว่าระยะเวลาให้ยาในโรคจิตเภทส่วนมากนานเป็นปี โดยมีหลักว่าเมื่อมีอาการดีขึ้นมากแล้วจะค่อย ๆ ลดขนาดยาลง และให้ระยะยาวติดต่อกัน เป็นเวลานานอาจหลายปีเพื่อคุมไม่ให้อาการกำเริบ ในระหว่างนี้อาจหยุดยาได้เป็นระยะ ๆ แต่ไม่ควรหยุดยานานเกิน 6 เดือน เพราะถ้าหยุดยานานกว่านี้อาการมักจะกลับเป็นใหม่ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการขึ้นอีกให้ตั้งต้นให้ยาเหมือนเดิม

งานวิจัยหลายชิ้นที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยยา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาส่วนมากจะสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ และใช้เวลาในการอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ยา และอัตราส่วนของผู้ป่วยใช้ยาที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมี 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ยาถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมียาต้านโรคจิตมากมายที่นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วย แต่จากผลการรักษาปรากฏว่ามีเพียงประมาณ 70% เท่านั้นที่ได้ผลดี ส่วนที่เหลือไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษา (Kaplan and Sadock, 1985) ดังนั้น จึงน่าจะมามีวิธีการรักษาที่ได้ผลดีกว่านี้

การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งที่ใช้แพร่หลายตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งนิยมเรียกว่า การทำ ECT (Electroconvulsive Therapy) เป็นการกระตุ้นที่ทำให้เกิดการชักแบบ Tonic clonic convulsion หรือ Grand mal convulsion คือการชักเกร็งทั้งตัว ความถี่หรือจำนวนครั้งนั้น มักจะให้การรักษาสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จนกระทั่งอาการทุเลาลง



โดยทั่ว ๆ ไปผู้ป่วยจิตเภทจะทำ ECT ประมาณ 12-18 ครั้ง ถ้าเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อาจต้องทำ ECT ถึง 20-25 ครั้ง (Frances and Hales, 1988)

จากการสำรวจของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันเกี่ยวกับการใช้ ผลดี ผลเสีย วิธีการ รวมทั้งด้านสังคมและกฎหมาย พบว่า จากจิตแพทย์ 3,000 คนนั้น 72% เชื่อว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าอย่างเดียวหรือร่วมกับการรักษาวิธีอื่น ๆ พบว่าได้รับความปลอดภัย และสิ้นเปลืองน้อยที่สุด (O'Connell, 1982) ส่วนในสหรัฐอเมริกาและสวีเดน ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าประมาณ 3.5% ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ที่เดนมาร์กมีอัตราการใช้สูงถึง 10% (ชูคลา จิตี, 2512) และปี ค.ศ.1982 L.Kolb และ K.Brodie ได้เขียนไว้ใน Modern Clinical Psychiatry tenth edition (Kolb L. and Brodie K.,1982) ว่าการรักษาด้วยไฟฟ้า ไม่ได้เป็นการรักษาที่ล้าสมัยอีกแล้ว เพราะพิสูจน์ได้ว่าเป็นการรักษาที่ได้ผล ประหยัดค่าใช้จ่าย และไม่ทำลายเนื้อสมองหรือทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองอย่างชั่วคราวหรือถาวร ซึ่ง Fink ก็ได้สรุปว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับกับการเสี่ยงต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น ประโยชน์ที่จะได้รับมีมากกว่า (Fink, 1982)

จากการศึกษาของ Kalinowsky และ Hoch (1961) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยไฟฟ้าได้ผลรวดเร็วและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่าการใช้ยาต้านโรคจิต ในปี ค.ศ.1961 ปีเดียวกันนั้น Rohde และ Sargent (1961) ได้ทำการรักษาผู้ป่วยจิตเภทโดยการให้คลอโรโพรมาซีน ขนาด 300 mg/d ร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยไฟฟ้าเพียงอย่างเดียว พบว่าเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าเพียงอย่างเดียวยังมีอาการของโรคจิตเภทอยู่อีกร้อยละ 69 ในขณะที่กลุ่มที่ใช้ยาต้านโรคจิตร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้ายังมีอาการของโรคจิตเภทอยู่เพียงร้อยละ 29 และยังช่วยลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลได้อีกด้วย จากการติดตามผลการรักษาหลังการรักษา 2 ปี พบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าอย่างเดียว ยังมีอาการทางจิตร้อยละ 51 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยาต้านโรคจิตร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้ามียังมีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในปี ค.ศ. 1964 Smith และ Bidy (1964) ทำการศึกษาพบว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับยา phenothiazine ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จะทำให้มีประสิทธิผลที่มากขึ้น และปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Roth และคณะ ในปี ค.ศ.1980 (Salzman,

1980) และการศึกษาของ May ในปี ค.ศ.1975 (ณรงค์, 2532) ก็พบว่าการรักษาด้วยยาหรือการรักษาด้วยไฟฟ้าแต่เพียงอย่างเดียวหนึ่ง จะมีผลทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลในระยะเวลายาวใกล้เคียงกัน แต่ถ้าใช้การรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาของ อุดม บาจรียางกูร (2531) พบว่าพระอาทิตย์ป่วยเป็นโรคจิตในโรงพยาบาลสงฆ์ที่รักษาด้วยไฟฟ้าชนิดไม่ดัดแปลง (unmodified) ร่วมกับยาด้านโรคจิต จะมีอาการดีขึ้นเร็วกว่าการใช้ยาอย่างเดียว จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลก็น้อยลง

จากการศึกษาต่าง ๆ ที่กล่าวมา ทำให้เชื่อว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับยาด้านโรคจิตน่าจะมีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาแบบใดแบบหนึ่งเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามรายงานต่าง ๆ ยังขาดการควบคุมที่ดี มีขบวนการรักษาที่แตกต่างกันไป มีการวินิจฉัยโรคในกลุ่มที่ต่างกัน ขาดการติดตามผลการรักษา และบางรายเป็นการศึกษาย้อนหลัง ในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษาเปรียบเทียบการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งโดยมีเครื่องควบคุม (Multiple Monitored Electroconvulsive Therapy) ร่วมกับยาด้านโรคจิตกับการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตเพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลที่เกิดขึ้นจากการให้การรักษาทั้ง 2 วิธีนี้ เพื่อให้ทราบข้อเท็จจริงที่แน่นอนถึงผลที่เกิดขึ้นและเพื่อให้แพทย์และผู้เกี่ยวข้องได้เลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เป็นภาระต่อสังคมโดยเร็วที่สุด พร้อมทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลและการเจ็บป่วยเรื้อรังให้น้อยลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งโดยมีเครื่องควบคุมร่วมกับยาด้านโรคจิตกับการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตเพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

สมมติฐานในการวิจัย

ประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งโดยมีเครื่องควบคุมร่วมกับยาด้านโรคจิต จะได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตเพียงอย่างเดียว

ขอบเขตของการวิจัย

1. ผู้ป่วยทุกราย จะได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังจากจิตแพทย์ ตาม DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder) และจิตแพทย์จะเลือกผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion criteria) ก่อน ต่อจากนั้นผู้วิจัยจะนำกลุ่มศึกษาที่คัดเลือกไว้แล้วนั้น มาทำการลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันปัญหาจริยธรรม โดยกลุ่มหนึ่ง จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเพียงอย่างเดียว ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งจะได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง โดยมีเครื่องควบคุมร่วมกับการใช้ยาต้านโรคจิต

2. ผู้วิจัยศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งที่ได้รับผลดีจากการรักษาด้วยไฟฟ้า (Kaplan and Sadock, 1985) และในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีผู้ใดได้ทำการศึกษาวิจัยหรือเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง โดยมีเครื่องควบคุมร่วมกับยาต้านโรคจิต และการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง นอกจากนี้โรคดังกล่าวยังมีจำนวนผู้ป่วยเพียงพอที่จะศึกษาในระยะเวลาที่จำกัดได้

3. ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการรักษาทางจิตเวชอย่างอื่นร่วมด้วย ได้แก่ การรักษาจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy), กลุ่มสันทนาการ (Recreation therapy), กลุ่มอาชีพบำบัด (Occupational therapy) ตลอดจนนิเวศบำบัด (Milieu Therapy) ที่เหมือน ๆ กัน ดังนั้น สภาวะของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจึงเป็นผลรวม ๆ ของการรักษาทั้งหมด โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการรักษาทางจิตเวชแบบอื่น ๆ ที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทุกคนได้รับยา Haloperidol 15-40 mg/day ทางปาก

4. ตัวแปรที่ศึกษา

4.1 ตัวแปรอิสระ

กลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตอย่างเดียว

กลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง โดยมีเครื่องควบคุมร่วมกับการใช้ยาต้านโรคจิต โดยใช้เครื่องมือรักษาด้วยไฟฟ้าที่เรียกว่า Monitored Electroconvulsive Therapy Apparatus (MECTA)

4.2 ตัวแปรตาม คือ ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ตั้งแต่เริ่มได้รับการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการจิตพยาธิสภาพดีขึ้น โดยคะแนนที่ประเมินจากแบบทดสอบ Brief Psychiatric Rating Scale ต้องอยู่ในช่วง 18-20 คะแนน

5. การประเมินสภาวะผู้ป่วยจะประเมินจาก แบบทดสอบ Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS (Overall and Gorham, 1962 : 799-821) โดยมีผู้ตรวจวัด (Rater) 2 ท่าน คือผู้วิจัยและจิตแพทย์อีกท่านหนึ่ง ซึ่งแต่ละท่านจะประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายออกมาเป็นคะแนน จากนั้นจะนำคะแนนของแต่ละท่านที่ให้ในผู้ป่วยแต่ละรายมาทำการทดสอบความเชื่อถือได้ (reliability) โดยหาค่า Kappa coefficient ต่อจากนั้น ผู้วิจัยจะนำแบบทดสอบ Brief Psychiatric rating Scale นี้ไปประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย

6. การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง โดยมีเครื่องควบคุม (Multiple Monitored Electroconvulsive Therapy = MMECT) คือการรักษาโดยการกระตุ้นให้เกิดการชักด้วยไฟฟ้า 2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 45-60 วินาที โดยใช้กระแสไฟฟ้าจำนวนจำกัดผ่านเข้าสมองในเวลาจำกัด ภายใต้การใช้ยาสลบเพียงครั้งเดียว โดยมีเครื่องควบคุม (Monitored) เช่น EKG, EEG และเครื่องมือที่ใช้เป็นชนิด Brief Pulse Waves และการชักแต่ละครั้งต้องมี Cerebral convulsion ในสมองอย่างน้อย 20 วินาที โดยดูจาก EEG ที่มีการเปลี่ยนแปลง

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

- การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง โดยมีเครื่องควบคุม (Multiple Monitored Electroconvulsive Therapy = MMECT) คือการรักษาโดยการกระตุ้นให้เกิดการชักด้วยไฟฟ้า 2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 45-60 วินาที โดยใช้กระแสไฟฟ้าจำนวนจำกัดผ่านเข้าสมองในเวลาจำกัดภายใต้การใช้ยาสลบเพียงครั้งเดียว เป็นเครื่องมือชนิด Brief Pulse Waves เครื่องมือที่ใช้ในโรงพยาบาลจุฬาฯ เป็น monitor electroconvulsive therapy apparatus (MECTA^R) โดยกำหนด Parameters ทั้ง 4 คือ Frequency, Duration, Pulse width และ current เพื่อให้เกิดการชักที่สมบูรณ์ซึ่งพิจารณาจากเวลาชัก (Duration of cerebral convulsion) เป็นสำคัญ คือต้องมี cerebral convulsion ในสมองอย่างน้อย 20 วินาที โดยดูจาก EEG ที่มีการเปลี่ยนแปลง

- การรักษาค่ายาต้านโรคจิต (Antipsychotic drug treatment) คือการรักษาค่ายาต้านโรคจิต ซึ่งเป็นที่นิยมใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท (Psychosis) ซึ่งยาที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ คือยา Haloperidol ขนาด 15-40 mg/day ทางปาก ซึ่งจะเริ่มให้ยานี้ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการจิตพยาธิสภาพดีขึ้น โดยคะแนนที่ประเมินจาก Brief Psychiatric rating Scale ต้องอยู่ในช่วง 18-20 คะแนน

- ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia) คือผู้ป่วยที่แสดงอาการต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และมีอาการแสดงตาม Diagnostic criteria ของ DSM-III-R ดังนี้ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder, 1987)

A. ในระยะที่ไม่สบายแสดงอาการอย่างน้อย 2 อย่างในประการต่อไปนี้

1) bizarre delusions (เนื้อหาสาระมีลักษณะเฉพาะตัวที่เหลวไหลและไม่มีทางที่จะอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงได้เลย) เช่น delusion of being controlled (หลงผิดคิดว่าตนเองถูกควบคุม), thought broadcasting (หลงผิดคิดว่าความคิดของตนแพร่กระจายออกไปทำให้คนอื่นรู้), thought insertion (หลงผิดว่าความคิดที่ไม่ใช่ของตนถูกนำมาใส่ในสมองตน) หรือ thought withdrawal (หลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงไปจากสมอง)

2) เกิดอาการหลงผิดชนิดต่าง ๆ ที่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับเรื่องที่จะถูกทำร้ายหรือถูกอิจฉาหรือไม่ก็เกิดอาการหลงผิดชนิดต่างๆ ตามด้วยอาการประสาทหลอนชนิดใดก็ได้

3) เกิดอาการหลงผิดชนิดต่าง ๆ ทางร่างกาย คิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกายอย่างใดอย่างหนึ่ง (Somatic delusion), หลงผิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญและมีความสามารถพิเศษ (grandiose delusion) หรืออาการหลงผิดอื่น ๆ โดยมีเนื้อหาสาระเรื่องตนถูกทำร้าย (persecutory) หรือถูกอิจฉา (Jealous)

4) เกิดอาการประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ ทางหู วิพากษ์วิจารณ์ถึงพฤติกรรมหรือความคิดของผู้อื่นตลอดเวลา หรือเป็นเสียงของคนสองคนหรือหลายคนสนทนากัน

5) เกิดอาการประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ ทางหูเสมอๆ ที่มีเนื้อหาหมากกว่าคำสองคำซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า หรือครึกครื้น

6) incoherent เป็นลักษณะคำพูดที่ไม่ติดต่อกันอย่างมาก เกิดความคิดที่ปราศจากเหตุผลอย่างมาก หรือคำพูดที่หาสาระมิได้เลยหรือไม่เกี่ยวข้องกับอาการอย่างหนึ่งอย่างใดในประการต่อไปนี้

a. อารมณ์เฉยเมยหรือไม่สอดคล้องกับเรื่องราวต่าง ๆ (blunted, flat or inappropriate affect)

b. อาการหลงผิดประสาทหลอนในลักษณะต่าง ๆ

c. Catatonic หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เห็นได้ชัดว่าไม่เป็นระบบ

B. ระดับของการทำหน้าที่ต่าง ๆ เช่น การทำงาน การสังคม และการดูแลตัวเอง เสื่อมโทรมเมื่อเทียบกับระยะก่อนที่จะไม่สบาย

C. Duration เกิดอาการแสดงต่าง ๆ ของความไม่สบายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตผู้นั้น และปัจจุบันยังคงมีอาการแสดงต่าง ๆ บางอย่างของความไม่สบาย ช่วงระยะ 6 เดือนที่ไม่สบายให้รวม active phase ที่แสดงอาการต่าง ๆ

ในข้อ A. ไว้ด้วย อาจมีหรือไม่มี prodromal หรือ residual phase ก็ได้ ดังคำนิยามดังนี้

Prodromal phase : เกิดความเสื่อมโทรมในหน้าที่การงานก่อนจะเข้าสู่ active phase ของความไม่สบายแต่ไม่ได้เนื่องจากความแปรปรวนของอารมณ์ต่อเนื่อง หรือ Substance use disorder และก่อให้เกิดอาการอย่างน้อย 2 ประการ ดังจะกล่าวต่อไป

Residual phase : เป็นช่วงหลัง active phase ของความไม่สบาย มีอาการอย่างน้อย 2 อย่าง ต่อไปนี้ ทั้งนี้ได้มาจากความแปรปรวนของอารมณ์ต่อเนื่อง หรือ substance use disorder

Prodromal or Residual Symptoms :

1. แยกตัวเองหรือถดถอยจากสังคม
2. บกพร่องในหน้าที่การงานบกพร่องอย่างมาก
3. แสดงพฤติกรรมประหลาด เช่น เก็บสะสมขยะมูลฝอย, หูดคนเดียว
4. อนามัยและความเรียบร้อยส่วนตัวบกพร่องมาก

5. อารมณ์เฉยเมย หรือไม่สอดคล้องกับเรื่องราวต่าง ๆ
6. พูดวาท อ้อมค้อม เคลือบคลุม
7. มีแนวคิดแปลก ๆ (bizarre) หรือมีความคิดในเรื่องเวทมนต์คาถา
ของวิเศษ, อำนาจวิเศษ
8. มีประสบการณ์ในการรับรู้ต่าง ๆ ผิดปกติ เช่น แปลภาพผิด

D. โรคจิตเภทและ อารมณ์แปรปรวน รวมทั้งโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีลักษณะ
โรคจิตร่วมด้วย (Schizoaffective disorder and mood disorder with
psychotic features) จะต้องถูกวินิจฉัยแยกออกก่อน เช่นถ้ามีกลุ่มอาการซึมเศร้ามากหรือ
คลุ้มคลั่งมาก ปรากฏในระยะรุนแรง (Active phase) ของโรคนี้ระยะเวลาทั้งหมดของกลุ่ม
อาการอารมณ์แปรปรวนจะสั้น เมื่อเทียบกับระยะเวลาทั้งหมดของระยะรุนแรงร่วมกับระยะหลง
เหลือของโรค (residual phase) นี้

E. มิได้เนื่องจากความผิดปกติของจิตใจเนื่องจากสาเหตุทางกายหรือปัญญาอ่อน

F. ถ้ามีประวัติ Autistic disorder มาก่อน จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทร่วม
ด้วยต่อเมื่อพบว่ามีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนเด่นชัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลให้สั้นลง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้โดยเร็ว
3. ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของญาติผู้ป่วยและของโรงพยาบาล
4. เพื่อให้มีเตียงว่างพอที่จะรับผู้ป่วยอื่นได้
5. เพื่อช่วยค้นหาการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด
6. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ด้วยวิธีการรักษาแบบ MMECT ในโรคอื่น ๆ
7. ญาติผู้ป่วยให้ความร่วมมือมากขึ้น

ปัญหาด้านจริยธรรม

มีแต่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียหรืออันตรายใด ๆ ต่อผู้ป่วย เพราะจิตแพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้
ที่เลือกวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากที่สุด และมีการพิจารณาคัดเลือก
ผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ามาศึกษา (indusion criteria) และเกณฑ์คัดเลือกออกจาก

การศึกษา (Exclusion criteria) และผู้วิจัย จะทำการคัดเลือกผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโดยการ
ใช้ Block Randomization โดยผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามรหัสตัวอักษรที่ได้จากการสุ่ม
ตัวอย่าง โดยกำหนดให้รหัส A แทนการรักษาโดยใช้ยาต้านโรคจิตเพียงอย่างเดียวและรหัส B
แทนการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง โดยมี เครื่องควบคุมร่วมกับยาต้านโรคจิต ซึ่งแพทย์จะเป็น
ผู้แจกบัตรรหัส ก่อนที่จะได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการแจ้งรายละเอียดของวิธีการรักษา
และได้รับการยินยอมในการรักษาจากผู้ป่วยและญาติ และการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งนี้เป็น
การรักษาภายใต้ยาสลบครั้งเดียว โดยมี เครื่องควบคุม (monitor) เช่น EKG, EEG รวมทั้ง
มีเครื่องมือ Oximeter ซึ่งประเมินผลเหล่านี้ได้จากจิตแพทย์ วิศวกรแพทย์และพยาบาล และ
การให้ยาสลบอยู่ในความควบคุมของวิศวกรแพทย์อย่างใกล้ชิด ซึ่งขนาดของยาขึ้นอยู่กับความ
เหมาะสมของผู้ป่วย และความรุนแรงของการชักของผู้ป่วยในขณะรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งจะมีความ
ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากที่สุดและมีการ เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินไว้ตลอดเวลาที่ทำการรักษา
จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง
มีประสิทธิภาพดี และมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วย
มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วและลดอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่น อันเนื่องมาจาก
อาการของผู้ป่วยได้ อีกทั้งการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ผ่านมาของ อัญชลี
บโกฏิประภา เรื่องการเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดี่ยวและแบบหลายครั้งในผู้ป่วย
จิตเภทปี 2534 และของ รุ่งทิภา เกิดแสง เรื่องการเปรียบเทียบผลแทรกซ้อนจากการรักษา
ด้วยไฟฟ้าแบบ Unmodified และ modified ปี 2535 พบว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตราย
ต่อผู้ป่วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย