

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของยาฉีด Zuclopenthixol acetate กับ Haloperidol ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบ ประกอบด้วย

2.1 โรคจิตเภท

2.2 แนวทางการรักษาโรคจิตเภทในประเทศไทยและโรงพยาบาลสวนปรุง

2.3 ข้อมูลยาฉีด Zuclopenthixol acetate กับ Haloperidol และอาการไม่พึงประสงค์จากยา

2.4 การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6 สรุป

โดยมีสาระสำคัญดังนี้

2.1 โรคจิตเภท

โรคจิตเภท (schizophrenia) (1, 6-8)

เป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

2.1.1 ลักษณะอาการทางคลินิก (7)

อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มอาการหลัก คือ

1. อาการด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

- อาการหลงผิดที่พบบ่อย ได้แก่ หลงผิดว่าตัวเองถูกปองร้าย กลั่นแกล้ง หลงผิดว่าตัวเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษ หรือเป็นบุคคลสำคัญ

- อาการประสาทหลอนที่พบบ่อย จะเป็นหูแว่ว ได้ยินเสียงเป็นเรื่องราวที่ชัดเจน ได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดคุยกันเรื่องผู้ป่วย

2. **อาการด้านลบ (negative symptoms)** เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ จัดเป็นอาการด้านลบ ได้แก่ พุคน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ การแสดงอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น

3. **ความผิดปกติของกระบวนการคิดโดยแสดงออกผ่านทาง การพูดสนทนา (disorganization dimension)** ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปแนวทางเดียวกัน ความคิดไม่สมเหตุสมผล อาการแสดงออกจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นเข้าใจ

ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค

ระยะหลังพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการอีกกลุ่มหนึ่ง ได้แก่ กระบวนการความคิดบกพร่อง (cognitive dysfunction) มักพบได้ก่อนอาการกำเริบชัดเจน ได้แก่ สมาธิแย่งลง การตีความสิ่งต่างๆ เพื่อการตอบสนองบกพร่อง ความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราว

2.1.2 การวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) ฉบับภาษาไทย ใช้รหัส International Classification of Diseases (ICD-10) (19) มีดังต่อไปนี้

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไปนาน 1 เดือน (หรืออาจน้อยกว่า 1 เดือน หากผู้ป่วยได้รับการรักษา)

1.1 อาการหลงผิด (delusion) มีความเชื่อ (หลงผิดอื่นๆ) ว่าผู้อื่นมีความประสงค์ร้ายทั้งในอดีตและปัจจุบัน เช่น หลงผิดว่าตนมีความสามารถพิเศษ ร่ำรวย มีอำนาจสูงกว่าคนอื่น เป็นภรรยาประธานาธิบดี

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) มีการรับรู้ในประสาทการรับรู้ทุกด้าน เมื่อไม่มีสิ่งเร้าที่สามารถบ่งชี้ได้จากภายนอก ยกเว้นเสียงในหัวหรือภายในตัว เช่น ได้ยินเสียงหรือมีคนมาพูดด้วยโดยไม่เห็นตัว มองเห็นหรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึกล

1.3 มีความผิดปกติของคำพูด (disorganization speech) เช่น พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง ไม่ต่อเนื่อง คำพูดไม่ปะติดปะต่อ

1.4 มีพฤติกรรมวุ่นวายหรือการเคลื่อนไหวผิดปกติ (grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายหรือ จะมีอาการก้าวร้าวรุนแรงเนื่องจากควบคุมแรงผลักดันไม่ได้ แสดงการข่มขู่คุกคามเรียกร้องมาก และมีพฤติกรรมเชิงทำลายบ่อยๆ โดยไม่คำนึงผลที่จะเกิดตามมา มีพฤติกรรมการทำร้ายผู้อื่น และอาจมีการละเมิดทางเพศ หรือมีการกระทำที่โหดร้ายรุนแรงซ้ำๆ หรือมีพฤติกรรมที่เป็นภัยต่อตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่มี

พฤติกรรมการณ์เคลื่อนไหวผิดปกติ จะมีท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ไม่เป็นธรรมชาติ คือ มีลักษณะ
แก่งก้าง แข็ง ไม่ประสานกันหรือดูแปลกประหลาด การทำท่าแปลกๆ ซ้ำๆ อยู่บ่อยๆ หรือทำท่าบิด
เบี้ยวไม่เป็นธรรมชาติค้างอยู่นาน หรือค้างอยู่เกือบตลอดเวลา

หมายเหตุ

- หากมีอาการเชื่อว่าตัวเองถูกดึงออกไปจากสมองหรือมีหูแว่วเป็นเสียง
วิจารณ์ตัวเอง (voice commenting) เสียงคนคุยกัน (voice discussing) แม้จะมีเพียงอาการเดียวก็ถือ
ว่าเข้าเกณฑ์

- อาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านอาชีพ การงาน การมี
สัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตัวเอง

2. มีอาการต่อเนื่องนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase ตามเกณฑ์ข้อ 1
นานอย่างน้อย 1 เดือนและระยะเวลาที่เหลืออาจเป็นระยะก่อนเริ่มอาการ (prodomal) หรือ ระยะ
คงเหลือ (residual phase)

3. ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

4. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

2.1.3 การดำเนินของโรค

การดำเนินของโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodomal phase)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้าน
หน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตได้
ว่าเป็นคนเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่อง
สุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำพูด
หรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่แปลก มีอาการหวาดระแวงบ้างเล็กน้อย แต่ไม่ถึงกับ
ผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนสนิทมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยทั่วไปบอกได้ยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่
เมื่อไหร่ โดยเฉลี่ยนาน 1 ปีก่อนมีอาการ การพยากรณ์ของโรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและ
ผู้ป่วยดูแลเรื่อยๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม
อาการด้านบวก

3. ระยะอาการคงเหลือ (residual phase)

อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจยังมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรือหลงผิดอยู่ แต่มิได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ในระยะหลงเหลืออาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้ง ก็ยิ่งจะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

โรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบ (acute psychotic episode)

โรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบ (acute psychotic episode) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการปรากฏชัดเจน เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ความคิด พฤติกรรมผิดปกติ มีพฤติกรรมวุ่นวาย หรือ จะมีอาการก้าวร้าวรุนแรงเนื่องจากควบคุมแรงผลักดันไม่ได้ แสดงการข่มขู่คุกคามเรียกร้องมาก (1), (6)

2.1.4 แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้

1. แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of The Nation Outcome Scale (HoNOS) ฉบับภาษาไทย (20)

ซึ่งเป็นเครื่องวัดที่ได้ผ่านกระบวนการแปล แปลกลับ และตรวจสอบคุณสมบัติด้านความเที่ยงเท่ากับ 0.68 มีความสัมพันธ์กับเครื่องวัด CGI และ BPRS สูงกว่า 0.8 ซึ่งถือว่ามีค่าความตรงในระดับสูง จากการศึกษาของ บุญสุวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ (21)

หมายเหตุ การประเมินระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้เครื่องวัดนี้ จะทำการประเมินในวันที่ 1, 3, 7, 14, 21, 28, 35, 42 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สรุปย่อคำแนะนำในการประเมิน

- 1) ให้คะแนนในหมวดที่ 1 และ 6

- 2) ให้พิจารณาเพื่อประเมินแต่ละหมวด ไม่ควรนำข้อมูลที่ประเมินแล้ว
ก่อนหน้านี้มาประกอบการพิจารณา
- 3) สำหรับแต่ละหมวดให้คะแนนปัญหารุนแรงที่สุดที่เกิดในช่วงเวลาที่
ประเมิน
- 4) ทุกหมวดหมู่มีการลำดับการให้คะแนนดังต่อไปนี้
 - 0 = ไม่มีปัญหา
 - 1 = มีปัญหาเล็กน้อย ไม่ต้องการการดำเนินการใดๆ
 - 2 = ปัญหาไม่รุนแรงแต่เห็นได้ชัดเจน
 - 3 = ปัญหารุนแรงปานกลาง
 - 4 = มีปัญหารุนแรงถึงรุนแรงมาก

**หมวด 1 ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่มากเกินไป หรือจากพฤติกรรมก้าวร้าว รบกวนผู้อื่นหรือ
วุ่นวาย อยู่ไม่สงบ**

มีการลำดับการให้คะแนนดังต่อไปนี้

- 0 ไม่มีปัญหาประเภทนี้ในช่วงของการประเมิน
- 1 หงุดหงิด ทะเลาะกับผู้อื่น กระสับกระส่าย แต่ไม่จำเป็นต้องทำอะไร
- 2 มีท่าทีก้าวร้าวเป็นบางครั้ง กัดคั่นหรือตามตี รบกวนผู้อื่น ขมขู่หรือแสดงความ
ก้าวร้าวทางวาจา ทำลายข้าวของบ้าง (เช่น ขว้างปาถ้วยแก้ว กระชกหน้าต่าง) มี
พฤติกรรมที่มากเกินไปจนเห็นได้ชัด หรือวุ่นวายอยู่ไม่สงบ
- 3 มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนหรือสัตว์อื่นๆ (แต่ยังไม่ถึง 4 คะแนน) ท่าทางคุกคาม มี
พฤติกรรมที่มากเกินไปจนรุนแรงหรือทำลายข้าวของ
- 4 มีการทำร้ายผู้อื่นหรือสัตว์อย่างรุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ทำลายข้าวของ (เช่น
วางเพลิง) ข่มขู่คุกคามอย่างรุนแรงหรือมีพฤติกรรมลามกหรือน่ารังเกียจ

หมวด 2 มีความคิด หรือ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการทำร้ายตัวเองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ

- 0 ไม่มีปัญหาประเภทนี้ในช่วงของการประเมิน
- 1 มีความคิดแวบๆเป็นบางครั้งเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย แต่มีความเสี่ยงน้อยมาก
ในขณะที่ประเมิน ไม่มีการทำร้ายตัวเอง
- 2 มีความเสี่ยงน้อยในช่วงของการประเมิน รวมถึงการทำร้ายตัวเองที่ไม่มีผลร้าย
อะไร (เช่น การขีดข่วนบริเวณข้อมือ)

- 3 มีความเสี่ยงปานกลางถึงรุนแรงต่อการทำร้ายตนเองโดยจงใจ รวมการเตรียมการ (เช่น สะสมยา)
- 4 มีความพยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง และ/หรือการทำร้ายตนเองอย่างร้ายแรงโดยจงใจในช่วงของการประเมิน

หมวด 3 ปัญหาการดื่มสุราหรือการใช้เสพยา

- 0 ไม่มีปัญหาประเภทนี้ในช่วงของการประเมิน
- 1 มีการดื่มหรือเสพมากเกินควรบ้าง แต่ยังอยู่ในระดับปกติที่สังคมยอมรับได้
- 2 สูญเสียการควบคุมตัวเองในการดื่มหรือเสพยา แต่ยังไม่คิดอย่างจริงจัง
- 3 มีอาการอยากหรือติดเหล้าหรือยาอย่างเห็นได้ชัดเจน มีพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย ขณะมีเมามาและเสียการควบคุมตนเองบ่อยๆ
- 4 สูญเสียความสามารถอย่างมาก เนื่องจากมีปัญหาแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด

หมวด 4 ปัญหาด้านพุทธปัญญาเกี่ยวกับความจำ การรู้เวลา สถานที่ บุคคล และความเข้าใจใน เรื่องต่างๆ

- 0 ไม่มีปัญหาประเภทนี้ในช่วงของการประเมิน
- 1 มีปัญหาเล็กน้อย เกี่ยวกับความจำหรือความเข้าใจ เช่น ลืมชื่อคนเป็นบางครั้ง
- 2 มีปัญหาน้อยแต่ชัดเจน เช่น หลงทางในที่ๆคุ้นเคย จำคนที่คุ้นเคยไม่ได้ บางครั้ง สับสนปนกันในการตัดสินใจเรื่องง่ายๆ
- 3 การรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล เสียไปอย่างเห็นได้ชัด უნงกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน บางครั้งพูดไม่รู้เรื่อง จับใจความไม่ได้ พูดช้าลงกว่าเดิม
- 4 การรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล เสียไปอย่างรุนแรง (เช่น จำญาติไม่ได้) มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พูดฟังไม่รู้เรื่องเลย ความรู้สึกตัวกลางเลือน หรือซึมเฉย

หมวด 5 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยหรือพิการทางร่างกาย

- 0 ไม่มีปัญหาประเภทนี้ในช่วงของการประเมิน
- 1 มีปัญหาด้านสุขภาพกายเล็กน้อยในช่วงของการประเมิน (เช่น เป็นหวัด หกล้มแต่ไม่รุนแรง)
- 2 มีปัญหาด้านสุขภาพกายที่ทำให้การเคลื่อนไหวหรือกิจกรรมต่างๆต้องถูกจำกัดบ้าง
- 3 มีข้อจำกัดปานกลางในกิจกรรมอันเป็นผลจากปัญหาด้านสุขภาพ
- 4 สูญเสียความสามารถอย่างรุนแรงหรือโดยสิ้นเชิงอันเป็นผลจากปัญหาด้านสุขภาพกาย



หมวด 6 ปัญหาเกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนและหลงผิด

- 0 ไม่มีหลักฐานว่ามีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดในช่วงของกรประเมิน
- 1 มีความเชื่อที่ค่อนข้างแปลกหรือประหลาดที่ไม่เข้ากันกับความเชื่อตามปกติในวัฒนธรรมของตน
- 2 มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด (เช่น ได้ยินเสียง เห็นภาพหลอน) แต่ผู้ป่วยแสดงอาการกักคักงุ่มหรือมีพฤติกรรมประหลาดเล็กน้อย คือมีอาการทางคลินิกแต่น้อย
- 3 สังเกตได้ชัดว่าหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน ทำให้ผู้ป่วยกักคักงุ่มมาก และ/หรือแสดงพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดว่าประหลาด คือมีปัญหาทางคลินิกรุนแรงปานกลาง
- 4 มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนมีผลต่อสภาพจิตใจและพฤติกรรมอย่างมาก และร้ายแรงร่วมกับส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรง

หมวด 7 อารมณ์ซึมเศร้า

- 0 ไม่มีหลักฐานว่ามีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดในช่วงของกรประเมิน
- 1 มีอารมณ์หดหู่ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย
- 2 มีอาการซึมเศร้าและกักคักงุ่มน้อย แต่สังเกตเห็นได้ชัด (เช่น ความรู้สึกผิด หรือสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง)
- 3 มีอาการซึมเศร้าและความคิดตำหนิตนเองที่ไม่เหมาะสม หมกมุ่นอยู่กับความรู้สึกผิด
- 4 มีอาการซึมเศร้ารุนแรง ถึงรุนแรงมาก พร้อมกับมีความรู้สึกและกล่าวโทษตนเอง

หมวด 8 ปัญหาทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ

- 0 ไม่มีหลักฐานว่ามีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดในช่วงของกรประเมิน
- 1 มีปัญหาเล็กน้อย แต่ไม่สำคัญทางคลินิก
- 2 มีปัญหาทางคลินิกซึ่งแสดงอาการให้เห็นในระดับน้อย (เช่น ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการยังควบคุมได้ในระดับหนึ่ง)
- 3 เกิดอาการรุนแรงอย่างทันทีหรือมีอาการกักคักงุ่มนานๆครั้ง พร้อมกับสูญเสียการควบคุม (เช่น ต้องหลีกเลี่ยงโดยสิ้นเชิงจากสถานการณ์ที่ทำให้วิตกกังวล ต้องโทรศัพท์ขอให้เพื่อนบ้านมาช่วย) คือมีปัญหาที่รุนแรงในระดับปานกลาง
- 4 มีปัญหาอย่างรุนแรงซึ่งมีอิทธิพลครอบคลุมกิจกรรมแทบทั้งหมด

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	
ห้องสมุดงานวิจัย	
วันที่.....	14 พ.ย. 2555
เลขทะเบียน.....	247183
เลขเรียกหนังสือ.....	

หมวด 9 ปัญหาในกาสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในเชิงเกือหนุกับผู้อื่น

- 0 ไม่มีปัญหาอะไรที่สำคัญในช่วงของกรประเมิน
- 1 มีปัญหาที่ไม่ใช่ปัญหาทางคลินิกเพียงเล็กน้อย
- 2 มีปัญหาอย่างเห็นได้ชัดในการสร้างหรือรักษาความสัมพันธ์ที่เกือหนุกับผู้อื่น ผู้ป่วยพูดแสดงความไม่สบายใจเกี่ยวกับปัญหานี้ และ/หรือคนอื่น ๆ มองเห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยมีปัญหา
- 3 มีปัญหาที่สำคัญและยึดเขืออันเนื่องมาจากการแยกตัวจากความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงรุก (active) หรือ เชิงรับ (passive) และ/หรือเนื่องจากความสัมพันธ์ที่ให้ความสุขสบายหรือความเกือหนุน้อยมากหรือไม่ได้ให้เลย
- 4 มีการแยกตัวทางสังคมอย่างรุนแรงและทำให้เกิดความกัตกลุ่ม เนื่องจากไม่สามารถที่จะสื่อสารกับผู้อื่น และ/หรือเนื่องจาก การแยกตัวจากสัมพันธ์ภาพทางสังคม

หมวด 10 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม

- 0 ไม่มีปัญหาอะไรในช่วงของกรประเมิน สามารถทำอะไรก็ได้ดีในทุกเรื่อง
- 1 มีปัญหาเพียงเล็กน้อย เช่น รกรูรง จักข้าวของไม่เป็นระเบียบ
- 2 คุณแลตนเองได้เหมาะสม แต่ที่สำคัญคือ ขาดการปฏิบัติของการใช้ทักษะที่ซับซ้อนหนึ่งทักษะหรือมากกว่า
- 3 มีปัญหาสำคัญในการดูแลตนเองอย่างน้อยหนึ่งเรื่อง (เช่นการกินอาหาร การทำความสะอาด การแต่งตัว การขับถ่าย) พร้อมกับการไม่สามารถทำอะไรโดยที่ดองใช้ทักษะที่ซับซ้อน
- 4 มีทุพพลภาพหรือการไร้ความสามารถอย่างรุนแรงในการดูแลตนเอง และทักษะที่ซับซ้อนในทุกๆด้านหรือเกือบทั้งหมด

หมวด 11 โอกาสที่จะใช้หรือพัฒนาความสามารถในบริเวณที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่

- 0 สภาพความเป็นอยู่และสภาพบ้านอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยช่วยให้การไร้ความสามารถของผู้ป่วย (ซึ่งประเมินแล้วในหมวด10) อยู่ในระดับสูงสุดเท่าที่เป็นได้ และเกือหนุการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย
- 1 มีปัญหาเพียงเล็กน้อย เช่น รกรูรง จักข้าวของไม่เป็นระเบียบ
- 2 คุณแลตนเองได้เหมาะสม แต่ที่สำคัญคือ ขาดการปฏิบัติของการใช้ทักษะที่ซับซ้อนหนึ่งทักษะหรือมากกว่า

- 3 มีปัญหาสำคัญในการดูแลตนเองอย่างน้อยหนึ่งเรื่อง (เช่น การกินอาหาร การทำความสะอาด การแต่งตัว การขับถ่าย) พร้อมกับการไม่สามารถทำอะไร โดยที่ต้องใช้ทักษะที่ซับซ้อน
- 4 มีทุพพลภาพหรือการไร้ความสามารถอย่างรุนแรงในการดูแลตนเอง และทักษะที่ซับซ้อนในทุกๆด้านหรือเกือบทั้งหมด

หมวด 12 โอกาสในการใช้และพัฒนาปรับปรุงความสามารถในด้านอาชีพและนันทนาการ

- 0 สภาพแวดล้อมในเวลากลางวันของผู้ป่วยพอยอมรับได้ คือ ช่วยควบคุมการไร้ความสามารถของผู้ป่วยที่ประเมินในหมวด 10 ให้อยู่ในระดับต่ำสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และสนับสนุนการพึ่งตนเองของผู้ป่วย
- 1 มีปัญหาเพียงเล็กน้อยหรือเป็นครั้งคราว (เช่น ได้เงินสวัสดิการสังคมต่ำกว่ากำหนด) มีการที่ให้ความสะดวกสบาย แต่ช่วงเวลาที่เปิดให้บริการไม่ค่อยเหมาะสม
- 2 มีกิจกรรมให้เลือกอย่างจำกัด เช่น คนอื่นๆ ไม่ค่อยยอมอดทนกับผู้ป่วย (เช่น ไม่ยอมให้เข้าใช้ห้องสมุดประชาชนหรือห้องน้ำสาธารณะ อย่างไม่เป็นการยุติธรรมต่อผู้ป่วย หรือไม่ได้รับความสะดวก เพราะไม่มีทะเบียนบ้านที่แน่นอน หรือไม่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลหรืองานบุคลากรทางวิชาชีพเฉพาะ หรือมีบริการตอนกลางวันแต่เปิดบริการช่วงสั้นเกินไป
- 3 ความอดทนอย่างเห็นได้ชัด สำหรับบริการจากเจ้าหน้าที่ที่ชำนาญงานที่จะช่วยกำจัดการไร้ความสามารถของผู้ป่วยให้มีระดับต่ำที่สุด ผู้ป่วยไม่มีโอกาสที่จะใช้ทักษะใหม่เพิ่มเติม ผู้ป่วยมีความยากลำบากที่จะได้รับการดูแลในระดับพื้นฐานที่ต้องใช้ทักษะความชำนาญ
- 4 การขาดโอกาสที่ได้เข้าร่วมในกิจการต่างๆในเวลากลางวัน ที่ในกลางวันทำให้ปัญหาของผู้ป่วยแย่ลง

การแปลผลคะแนน จำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนความก้าวร้าวใน HoNOS ลดลงจาก 3, 4 เหลือ 1

2. แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต ประกอบด้วย 18 หัวข้อ โดยแบ่ง ระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเป็น 1-7 ระดับ คิดเป็นคะแนนรวม 18-126 ให้คะแนนโดยพิจารณาจากการสังเกตอาการของผู้ป่วยและการรายงาน จากตัวผู้ป่วยเอง (สามารถ

ประเมินได้แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงมาก) แบบประเมิน BPRS ใช้โดยแพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์ทางคลินิก ใช้เวลาในการประเมิน 30 นาทีหรือน้อยกว่า

ตารางที่ 2.1 แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

หัวข้อ	อาการและอาการแสดง	คะแนน
1	Somatic Concern (G) คุณรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นโรคทางกายหรือไม่	
2	Anxiety (G) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม / ความคิดนี้รบกวนจิตใจบ่อยไหม / รู้สึกมีอาการใจสั่น / อาการที่บอกมีผลต่อการทำงานของคุณไหม	
3	Emotional withdrawal (N) มีลักษณะแยกตัวมีปฏิกริยาโต้ตอบกับผู้อื่นไม่แสดงอารมณ์ หน้าเฉยเมย	
4	Conceptual disorganization (P) พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดซ้ำซ้อน ไม่ต่อเนื่อง (ดูใน 15 นาทีแรก)	
5	Guilt Feeling (G) คุณรู้สึกตำหนิตนเอง ในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่	
6	Tension (G) มองจากท่านั่งรู้สึกตึงเครียด ขณะพูดอาจมีการกระตุก เสียงสั่น	
7	Mannerism and posturing (G) มีท่าทางและการเคลื่อนไหวไม่เป็นธรรมชาติ เก้งก้าง แข็ง คูแปลก ๆ	
8	Grandiosity (P) คุณรู้สึกมีความสามารถพิเศษบางอย่างหรือไม่ / ที่ผ่านมามีความคิดว่าเป็นใครที่มีชื่อเสียงหรือไม่	
9	Depressive mood (G) คุณรู้สึกว่าไม่มีความสุข / รู้สึกเศร้าไหม / รู้สึกเศร้าบ่อยแค่ไหน สามารถเบนความสนใจจากเรื่องที่ทำให้มีความรู้สึกได้ไหม / ความรู้สึกรบกวนการทำงานของงานของคุณไหม	
10	Hostility (P) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อย ๆ / เคยมีปัญหาชกต่อยหรือทะเลาะกับคนอื่น / สัมพันธภาพกับผู้อื่น คนในครอบครัวเพื่อร่วมงานเป็นอย่างไร	
11	Suspiciousness (P) คุณรู้สึกเหมือนกับมีคนคอยจับผิด มีคนคิดร้ายบ้างไหม / โดยวิธีใด / รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการคิดร้ายของใครบ้างไหม	

- 1 Normal, not at all ill
- 2 Borderline mentally ill
- 3 Mildly ill
- 4 Moderately ill
- 5 Markedly ill
- 6 Severely ill
- 7 Among the most extremely ill patients

การแปลผลคะแนน จำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI ลดลงจาก 7 ลงมาเหลือ

น้อยกว่า 3

4. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (The Resource Utilization Groups-Activities of Daily Living Scales ร่างไทย)

หมวด 1 การเคลื่อนไหวบนเตียง

ความสามารถในการเคลื่อนไหวบนเตียงหลังจากคนไข้ถูกนำมาไว้บนเตียงแล้ว

- 1 สามารถในการเคลื่อนไหวได้เองและการมีเจ้าหน้าที่ดูแลสามารถปรับเปลี่ยนอิริยาบถบนเตียงเพื่อลดการกดทับด้วยตนเองได้ทันที โดยผู้ดูแลจัดการได้ทันที การเคลื่อนไหวอิริยาบถไม่ต้องให้ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ หรือบางครั้งสามารถทำได้เองโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์เข้าช่วย
- 2 การได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย สามารถปรับอิริยาบถบนเตียงและเปลี่ยนอิริยาบถบนเตียง โดยมีคนช่วยเหลือ 1 คน
- 3 วิธีอื่นๆที่ไม่ใช่คนดูแล 2 คน ต้องใช้เครื่องยกหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนอิริยาบถบนเตียง แต่ยังคงให้ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือเพียง 1 คน
- 4 ใช้คนดูแล 2 คนให้ความช่วยเหลือ ต้องให้ผู้ดูแล 2 คนช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ

หมวด 2 การเข้าห้องน้ำ

ให้รวมถึงการเคลื่อนไหวในห้องน้ำ การจัดแจงเสื้อผ้าก่อนและหลังเข้าห้องน้ำ และการทำความสะอาดโดยสามารถกลั้นปัสสาวะหรือไม่ทำให้เสื้อผ้าสกปรกได้

- 1 ความสามารถเคลื่อนไหวได้เองและการมีเจ้าหน้าที่ดูแล สามารถเข้าห้องน้ำ จัดแจงเสื้อผ้า ทำความสะอาดให้ตัวเอง สามารถกลั้นปัสสาวะหรือไม่ทำให้เสื้อผ้า

สกปรกได้ คนไข้สามารถทำได้โดยไม่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือและสามารถทำงานอื่นๆได้โดยอิสระ

- 2 การได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย ต้องการคนช่วย 1 คน ในการทำงานหนึ่งหรือหลายอย่าง
- 3 วิธีอื่นๆที่ไม่ใช้คนดูแล 2 คน ต้องใช้โถปีสสาวะ และ/หรือเก้าอี้สำหรับปีสสาวะ และ/หรือการสวนทวาร แต่ยังคงใช้ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือเพียง 1 คน
- 4 ใช้คนดูแล 2 คนให้ความช่วยเหลือ ต้องให้ผู้ดูแล 2 คนช่วยเหลือในการอาบน้ำ

หมวด 3 การเคลื่อนย้าย

ให้รวมถึงการเคลื่อนย้ายขึ้นหรือลงจากเตียง การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปเก้าอี้ การเคลื่อนย้ายเข้าออกจากอ่างอาบน้ำ

- 1 ความสามารถเคลื่อนไหวได้เองและการมีเจ้าหน้าที่ดูแล คนไข้สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้โดยไม่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือและสามารถทำงานอื่นๆได้โดยอิสระ
- 2 การได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย ต้องการคนช่วย 1 คน ในการทำงานหนึ่งหรือหลายอย่าง
- 3 วิธีอื่นๆที่ไม่ใช้คนดูแล 2 คน ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้ายทั้งตอนกลางวันและกลางคืน
- 4 ใช้คนดูแล 2 คนให้ความช่วยเหลือ ต้องให้ผู้ดูแล 2 คนช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายทั้งตอนกลางวันและกลางคืน

หมวด 4 การรับประทานอาหาร

ให้รวมถึงการหันอาหาร การนำอาหารเข้าปาก การเคี้ยวและการกลืนอาหาร ไม่รวมการเตรียมอาหาร

- 1 ความสามารถเคลื่อนไหวได้เองและการมีเจ้าหน้าที่ดูแล คนไข้สามารถหัน เคี้ยวและกลืนอาหารโดยลำพังหรือโดยมีคนคอยดูแล อาหารถูกจัดเตรียมแบบธรรมดา โดยไม่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ ถ้าคนไข้ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือคนไข้สามารถดูแลตนเองได้
- 2 การได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย ต้องการคนช่วย 1 คน ในการเตรียมหรือช่วยตัดอาหารเข้าปาก หรือทำให้อาหารอยู่ในสภาพที่เหมาะสมกับคนไข้ เช่น ทำให้เหลว
- 3 การช่วยเหลือเพิ่มเติม การต้องคอยดูแลช่วยเหลือโดยสิ้นเชิง การให้อาหารทางสายยาง ต้องมีคนคอยช่วยป้อนอาหาร ถ้าคนไข้ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำทางปาก ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยที่ต้องมีคนดูแล

■ การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา

1. การประเมิน extrapyramidal symptom (EPS) โดยใช้ Simpson-Angus Rating scale (Simpson-Angus) (22)
2. การประเมิน oversedation โดยประเมินอาการง่วงนอนหรือหลับมากเกินไปจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ ใช้แบบประเมิน The Resource Utilization Group-Activities of Daily Living Scales เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
3. การประเมินอาการไม่พึงประสงค์ของระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยอ้างอิงตาม Draft Guidance for Industry Toxicity grading scale for healthy Adult and Adolescent Volunteers Enrolled in preventive vaccine U.S. Department and Human service. Food and Drug administration Center for Biologic Evaluation and research. (23) โดยใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยขณะพักรักษาในโรงพยาบาลสวนปรง
4. การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างยากับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ใช้ Naranjo's algorithm
การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา จะทำการประเมินในวันที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จนถึง อาการหายเป็นปกติ

2.2 แนวทางการรักษาโรคจิตเภทในประเทศไทยและโรงพยาบาลสวนปรง

การรักษา

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่มีความสลับซับซ้อน แนวทางการรักษาโรคจิตเภทตามระยะอาการ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute phase) การรักษาที่ควรได้รับ ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม หลักการที่สำคัญที่สุดในระยะนี้คือ ต้องลดความรุนแรงของอาการทางจิตลง โดยค่อยๆ เพิ่มขนาดยาอย่างสม่ำเสมอในช่วง 2-3 วันแรก จนกระทั่งอาการทางจิตเริ่มทุเลาจึงค่อยๆ ปรับลดขนาดยาลง ในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรงและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา แพทย์อาจพิจารณาการรักษาด้วยไฟฟ้า

2. ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) เมื่ออาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยสงบลงแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดยาเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน การลดขนาดเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

3. **ระยะอาการคงที่ (maintenance phase)** เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องใช้ยาต่อไปเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปเมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้ว จะค่อยๆลดขนาดลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่ควบคุมอาการได้ ระยะเวลาของระยะนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน บางรายอาจใช้ระยะเวลานานถึง 5 ปีหรือตลอดไป จึงเป็นเรื่องที่จะทำให้ผู้ป่วยคงสภาพรักษาไว้ให้ได้ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณเองไม่จำเป็น จึงพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการให้ความร่วมมือในการร่วมมือต่ำมาก การรักษาด้วยยานอกจากจะช่วยคงสภาพอาการทางจิตของของผู้ป่วยได้แล้ว ยังช่วยป้องกันอาการทางจิตกำเริบหรือกลับมาเป็นซ้ำอีกได้ ในระยะนี้นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ยังมีการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมร่วมด้วย

รูปแบบการรักษา

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่มีความสลับซับซ้อน จึงจำเป็นต้องมีการรักษาหลายรูปแบบ เพื่อให้อาการทางจิตของผู้ป่วยสงบลงและผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนคนปกติทั่วไป

1. การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (milieu therapy)

คือการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมเดิมของผู้ป่วย และที่สำคัญคือเพื่อให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ปลอดภัยของผู้ป่วยจากความคิดทำร้ายผู้อื่น แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือรุนแรง ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การรับไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยมีเวลาฟื้นฟูและปรับตัวในการดูแลตัวเอง และไม่รบกวนผู้อื่น

เกณฑ์ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล มีดังนี้

- มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา
- มีปัญหาในการวินิจฉัย

2. การรักษาด้วยยา

ปัจจุบันการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นที่นิยมใช้โดยทั่วไป หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระยะหนึ่ง จะต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการให้ยาด้านโรคจิต

เป้าหมายของการรักษาเพื่อการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นผลมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (sedative effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล เช่น Chlorpromazine 150-1000 มิลลิกรัม/วัน Perphenazine 8-64 มิลลิกรัม/วัน Trifluoperazine 5-60 มิลลิกรัม/วัน Risperidone 5-20 มิลลิกรัม/วัน เป็นต้น (8)

การจัดการภาวะฉุกเฉินของโรคจิตเภท ได้แก่ อาการก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น⁽¹⁾ มีเป้าหมายเพื่อหยุดยั้งอาการกำเริบให้สงบลง ป้องกันการทำอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยอื่นหรือทีมผู้รักษา ป้องกันการได้รับการกระทบกระเทือนทางจิตใจที่จะเกิดกับผู้ป่วยอื่นหรือทีมผู้รักษา ป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาและจากยา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดตามมา ซึ่งมีการรักษาคือ เริ่มให้ยาด้านโรคจิตกลุ่มเก่า (typical antipsychotic drugs) ที่มีฤทธิ์สงบระงับ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง แต่หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองดีนัก พิจารณายาด้านโรคจิต ร่วมกับยาในกลุ่ม benzodiazepine เช่น Lorazepam 1-2 มิลลิกรัม หรือ Diazepam 5-10 มิลลิกรัมถ้าผู้ป่วยมีการต่อสู้ ก้าวร้าว ปฏิเสธการรับประทานยา อาจพิจารณายาฉีดเข้ากล้ามเนื้อเมื่อจำเป็น ได้แก่ Haloperidol 2-5 มิลลิกรัม ทุก 2-4 ชั่วโมง ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 20 มิลลิกรัม/วัน หรือ Zuclopenthixol acetate 50-100 มิลลิกรัมทุก 48-72 ชั่วโมง (24)

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าจะได้ผลดีในระยะเฉียบพลัน หรือระยะที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วยหรือในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เชื่อว่าการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยยานั้นดีและเหมาะสมกว่าการรักษาด้วยไฟฟ้า ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือเกิดอาการข้างเคียงจากยามากจนรักษาด้วยยาไม่ได้ผล การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับยาจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งใช้ในการรักษาด้วยไฟฟ้าดังนี้คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว (catatonic type) แบบมีนงงสับสน (stupor) หรือตื่นเต้น กระวนกระวาย (excitement) มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งมากและใช้ยาแล้วไม่ได้ผล

4. การรักษาด้านจิตสังคม

การรักษาทางจิตสังคม เป็นการรักษาเพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกด้าน มักใช้รักษาร่วมกับการรักษาด้วยยาด้านโรคจิต ดีกว่าการรักษาด้วยยาอย่างเดียว หรือการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง การรักษาด้านจิตสังคม ได้แก่

4.1 การรักษาทางพฤติกรรมหรือพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เป็นการรักษาที่ฝึกฝนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การดำรงชีวิตในสังคม รวมทั้งการใช้สิทธิพิเศษที่ผู้ป่วยต้องการอย่างเหมาะสม

4.2 ครอบครัวบำบัด (family therapy) ใช้หลักการเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปดำเนินชีวิตกับครอบครัว และเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ถึงแม้บางรายยังได้รับการรักษาด้วยยาอยู่ก็ยังคงต้องการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวด้วย เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจ และกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ

4.3 จิตบำบัดรายบุคคลและจิตบำบัดรายกลุ่ม (individual and group psychotherapy) เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยเกิดความสมดุลทางจิตด้วยการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก ให้ผู้ป่วยเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับผลดีจากการรักษาทางจิตบำบัดแบบประคับประคอง ส่งเสริมให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหของตนได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ผู้บำบัดอาศัยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะต่างๆตามที่ได้กล่าวมา เช่น ทักษะทางสังคม ทักษะการปรับตัว เป็นต้น

4.4 การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ถึงแม้การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตจะได้ผลดีในการรักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่อาการแสดงออกทางพฤติกรรมบางอย่างอันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วย ส่งผลต่อผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น แรงจูงใจ การดูแลตัวเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพราะผู้ป่วยโรคจิตเภทเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุ 18-35 ปี ส่งผลถึงการประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิต และทักษะทางสังคมบกพร่องไปด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการฟื้นฟูสภาพในด้านการฝึกทักษะทางสังคม การประกอบอาชีพ การแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ทักษะการคิด ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และทักษะการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ซึ่งทักษะต่างๆเหล่านี้สามารถนำมาใช้อย่างได้ผลในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอกที่อยู่ในระยะอาการสงบและใช้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา

2.3 ข้อมูลยาฉีด Zuclopenthixol acetate กับ Haloperidol และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

2.3.1 ข้อมูลยา Zuclopenthixol acetate (4, 5, 24)

Zuclopenthixol acetate เป็นยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า (conventional/typical antipsychotic drug) มีรูปแบบยาชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intramuscular) ขนาด 50 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร

และ 100 มิลลิกรัม/2 มิลลิลิตร โดยออกฤทธิ์ยับยั้งที่ dopamine-2 receptors ในสมอง โดยอาศัยฤทธิ์ ทำให้สงบและง่วง (sedative effect) ของยา ซึ่งจะให้ผลดีในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute psychosis) โรคจิตเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยในระยะคลุ้มคลั่ง และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย

ขนาดยา Zuclopenthixol acetate ที่ใช้ในการควบคุมอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute psychosis) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทคือ 50-150 มิลลิกรัม โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สามารถฉีดซ้ำได้ ถ้าจำเป็น นิยมฉีดซ้ำในระยะห่าง 2-3 วัน แต่มีผู้ป่วยเพียงไม่กี่รายที่ต้องการฉีดซ้ำทุก 24-48 ชั่วโมง หลังจากฉีดครั้งแรก และไม่ควรได้รับยาเกิน 400 มิลลิกรัมภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Zuclopenthixol acetate โดยทั่วไปพบได้น้อย และอาการไม่รุนแรง ซึ่งอาการที่พบบ่อยและรุนแรงส่วนมากจะพบหลังจากกันที่ฉีดครั้งแรกและอาการจะลดลงอย่างรวดเร็ว ได้แก่ extrapyramidal symptom (EPS) โดยเฉพาะ acute dystonia, อาการง่วงนอนมากหรือหลับลึกเกินไป ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ ส่วนอาการที่พบน้อยแต่รุนแรงถึงชีวิตได้แก่ การกดการหายใจ neuroleptic malignant syndrome ดังนั้น ในขณะที่ใช้ยาตัวนี้จำเป็นต้องมีการติดตามการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย เพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นร่วมด้วย

2.3.2 ข้อมูลยา Haloperidol (3-8)

Haloperidol เป็นยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า (conventional/typical antipsychotic drug) มีรูปแบบยาชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intramuscular) ขนาด 5 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร โดยออกฤทธิ์ยับยั้งที่ dopamine-2 receptors ในสมองที่แรงและค่อนข้างเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute psychosis) โรคจิตเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยในระยะคลุ้มคลั่ง และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย

ขนาดยา Haloperidol ที่ใช้ในการควบคุมอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute psychosis) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทคือ 2-10 มิลลิกรัม โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หลังจากนั้นสามารถฉีดซ้ำได้ทุก 30-60 นาทีจนกว่าจะควบคุมอาการได้ ขนาดยาเฉลี่ย 10-20 มิลลิกรัม ในรายที่ฉุกเฉิน มีอาการรุนแรง ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด สามารถให้ได้ถึง 30 มิลลิกรัม ข้อดีของยา คือ ออกฤทธิ์เร็ว และแรง มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดน้อยกว่ายาต้านโรคจิตตัวอื่น เหมาะกับผู้ป่วยอายุได้

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Haloperidol อาการที่พบบ่อย ได้แก่ extrapyramidal symptom (EPS) ซึ่งเกิดได้สูงมาก โดยพบในช่วง 2-3 วันแรกที่ได้รับยา อยู่ไม่นิ่ง

กระวนกระวายใจ วิตกกังวล ประจำเดือนมาไม่ปกติ น้ำนมไหล ความต้องการทางเพศผิดปกติ น้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก

อาการที่พบน้อยแต่รุนแรงถึงชีวิตได้แก่ neuroleptic malignant syndrome (NMS) ดังนั้นในขณะที่ใช้ยาตัวนี้จำเป็นต้องมีการติดตามการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย เพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นร่วมด้วย

2.3.3 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยและการรักษาอาการไม่พึงประสงค์ (3-8, 24, 25)

ยาชนิด Zuclopenthixol acetate และ Haloperidol มีอาการไม่พึงประสงค์หลายอย่างที่อาจพบได้ แต่ไม่จำเป็นต้องเกิดกับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยา ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.2 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยและการรักษาอาการไม่พึงประสงค์

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย	การรักษา
<p>1. Acute dystonia ได้แก่ คีรษะและคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง (torticollis) คีรษะ คอ ลำตัว แอ่นจนผิดปกติ (opisthotonos) และตาท้วง 2 ข้างจ้องเขม็งหรือเหลือกขึ้น ไปข้างบน (oculogyric crisis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ยา Benztropine 1-2 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ (IV) หรือ เข้าทางกล้ามเนื้อ หากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 5 นาที สามารถให้ยาซ้ำได้อีกหนึ่งครั้ง - ในกรณีที่ไม่มียาให้ยา Benztropine อาจใช้ Diphenhydramine 50 มิลลิกรัม หรือ Diazepam 5-10 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเมื่ออาการดีขึ้นแล้วควรให้ยา Trihexyphenidyl รับประทานต่อ ในขนาด 2-5 มิลลิกรัม วันละ 2-3 ครั้ง นาน 2 สัปดาห์
<p>2. Akathisia ได้แก่ อาการรู้สึกกระวนกระวายใจ อยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติด เดิน ไปมา ผุดลุกผุดนั่ง ขาอยู่ไม่สุข</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ยา Propranolol ขนาด 30-90 มิลลิกรัม/วัน โดยต้องเฝ้าระวังความดันโลหิตของผู้ป่วยด้วย - ให้ยากลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam ขนาด 30-90 มิลลิกรัม/วัน

ตารางที่ 2.2 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยและการรักษาอาการไม่พึงประสงค์ (ต่อ)

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย	การรักษา
<p>3. Parkinsonism</p> <p>อาการคล้ายผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ได้แก่ อาการมือสั่นขณะพัก กล้ามเนื้อเกร็ง เดินชอยเท้า เคลื่อนไหวช้า สีหน้าไร้อารมณ์ น้ำลายไหล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ลดขนาดยาต้านโรคจิต - ให้ยา Benztropine 1-2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ (IV) หรือ เข้าทางกล้ามเนื้อ - ให้ยา Trihexyphenidyl รับประทานในขนาด 2-5 มิลลิกรัม วันละ 2-3 ครั้ง นาน 2 สัปดาห์
<p>4. Neuroleptic malignant syndrome (NMS)</p> <p>เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ มีอาการคือระดับความรู้สึกตัวลดลง กล้ามเนื้อทั้งตัวแข็งเกร็งอย่างรุนแรง มีไข้สูงมากกว่า 40° c ระบบประสาทอัตโนมัติไม่คงที่ ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ เหงื่อออกมาก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่</p>	<ul style="list-style-type: none"> - หยุดการใช้ยาต้านโรคจิตทันที - ให้การรักษาแบบประคับประคอง (supportive treatment) - ให้ยา Bromocriptine ซึ่งเป็น dopamine antagonist และ/หรือให้ยา Dantrolene ที่ช่วยลดการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ
<p>5. Oversedation</p> <p>อาการง่วงนอนมากหรือหลับมากจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ ต้องมีเจ้าหน้าที่มาช่วยดูแล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มียาเฉพาะในการรักษา ส่วนใหญ่จะดีขึ้นเมื่อหมดฤทธิ์ของยาฉีดชนิดเข้ากล้ามเนื้อ - ดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน
<p>6. Postural hypotension</p> <p>ความดันต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับลดขนาดยาลง - คอยติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ - แนะนำผู้ป่วย อย่าเปลี่ยนท่าหรือลุกขึ้นเร็ว - การใช้แถบผ้ายึดรัดบริเวณขาไว้ เพื่อป้องกันการทรงตัวไม่ดี

2.4 การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (Cost-Effective Analysis; CEA) (26-30)

CEA เป็นการประเมินทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ ที่พิจารณาทั้งส่วนของต้นทุนและผลลัพธ์ทางเลือกไปพร้อมๆกัน ต้นทุนจะถูกวัดในรูปหน่วยของเงิน แต่ผลลัพธ์จะถูกวัดในรูปหน่วยธรรมชาติ (natural unit) เช่น จำนวนปีที่มีชีวิตยืนยาวขึ้น (life-year gained) หรืออาจใช้ผลลัพธ์กึ่งกลาง (intermediate outcome) เช่น จำนวนผู้ป่วยที่รักษาหาย (cases successfully treated)

CEA เป็นการศึกษาที่มีประโยชน์มากสำหรับแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข ในการให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกยาเพื่อนำมาใช้ในการรักษา

CEA มีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น ในการประเมินยาใหม่เพื่อนำมาใช้ในการรักษาโรคทางจิตเวชและสารเสพติด ในประเทศออสเตรเลียมีการใช้ CEA เพื่อการยอมรับยาใหม่ ส่วนในประเทศแคนาดาได้ใช้การประเมินทางเภสัชเศรษฐศาสตร์เพื่อการตัดสินใจชำระเงินคืน (reimbursement decision) ในการยอมรับยาใหม่ และในประเทศสหรัฐอเมริกา หน่วยงานประกันสุขภาพต่างๆ มีความเชื่อถือในเทคนิค CEA เพื่อใช้ในการจัดการและการตัดสินใจชำระเงินคืน เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาโรคทางจิตเวช (27)

2.4.1 การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การศึกษาทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ในปัจจุบัน พบว่า CEA เป็นรูปแบบการประเมินที่พบบ่อยที่สุด โดยการพิจารณาเปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการรักษาวิธีต่างๆ ในด้านการดำเนินของโรคทางจิตเวช ความสามารถในการทำงาน ความสุข การเจ็บป่วยและการตาย

2.4.1.1 ประเด็นสำคัญในการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (26-30)

ในขั้นตอนการวิเคราะห์เภสัชเศรษฐศาสตร์ มี 5 ประเด็นที่มีความสำคัญได้แก่ มุมมอง (perspective) การเปรียบเทียบทางเลือก (comparison of appropriate alternatives) ผลลัพธ์ (outcome) ต้นทุนและการประหยัดต้นทุน (costs and cost savings) และขอบเขตเวลา (time horizon) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. มุมมอง (perspective)

การกำหนดมุมมองเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ชนิดของมุมมองที่ใช้มีผลต่อชนิดของต้นทุนและผลลัพธ์ที่พิจารณาในการประเมินและยังส่งผลต่อข้อสรุปที่ได้จากการประเมิน โดยทั่วไปมุมมองมี 4 ประเภท คือ

1.1 มุมมองของสังคม เป็นมุมมองที่พิจารณาทั้งต้นทุนและผลลัพธ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ไม่ว่าใครจะเป็นผู้รับผิดชอบก็ตาม

1.2 มุมมองของผู้จ่ายเงิน เช่น รัฐบาล บริษัทประกัน จะเน้นเฉพาะค่าใช้จ่ายที่ผู้จ่ายเงินต้องจ่ายให้แก่สถานบริการสาธารณสุข ผู้จ่ายเงินจะพิจารณาถึงความคุ้มค่าคุ้มทุน เมื่อเทียบกับค่าบริการที่ผู้จ่ายเงินต้องรับผิดชอบ

1.3 มุมมองของผู้ให้บริการ เช่น โรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข จะเน้นในส่วนที่ผู้ให้บริการเป็นผู้รับผิดชอบเท่านั้น

1.4 มุมมองของผู้ป่วย เป็นมุมมองที่พิจารณาด้านทุนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยตรงกับผู้ป่วยหรือผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ นอกจากนี้ประเด็นอื่นๆที่สำคัญในการพิจารณาเมื่อเลือกใช้มุมมองของผู้ป่วยคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รายได้และเวลาที่เสียเนื่องจากความเจ็บป่วย

2. ทางเลือกเปรียบเทียบ (comparison of appropriate alternatives)

การพิจารณาทางเลือกเปรียบเทียบ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการเลือกทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อนำมาเปรียบเทียบ ซึ่งควรเป็นทางเลือกที่สอดคล้องและสัมพันธ์กับอาการทางคลินิกหรือนโยบายเป็นสำคัญ และ ทางเลือกอื่นๆ ควรเป็นทางเลือกที่ใช้อย่างแพร่หลาย และได้รับการยอมรับทางคลินิก

ทางเลือกเปรียบเทียบที่พบทั่วไป ได้แก่ การไม่ได้ทำอะไรเพิ่มเติม ยาหลอก การผ่าตัด ยาตัวอื่นๆ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อทำการเปรียบเทียบยากับทางเลือกอื่น ให้ตระหนักเสมอว่า ทางเลือกนั้นไม่ได้แยกจากกัน โดยสิ้นเชิง ยกตัวอย่าง เช่น การเปรียบเทียบยาต้านโรคจิตตัวใหม่กับตัวเดิม อาจจำเป็นต้องกำหนดข้อตกลงเบื้องต้น (study assumptions) ของการศึกษานั้นๆ เช่น จุดสิ้นสุดของการศึกษาอยู่ที่ผลลัพธ์ของทางเลือกนั้น (หายจากโรค และ ไม่หาย) จะไม่พิจารณาเพิ่มเติมว่ามีการเปลี่ยนหรือสลับไปใช้อีกทางเลือกหนึ่ง กรณีที่ผลลัพธ์ของทางเลือกแรกนั้นไม่หาย

3. ผลลัพธ์ (outcome)

การกำหนดผลลัพธ์ ต้องอธิบายได้ชัดเจน มีความสัมพันธ์ และตรงกับสถานการณ์และการรักษาที่เราต้องการศึกษา การวัดผลลัพธ์ในรูปผลประโยชน์หรือประสิทธิผลในการรักษา จะต้องมีการกำหนดผลลัพธ์ที่ นำไปสู่วิธีการวัดผลลัพธ์ที่เหมาะสมต่อไป

4. ต้นทุนและมูลค่าที่ประหยัดได้ (costs and cost savings)

ต้นทุนและมูลค่าที่ประหยัดได้ จะต้องสัมพันธ์กับมุมมองที่กำหนดไว้ ตัวอย่างเช่น หากกำหนดมุมมองของสังคม ต้นทุนจะประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (direct medical cost) ได้แก่ ต้นทุนในการรักษาและการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา (direct non-medical cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่อยู่

นอกเหนือจากการดูแลรักษาแต่เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลจากการเข้ารับบริการในการรักษา เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และหากกำหนดมุมมองของผู้ให้บริการ ต้นทุนจะประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ต้นทุนในการรักษาอาคาร ไม่เพียงประสงค์ ต้นทุนในการรักษาโรคร่วมอื่นๆ การประหยัดต้นทุนจากการรักษาเหล่านี้จะถูกนำมาวิเคราะห์ต้นทุนทั้งหมด

5. ช่วงเวลา (time horizon)

การกำหนดช่วงเวลาในการศึกษา ควรมีการกำหนดให้เหมาะสมและเพียงพอต่อการประมวลผล ยกตัวอย่างเช่น ในการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของยาต้านโรคจิต กำหนดเวลา 6 เดือน อาจจะไม่เพียงพอ เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตต้องใช้เวลาานกว่านี้ถึงจะเห็นผลในการรักษา นอกจากนั้นแล้ว แม้ว่าการวิเคราะห์ในช่วงเวลานั้นๆ จะทำได้ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายน้อย ส่วนการศึกษาที่ใช้เวลานาน จะสามารถประเมินอาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นช้า (delayed effect) และปัญหาการทนต่อยา (drug tolerance) ได้ แต่หากกำหนดเวลาในการศึกษาต่อเนื่องกันเกิน 1 ปี หรือต้นทุนและผลลัพธ์เกิดขึ้นต่างปีกัน จำเป็นต้องทำการปรับมูลค่าเงิน โดยนำอัตราลดมาก็คำนวณด้วย

2.4.1.2 ประเด็นสำคัญของการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต (27-30)

ในการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต มี 3 ประเด็นสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาด้วย ดังนี้

1. การวินิจฉัยโรค

ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช จะทำได้ยากและแตกต่างจากโรคทางกาย ตรงที่ไม่สามารถประเมินอาการได้ชัดเจน ดังเช่นการวัดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือการวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งการรักษาผู้ป่วยโรคทางจิตเวชโดยใช้หลักเภสัชบำบัดจะใช้แบบวัดมาตรฐานเพื่อใช้ประเมินอาการทางจิตเวช

ในการเลือกใช้แบบวัดอาการทางจิตเวช จะต้องเป็นแบบวัดที่เที่ยงตรงแม่นยำซึ่งถูกประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินเอง ในขณะที่แบบประเมินที่ผู้ป่วยประเมินเองส่วนใหญ่ใช้ต้นทุนและเวลาน้อย มีความน่าเชื่อถือและความไวต่ำ นอกจากนั้นเวลาที่ใช้ในการประเมินแบบวัดก็เป็นสิ่งสำคัญ หากแบบวัดยาวเกินไป อาจทำให้การวัดไม่สมบูรณ์เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย

2. ความน่าเชื่อถือของการวินิจฉัยโรค

พบว่าบางครั้งมีการวินิจฉัยผิดพลาด (misdiagnosis) ในผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากอาการนำของผู้ป่วยไม่ชัดเจน อาจมีอาการเข้าได้กับหลายโรค และ/หรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีอาการแสดงแตกต่างกันทั้งๆที่ป่วยเป็นโรคเดียวกัน

3. ประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวช

ส่วนใหญ่แล้วการรักษาโรคทางจิตเวช จะใช้การรักษาโดยใช้ยา ร่วมกับการรักษาแบบไม่ใช้ยา ซึ่งได้แก่ การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) การบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) การให้คำปรึกษารายบุคคลและแบบกลุ่ม (individual and group counseling) การบำบัดพฤติกรรม (behavior therapy) เป็นต้น การควบคุมผลของการรักษาแบบไม่ใช้ยาเป็นสิ่งที่สำคัญมากต่อการประเมินผลลัพธ์ของการรักษา ซึ่งในการศึกษาด้านทุนประสิทธิผลจำเป็นต้องรวมต้นทุนและผลของการรักษาแบบไม่ใช้ยาเข้ามาด้วย

2.4.1.3 การกำหนดต้นทุนและผลลัพธ์ (determining costs and outcomes)

(26-30)

ส่วนประกอบที่สำคัญของการศึกษาด้านทุนประสิทธิผล คือ 1) การวัดต้นทุนทางสุขภาพและต้นทุนค่ายา 2) การวัดผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดจากทางเลือกในการรักษา

1. การกำหนดต้นทุน

การวัดต้นทุนจะต้องเก็บข้อมูลจากบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุม ทั้งต้นทุนทางตรงต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนที่ไม่สัมผัสไม่ได้

ต้นทุนทางตรง (direct costs) เป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ได้แก่ ค่ายา ค่าวินิจฉัยโรค ค่าใช้จ่ายในการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนั้นยังมีค่าใช้จ่ายที่อยู่นอกเหนือการดูแลรักษาแต่เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลจากการสืบเสาะหรือเข้ารับบริการในการรักษา ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าที่พัก

ต้นทุนทางอ้อม (indirect costs) เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น อันเกิดเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำงานจากการรักษาที่ได้รับหรือจากสถานะสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริง เช่น เสียชีวิต หรือทุพพลภาพ กรณีเกิดทุพพลภาพขึ้นจะส่งผลให้เกิดต้นทุนจากการขาดงาน หรือเรียกว่า productivity loss ถ้าเป็นต้นทุนที่เกิดจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เรียกว่า mortality cost

ต้นทุนที่สัมผัสไม่ได้ (intangible cost) เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือการรักษา แต่ไม่ได้แสดงออกในรูปของตัวเงิน หาได้โดยเปลี่ยน

ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยหรือการรักษาให้อยู่ในรูปตัวเงิน เช่น มูลค่าความเจ็บปวด ความเศร้า ความทุกข์ทรมาน ซึ่งบางต้นทุนชนิดนี้มักจะไม่ถูกนำมาคำนวณรวมด้วย

ในการศึกษาเภสัชเศรษฐศาสตร์ของโรคทางจิตเวชมักจะพิจารณาเฉพาะต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม ซึ่งทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดมุมมองของการศึกษา

2. การกำหนดผลลัพธ์ ผลประโยชน์ และ ประสิทธิภาพ

การศึกษาด้านทุนประสิทธิผล จะวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพในหน่วยของธรรมชาติ (natural unit) มากกว่าหน่วยเงิน ในการตัดสินใจเพื่อวัดผลลัพธ์ ผู้ศึกษาควรพิจารณา ดังนี้

1. ความแตกต่างของผลลัพธ์ที่เกิดจาก intervention ระหว่างกลุ่ม
2. ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของ intervention
3. ผลลัพธ์ที่สนใจตามมุมมองที่กำหนดไว้

การวัดประสิทธิผลสามารถวัดผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ส่วนในการศึกษาด้านจิตเวช จะมีการวัดผลลัพธ์ของการรักษาในด้านจิตพยาธิวิทยา (psychopathology) ความสามารถในการทำงาน (functional status) และคุณภาพชีวิต (quality of life)

2.4.1.4 การคำนวณต้นทุนประสิทธิผล

1. สูตรที่ใช้คำนวณอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล

เนื่องจากการประเมินต้นทุนประสิทธิผลมีต้นทุนและผลลัพธ์อยู่กันคนละหน่วย การคำนวณทำได้ในรูปของอัตราส่วนเท่านั้น

Cost- Effectiveness Ratio (C/E ratio)	=	$\frac{\text{Total Cost}}{\text{Total Effectiveness}}$
--	---	--

Incremental Cost- Effectiveness Ratio (ICER)	=	$\frac{\text{Cost1} - \text{Cost2}}{\text{Effectiveness1} - \text{Effectiveness2}}$
---	---	---

- | | | |
|-------|-----|------------------------------------|
| ICER | คือ | อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม |
| Cost1 | คือ | ต้นทุนรวมของทางเลือก 1 |
| Cost2 | คือ | ต้นทุนรวมของทางเลือก 2 |

Effectiveness1 คือ ประสิทธิภาพของทางเลือก 1

Effectiveness2 คือ ประสิทธิภาพของทางเลือก 2

2.4.1.5 การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis)

ในการคำนวณต้นทุนนั้น จะเห็นว่าต้นทุนที่คำนวณได้ ไม่ใช่มูลค่าที่แท้จริง ไม่สามารถใช้ตัววัด หรือค่าตัวเลขที่แท้จริงได้ เนื่องจากวัดได้ยาก จึงทำได้เพียงพยายามหาต้นทุนที่คาดว่าจะใกล้เคียงกับสิ่งที่จริงมากที่สุด ดังนั้นจึงพบความไม่แน่นอนได้เสมอสำหรับค่าของตัวแปรที่นำมาพิจารณา ดังนั้นในการประเมินทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ จึงมีการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) ซึ่งเป็นการทดสอบความมั่นคงของข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์บนพิสัยของการประมาณค่าความน่าจะเป็น โดยการแทนที่ตัวเลขใหม่ซึ่งแตกต่างไปจากเดิมลงไปแทนตัวเลขเดิม และทำการคำนวณใหม่อีกครั้ง แล้วพิจารณาผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ว่าแตกต่างไปจากเดิมมากน้อยเพียงใด หากผลการวิเคราะห์ไม่แตกต่างไปจากเดิมมากนัก หรือแตกต่างเพียงเล็กน้อยในระดับที่ไม่มีผลในทางปฏิบัติ อาจกล่าวได้ว่า วิธีการที่ใช้วิเคราะห์ต้นทุนนั้นมีความมั่นคง ได้ผลการวิเคราะห์ที่น่าเชื่อถือและถูกต้อง แต่หากผลลัพธ์ที่ได้แตกต่างจากเดิมมาก จะทำให้เกิดความไม่มั่นใจในความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ที่ได้มาก่อนหน้า

การวิเคราะห์ความไวมีหลายชนิด ในที่นี้จะเน้นเฉพาะการวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว (one-way sensitivity analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ความไวแบบดั้งเดิม โดยมีการประเมินเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อผลลัพธ์ที่ละตัว

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของยาต้านโรคจิตชนิดชนิดที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบด้วย มีดังนี้ (ตารางที่ 2.3) คือ

2.5.1 ด้านประสิทธิผลของยาฉีด Zuclopenthixol acetate กับ Haloperidol

ฤทธิ์ในการทำให้มีอาการทางจิตสงบ (sedative effect)

Chouinard G และคณะ (9) ศึกษาเปรียบเทียบยาฉีด Zuclopenthixol acetate กับยาน้ำ Haloperidol ชนิดรับประทาน ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบจำนวน 40 คน พบว่า Zuclopenthixol acetate สามารถทำให้มีอาการทางจิตสงบได้ดีกว่ายา Haloperidol โดยเฉพาะในช่วงวันที่ 4 ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Matar AM และคณะ

(10) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบและอาการคลุ้มคลั่ง พบว่า ยาทำให้อาการทางจิตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

การศึกษาของ Heikkilä L และคณะ (11) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตกำเริบ ในโรงพยาบาล 49 แห่งของประเทศฟินแลนด์ พบว่ายา Zuclophenxol acetate และ Haloperidol มีประสิทธิภาพในการทำให้อาการทางจิตสงบได้เท่ากัน โดยสามารถลดคะแนน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และ Clinical Global Impression (CGI) ลงได้ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Baastrup และคณะ (12) ศึกษาเปรียบเทียบยา Zuclophenxol acetate, Haloperidol และ Zuclophenxol ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ จำนวน 143 คน พบว่ามีประสิทธิภาพในการทำให้อาการทางจิตสงบได้เท่ากัน โดยยาทั้งสองตัวสามารถลดคะแนน BPRS, Bech-Rafaelsen Mania Scale (BRMAS) และ CGI ลงได้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Claudine Laurire และคณะ (13) ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชฉุกเฉินในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่ายา Zuclophenxol acetate ให้ผลในการควบคุมอาการทางจิตได้เท่ากับยา Haloperidol ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชุลี เตมียประดิษฐ์ และคณะ (14) ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตที่วุ่นวายก้าวร้าว จำนวน 70 ราย พบว่า Zuclophenxol acetate สามารถลดคะแนน BPRS, CGI และความก้าวร้าวของผู้ป่วยลงได้มากกว่ายา Haloperidol แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Chin CN และคณะ (15) ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทและ schizophreniform ที่มีอาการทางจิตกำเริบ จำนวน 44 คน พบว่ายา Zuclophenxol acetate และ Haloperidol ทั้งสองตัวสามารถลดคะแนน BPRS และ CGI ลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ในวันที่ 3 แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างยาทั้งสองตัว ($p > 0.05$)

Michel Lamure และคณะ (16) ทำการศึกษาแบบสำรวจจากการประเมินทางเศรษฐศาสตร์เปรียบเทียบยา Zuclophenxol acetate กับ Haloperidol ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบ จำนวน 88 ราย จาก 17 centers โดยติดตามนาน 3 เดือน พบว่ายา Zuclophenxol acetate สามารถลดเวลาที่ใช้นิยบาลร้อยละ 44 และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับ Haloperidol

การศึกษาของอัญชุลี เตมียประดิษฐ์ และคณะ (14) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา Zuclophenxol acetate มีความถี่ในการนิยบาลเพื่อทำให้อาการทางจิตสงบจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Haloperidol อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chin CN และคณะ

การศึกษาของ Gibson RC และคณะ (17) ทำการศึกษาแบบ systematic review พบว่าฤทธิ์ในการทำให้สงบของ Zuclophenxol acetate ไม่แตกต่างจากยา Haloperidol นอกจากนั้นในผู้ป่วยที่ได้รับยา Zuclophenxol acetate ไม่ได้ลดการใช้ยาด้านโรคจิตตัวอื่นร่วมด้วย

การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

การเกิด extrapyramidal symptom (EPS) พบว่า มีผลการศึกษาที่แตกต่างกัน โดย การศึกษาของ Heikkilä L และคณะ(11) พบว่า Zuclopenthixol acetate ทำให้เกิด EPS ได้ชั่วคราว ในขณะที่ยา Haloperidol ไม่ทำให้เกิด EPS ส่วนการศึกษาของ Bastrup และคณะ (12) พบว่า ยา Haloperidol ทำให้เกิด EPS ชนิด akathisia ได้มากกว่ายา Zuclopenthixol acetate อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ อัญชลี เตมียประดิษฐ์และคณะ (14) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Haloperidol ทำให้เกิด EPS มากกว่า Zuclopenthixol acetate และสอดคล้องกับ Laurire C และคณะ (13) พบว่ายา Zuclopenthixol acetate ทำให้เกิด EPS น้อยกว่า Haloperidol ด้วย ในขณะที่ Chouinard G และคณะ (9) พบว่า ทั้งยา Zuclopenthixol acetate และ Haloperidol ทำให้เกิด EPS ได้ไม่แตกต่างกัน

การเกิดอาการง่วงซึมจากยานั้น Chouinard G และคณะ (9) พบว่า Zuclopenthixol acetate ทำให้ง่วงนอนมากกว่ายา Haloperidol สอดคล้องกับการศึกษาของ Laurier C และคณะ (13)

ส่วนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ง่วงนอน ความดันตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ อาการปวดบริเวณที่ฉีดยานั้น อัญชลี เตมียประดิษฐ์และคณะ (14) พบว่า ยาทั้ง 2 ตัวทำให้เกิดอาการดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

การศึกษาของ Gibson RC และคณะ (17) พบว่ายาทั้ง 2 ตัว ทำให้เกิดอาการง่วง ซึม EPS ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ไม่แตกต่างกัน

2.5.2 การศึกษาด้านทุนประสิทธิผลของยาฉีด Zuclopenthixol acetate กับ

Haloperidol

Laurier C และคณะ (13) พบว่า ราคายา Zuclopenthixol acetate จะสูงกว่า Haloperidol โดยยา Zuclopenthixol acetate มีต้นทุนส่วนเพิ่ม (incremental cost) สูงกว่า Haloperidol 25 ดอลลาร์แคนาดาต่อผู้ป่วย 1 คนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และ 21 ดอลลาร์แคนาดาต่อผู้ป่วย 1 คนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป แต่หากพิจารณาในประเด็น การประหยัดต้นทุนพบว่า ยา Zuclopenthixol acetate สามารถลดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยของ พยาบาลลงได้ร้อยละ 25 จะสามารถประหยัดต้นทุนได้มากกว่า ยา Haloperidol นอกจากนี้ยัง พบว่า จำนวนยาที่ฉีด และเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย มีผลทำให้ต้นทุนเปลี่ยนแปลง ส่วนการศึกษา ของ Michel Lamure และคณะ (16) พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับยา Zuclopenthixol acetate สูงกว่า Haloperidol แต่อย่างไรก็ตามยา Zuclopenthixol acetate สามารถลด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและลดเวลาในการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ

2.6 สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของยา โดยเปรียบเทียบระหว่างยาฉีด Zuclopenthixol acetate กับ Haloperidol ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบ ของโรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่ ศึกษาเฉพาะต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (direct medical costs) ในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider's perspective) ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ค่ายา ต้นทุนค่ารักษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา ค่าห้องพัก โดยเก็บข้อมูลต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการและวัดประสิทธิผล 2 แบบคือ 1) ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ โดยใช้แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of The Nation Outcome Scale: HoNOS) ฉบับภาษาไทย หมวดที่ 1 และ 6 และ 2) ผลลัพธ์รอง ได้แก่ จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	การศึกษา	รูปแบบการศึกษา	Intervention	จำนวน	ต้นทุน	ผลลัพธ์	ผลการศึกษา
Chouinard et al.1994 (9)	A double-blind controlled study of intramuscular Zucloperithixol acetate and liquid Haloperidol in the treatment of schizophrenic patient with acute exacerbation.	-Randomized controlled trial -Double-blind -Parallel design. -stratified by sex ระยะเวลาติดตาม 9 วัน	-Zucloperithixol acetate 50-150 mg IM ทุก 3 วัน+ placebo oral -liquid Haloperidol วันละ 10-30 mg + placebo -สามารถเพิ่มยา antiparkinson และ Zucloperithixol acetate (50mg) และ Haloperidol (10mg) ได้ตามต้องการ	40 คน	-	Mental status : BPRS, CGI, clinical interview Behavior: NOSIE, NCGI Side effect : ESRS, blood pressure, pulse, ECG, blood test, physical examination	-ยาทั้ง 2 ตัว สามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตได้ (ลดคะแนน BPRS, CGI) ไม่แตกต่างกัน -ยาทั้ง 2 ตัว ทำให้เกิด EPS ได้ไม่แตกต่างกัน -Zucloperithixol acetate ทำให้เกิดอาการสงบระงับมากกว่า Haloperidol -Zucloperithixol acetate ทำให้ง่วงนอนมากกว่ายา Haloperidol
Matar et al.1990 (10)	Zucloperithixol: a new generation of antipsychotic drugs. An open clinical trial.	-An open clinical trial -ประเมินอาการทุก 72 ชั่วโมง	-Zucloperithixol acetate 75-100 mg IM	15 คน	-	Mental status : BPRS, BRMS, CGI	-Zucloperithixol acetate ทำให้มีอาการทางจิตลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญหลังจากลิซิดยา Zucloperithixol acetate ไข้แรก -ระยะเวลาที่ขยาออกฤทธิ์ที่ 72 ชั่วโมง

ตารางที่ 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ลำดับ	การศึกษา	รูปแบบการศึกษา	Intervention	จำนวน	ต้นทุน	ผลลัพธ์	ผลการศึกษา
Heikkilä et al.1992 (11)	Zucloperithixol acetate and Haloperidol in patients with acute psychosis states. A double-blind, multi-centre study	-A double-blind, multi-centre study -ระยะเวลาที่ติดตาม 8 สัปดาห์หรือจนถึงวันจำหน่าย	-Zucloperithixol acetate 50-150 mg IM ทุก 3 วัน -Haloperidol 5-10 mg IM (ไม่เกิน 4 ครั้งต่อวัน)	49 คน	-	Mental status : BPRS, CGI Side effect : UKU	-ยาทั้งสองตัวมีประสิทธิภพในการทำให้อาการทางจิตสงบได้เท่ากัน โดยสามารถลดคะแนน BPRS และ CGI ลงได้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ -Zucloperithixol acetate ทำให้เกิด EPS ได้ชั่วคราวในขณะที่ยา Haloperidol ไม่ทำให้เกิด EPS
Baastrup et al.1993 (12)	A controlled Nordic multicentre study of Zucloperithixol acetate in oil solution, Haloperidol and Zucloperithixol in the treatment of acute psychosis.	-Randomized -Not double blind -Parallel design -ระยะเวลาที่ติดตาม 6 วัน	-Zucloperithixol acetate 50-150 mg IM ช่วงห่างไม่ต่ำกว่าทุก 1 วัน -Haloperidol 5-10 mg IM (ไม่เกิน 4 ครั้งต่อวัน) -Zucloperithixol 10-20 mg IM ร่วมกับยา antiparkinson, benzodiazepine	169 คน	-	Mental status : BPRS, CGI, sedation Side effect : UKU,ESRS, blood test	-ยาทั้ง 3 ตัว สามารถลดคะแนน BPRS, BRMAS, CGI ได้ไม่แตกต่างกัน -ผู้ป่วยที่ได้รับยา Haloperidol เกิด hypokinesia ภายหลังได้รับยา 24 ชั่วโมง มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Zucloperithixol acetate อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ -ยา Haloperidol ทำให้เกิด EPS ชนิด akathisia ได้มากกว่ายา Zucloperithixol acetate อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ลำดับ	การศึกษา	รูปแบบการศึกษา	Intervention	จำนวน	ต้นทุน	ผลลัพธ์	ผลการศึกษา
Laurier et al. 1997 (13)	Economic Evaluation of Zucloperithixol Acetate Compared with Injectable Haloperidol in Schizophrenic Patient with Acute Psychosis	-Cost-Consequence analysis -Perspective study -ติดตาม 9 วัน -มุมมองของ Canadian health care system	-Zucloperithixol acetate 50-150 mg IM สามารถให้ยาเพิ่มได้ เมื่อจำเป็น -Haloperidol วันละ 5-10 mg IM สามารถให้ยาเพิ่มได้ เมื่อจำเป็น	- Direct medical cost -ค่าห้อง -ค่ายา -ค่าแรง -ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Mental status : BPRS, BRMS, CG I, AMDP, Sedation - Side effect. EPS	- Incremental cost ของ Zucloperithixol มากกว่า Haloperidol 25 ดอลลาร์ต่อผู้ป่วย 1 คนที่เข้ารับการรักษาในรพ.จิตเวช และ 21 ดอลลาร์ต่อผู้ป่วย 1 คนที่เข้ารับการรักษาในรพ.ทั่วไป - ถ้าทำการติดตามระยะเวลาดูแลผู้ป่วยลงร้อยละ 25 หรือ มีผู้ป่วยร้อยละ 85 ที่เสียชีวิตไม่เกิน 2 เดือน จะส่งผลให้ยา Zucloperithixol สามารถประหยัดต้นทุนได้มากกว่า Haloperidol - Zucloperithixol ทำให้เกิดการสงบระงับมากกว่า Haloperidol อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) - Zucloperithixol acetate ทำให้เกิด EPS น้อยกว่า Haloperidol - Zucloperithixol acetate ทำให้ว่างนอนมากกว่า Haloperidol	



ตารางที่ 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ลำดับ	การศึกษา	รูปแบบการศึกษา	Intervention	จำนวน	ต้นทุน	ผลลัพธ์	ผลการศึกษา
Taymeeyapradit et al.2002 (14)	Comparative study of the Effectiveness of Zucloperithixol Acetate and Haloperidol in Acutely Disturbed Psychotic Patients.	-Randomized -Parallel design -ระยะเวลาที่ติดตาม 7 วัน	-Zucloperithixol acetate 50-150 mg IM สามารถให้ยาเพิ่มได้ ทุก 12 ชั่วโมง เมื่อจำเป็น -Haloperidol วันละ 5-10 mg IM สามารถให้ยาเพิ่มได้ ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อจำเป็น	70 คน	-	Mental status : BPRS, CGI Side effect : interview , physical examination	- Zucloperithixol acetate สามารถลดคะแนน BPRS, CGI และความก้าวร้าวของผู้ป่วยลงได้มากกว่า Haloperidol แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ - ผู้ป่วยที่ได้รับยา Haloperidol ทำให้เกิด EPS มากกว่า Zucloperithixol acetate - อาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ง่วงนอน ความตื่นตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ
Chin et al. 1998 (15)	A double blind comparison of Zucloperithixol acetate with Haloperidol in the management of acutely disturbed schizophrenia	-Randomized -Double-blind -Parallel design -ระยะเวลาที่ติดตาม 3 วัน	-Zucloperithixol acetate 50-150 mg IM -Haloperidol วันละ 5-10 mg IM	44 คน	-	Mental status : BPRS, CGI Side effect : UKU	- ยา Zucloperithixol acetate และ Haloperidol สามารถลดคะแนน BPRS และ CGI ลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) - ไม่พบความแตกต่างระหว่างยาทั้ง 2 ตัว ($p > 0.05$)

ตารางที่ 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ลำดับ	การศึกษา	รูปแบบการศึกษา	Intervention	จำนวน	ต้นทุน	ผลลัพธ์	ผลการศึกษา
Lamure et al 2003 (16)	Zucloperthixol versus Haloperidol: An observational randomized pharmacoeconomic evaluation of patients with chronic schizophrenia exhibiting acute psychosis	-An observational randomized pharmacoeconomic evaluation study -มุมมองของ National Health Insurance -ระยะเวลาที่ติดตาม 90 วัน	-Zucloperthixol acetate 50-150 mg IM สามารถให้ ยาเพิ่มได้ ภายใน 48-72 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับอาการ ทางจิตของผู้ป่วย -Haloperidol 5-20 mg IM สามารถให้ยาเพิ่มได้ ทุก 6-24 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับ อาการทางจิตของผู้ป่วย	88 คน	Direct medical cost	Mental status : BPRS, CGI Side effect : UKU	-ต้นทุนการรักษาเฉลี่ยของ Zucloperthixol เท่ากับ 157 ปอนด์ และHaloperidol เท่ากับ 86 ปอนด์ -กลุ่มที่ได้รับยา Zucloperthixol สามารถลดเวลาที่ใช้ในการนัดหมายได้ ร้อยละ44และสามารถลดเวลานอน โรงพยาบาลลงได้ 5 วัน -ยาทั้ง 2 ตัว สามารถลดความรุนแรง ของอาการทางจิตได้ (ลดคะแนน BPRS, CGI) ไม่แตกต่างกัน
Gibson et al.2004 (17)	Zucloperthixol acetate for acute schizophrenia and similar serious mental health illness (review)	-Systematic review -Randomization -Blinding at outcome	-All randomized clinical trial -Zucloperthixol acetate ทุกขนาด -Haloperidol ชนิด รับประทานและฉีดเข้า กล้ามเนื้อ -Zucloperthixol dihydrochloride ชนิด	522 คน จาก 7 การศึกษา	-	Mental status : BPRS, BRMS, CGI Behavior: NOSIE, NCGI Side effect : ESRS, UKU	- ฤทธิ์ในการทำให้สงบ ณ เวลา 2 ชั่วโมง ของยา Zucloperthixol acetate และ Haloperidol ไม่แตกต่างกัน (n=40, IRCT, RR 0.60 CI 0.27-1.34) - มี 3 การศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับยา Zucloperthixol acetate ไม่ได้ลดการ ใช้ยาค่าน โรคจิตตัวอื่นร่วมด้วย (n= 134, 3RCTs, RR 0.9 CI 0.69-2.30) - มี 1 การศึกษา พบว่ากลุ่มที่ได้รับยา

ตารางที่ 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ลำดับ	การศึกษา	รูปแบบการศึกษา	Intervention	จำนวน	ต้นทุน	ผลลัพธ์	ผลการศึกษา
			<p>รับประทานและฉีดเข้ากล้ามเนื้อ</p> <p>-Chlorpromazine ชนิดรับประทานและฉีดเข้ากล้ามเนื้อ</p> <p>-Clotiapine ชนิดรับประทานและฉีดเข้ากล้ามเนื้อ</p>				<p>Zuclopenthixol acetate มีความต้องการศึกษาเพิ่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยา Haloperidol (n=70, 1RCT, RR 0.39 CI 0.18-0.84)</p> <p>- มี 2 การศึกษา พบว่ายาทั้ง 2 ตัว ทำให้เกิดการง่วงซึม ไม่แตกต่างกัน (n=192, 2RCTs, RR ที่ 24 ชั่วโมง 1.15 CI 0.49-2.88)</p> <p>- มี 2 การศึกษา ไม่พบความแตกต่างของการเกิด EPS, ปากแห้งตาพร่าของยาทั้ง 2 ตัว (n=192, 2RCTs, RR ที่ 24 ชั่วโมง 0.48 CI 0.48-1.70)</p>