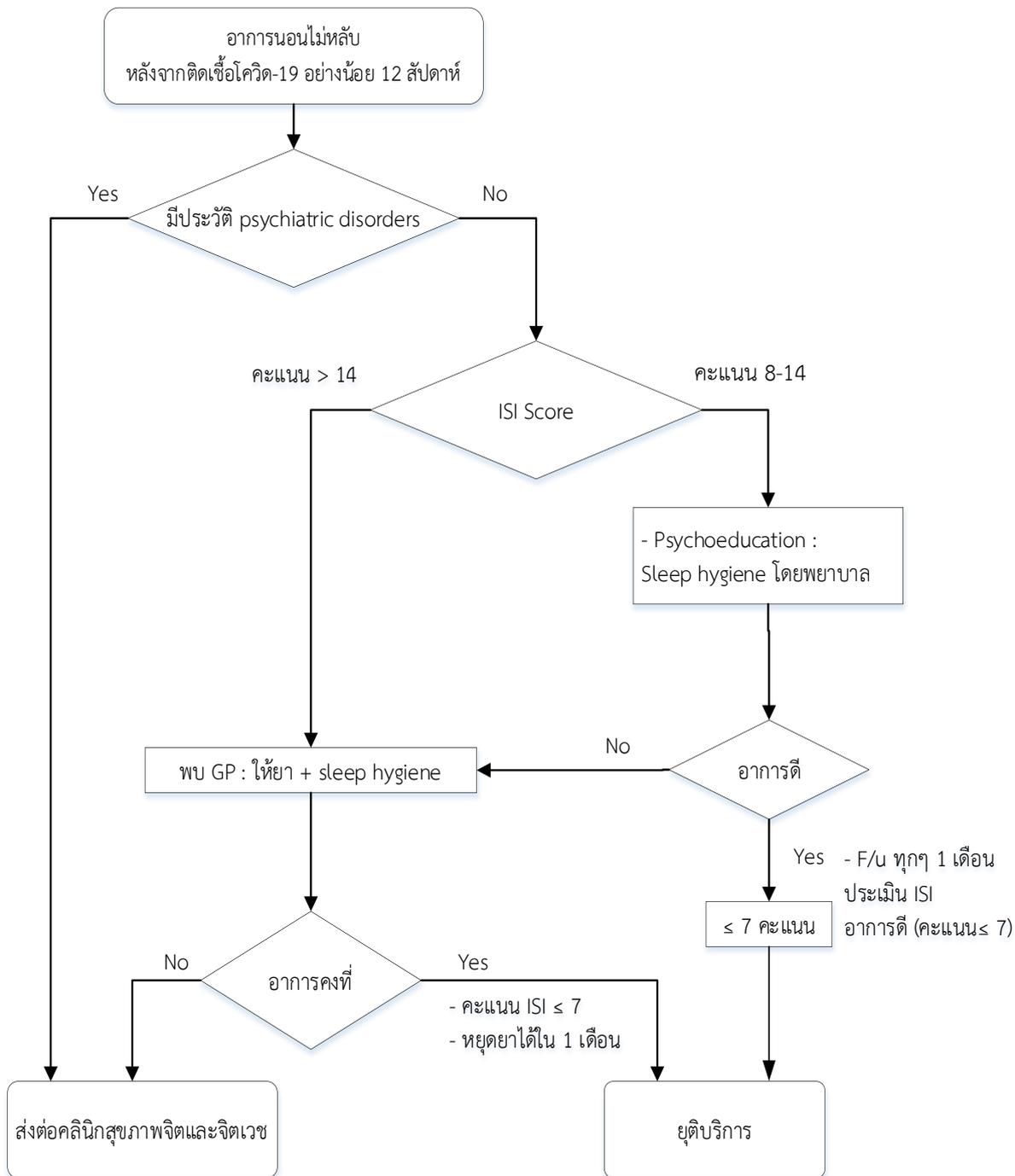


แนวปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะนอนไม่หลับในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19



แนวปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะนอนไม่หลับในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 (Insomnia in Long COVID)

1. นิยาม (Definition)

ภายหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (Coronavirus disease 2019 หรือ COVID-19) ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยข้อมูลทางคลินิกในระยะหลังจากการติดเชื้อ ซึ่งพบว่า การติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลต่อร่างกายในหลายระบบด้วยกัน ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก อาการเจ็บหน้าอก เป็นต้น

สำหรับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดตามหลังการติดเชื้อโควิด-19 นั้น มีรายงานเบื้องต้นจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต พบกลุ่มอาการนอนไม่หลับสูงถึงร้อยละ 13.30 มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 11.80 ซึ่งตรงกับการศึกษาของต่างประเทศ เช่น จีน เป็นต้น

สำหรับนิยามของภาวะนอนไม่หลับหลังจากติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ ผู้ป่วยเคยมีประวัติติดเชื้อโควิด-19 มาก่อนอย่างน้อย 3 เดือน ก่อนจะมีอาการนอนไม่หลับ เช่น หลับยาก นอนหลับๆ ตื่นๆ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ และไม่สามารถกลับเข้านอนได้อีก โดยอาการนอนไม่หลับนี้ ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคทางจิตเวชหรือโรคทางกายอื่น เช่น โรควิตกกังวล หรือซึมเศร้า และภาวะนี้ “อาจจะ” รบกวนการใช้ชีวิตด้านต่างๆ เช่น การดำเนินกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ความสัมพันธ์กับคนอื่น

2. วัตถุประสงค์ (Objective)

แนวทางปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินคัดกรองผลกระทบด้านอาการนอนไม่หลับที่เกิดภายหลังจากการติดเชื้อโควิด-19 และให้การดูแล รักษา ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงประเมินค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการนอนไม่หลับ

3. กลุ่มเป้าหมาย (Target group)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับหลังจากติดเชื้อโควิด-19 และหายดีแล้วอย่างน้อย 12 สัปดาห์ โดยประเมินจากการซักประวัติและแบบประเมิน insomnia severity index (ISI) โดยอาการนอนไม่หลับดังกล่าว ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคทางจิตเวชหรือโรคทางกายอื่น

4. การประเมินและตรวจสอบ (Assessment tool and investigation)

- ประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19 และระยะเวลาหลังจากหายป่วยแล้ว (12 สัปดาห์)
- ประวัติโรคทางกายและโรคทางจิตเวช
- การตรวจสุขภาพจิต และการตรวจร่างกาย เพื่อหาสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ
- ประเมินตนเองด้วยแบบประเมินความรุนแรงของการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index (ISI))

5. การวินิจฉัยโรคนอนไม่หลับ (insomnia disorder)

ประวัติ : การนอนไม่หลับ มักเป็นอาการร่วมกับโรคทางจิตเวชจำนวนมาก ดังนั้นการวินิจฉัยโรคนอนไม่หลับ มักจะเกิดจากการประเมินหรือตรวจไม่พบโรคทางกายและโรคทางจิตอื่น ๆ แล้ว จึงจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคนอนไม่หลับ สำหรับภาวะนอนไม่หลับหลังติดเชื้อโควิด-19 นั้น จะต้องมียุติประวัติว่าเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด ช่วง 12 สัปดาห์ หรือ 3 เดือนก่อนมีอาการนอนไม่หลับ

อาการนอนไม่หลับจะประกอบด้วย การหลับยาก เช่น เข้านอนแล้วใช้เวลานานกว่า 20 นาที จึงจะนอนหลับได้ นอนหลับๆ ตื่นๆ หรือ ตื่นเช้ากว่าปกติแล้วไม่สามารถกลับเข้านอนได้อีก มีอาการอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน โดยอาการนอนไม่หลับ ต้องไม่เกิดจากโรคทางกาย

หรือจากยาหรือสารเสพติด รวมถึงไม่มีประวัติของโรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และไม่พบอาการกังวลใจที่มาจากสาเหตุชักนำให้เกิดอาการอย่างชัดเจน (adjustment disorder)

การตรวจสภาพจิต (mental state examination) : อาจพบอาการอ่านเพี้ยน กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ แต่ต้องเข้าไม่ได้กับกลุ่มโรควิตกกังวลหรือซึมเศร้า การตรวจวัน เวลา สถานที่ และบุคคล (orientation) เป็นปกติ

ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ไม่พบสาเหตุของโรคทางกายอื่นที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ

6. แผนการรักษาและการดูแลรักษา (Planning and management care)

เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายสงสัย ใช้แบบประเมินความรุนแรงของการนอนไม่หลับ (insomnia severity index, ISI)

- ระดับคะแนน 0-7 คะแนน ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ
- ระดับคะแนน 8-14 คะแนน เริ่มมีปัญหาการนอนไม่หลับ
- ระดับคะแนน 15-21 คะแนน มีปัญหาการนอนไม่หลับปานกลาง
- ระดับคะแนน 22-28 คะแนน มีปัญหาการนอนไม่หลับรุนแรง

หากประเมินตนเองและได้คะแนนระหว่าง 8-14 คะแนน จะให้การช่วยเหลือโดยให้ psychoeducation เรื่องสุขภาวะการนอน (sleep hygiene) แต่หากประเมินตนเองและมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป ให้การช่วยเหลือโดยการแนะนำส่งพบแพทย์ทั่วไป เพื่อให้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้ psychoeducation เรื่องสุขภาวะการนอน (sleep hygiene) และประเมินหลังจากนั้น 1 เดือน หากอาการไม่ดีขึ้น ให้ส่งพบจิตแพทย์

การรักษาโดยไม่ใช้ยา (nonmedical treatment)

การสร้างสุขอนามัยที่ดีในการนอน (sleep hygiene)

1. ควรหลีกเลี่ยงการดื่มสารกระตุ้น เช่น ชา กาแฟ โกลี โกโก้ ช็อคโกแลต น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่ส่วนผสมของคาเฟอีน อย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนเข้านอน
2. ก่อนเข้านอน 30 นาที หลีกเลี่ยงการเล่นโซเชียลมีเดีย ดูหนัง และกิจกรรมอื่นๆ ที่กระตุ้นเร้า
3. ห้องนอนควรมีอุณหภูมิพอเหมาะ เตียงนอนควรมีความสบาย
4. ใช้เตียงนอนเพื่อนอนเท่านั้น ไม่ควรมีกิจกรรมอื่น เช่น อ่านหนังสือ ดูทีวี/คอมพิวเตอร์/อุปกรณ์สื่อสาร ฯลฯ
5. ก่อนเข้านอน 30 นาที ผีอกผ่อนคลาย เช่น การฝึกการหายใจ ด้วยการรับรู้ลมหายใจเข้า-ออก อย่างผ่อนคลาย หรือ ฟังเพลงบรรเลงผ่อนคลาย เป็นต้น
6. ดูปนาฬิกาในระหว่างการนอนเท่าที่จำเป็น และไม่ควรมีนาฬิกาใกล้ลานสายตา เพราะจะกระตุ้นให้ดูนาฬิกาบ่อย ทำให้ยิ่งกังวล
7. หากนอนไม่หลับภายใน 30 นาที ให้ลุกจากเตียง นั่งหลับตาผ่อนคลายสบายๆ หรือฟังเพลงบรรเลงเบาๆ
8. ควรตื่นนอนตรงเวลาทุกวัน และควรตื่นนอนก่อน 8.00 น. และควรเข้านอนในเวลาใกล้เคียงเดิม โดยเข้านอนบนเตียงเมื่อร่างกายรู้สึกง่วง
9. ไม่ควรนอนงีบในเวลากลางวันนานเกิน 30 นาที และห้ามงีบหลังเวลา 15.00 น.
10. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ และควรห่างจากเวลาเข้านอนอย่างน้อย 3 ชั่วโมง

การสร้างความปลอดภัย (Relaxation)

เป็นการสร้างความผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่การนอนหลับ เช่น การนั่งสมาธิ ฟังเพลงบรรเลง ฝึกกำหนดลมหายใจ เป็นต้น ระหว่างการนอน อาจจะทำให้ความสนใจ หรือมีสมาธิกับลมหายใจ หรือมีสมาธิกับการเคลื่อนไหวของท้อง จนกระทั่งหลับไป จะช่วยให้ลดความคิด หรือ ความกังวลใจ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการนอนไม่หลับ

การรักษาภาวะนอนไม่หลับโดยใช้ยา (medical treatment) ได้แก่

1. ยาในกลุ่ม Benzodiazepine

เป็นยาที่ใช้บ่อยในการรักษาอาการนอนไม่หลับ แบ่งเป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์สั้นและออกฤทธิ์ยาว

- กลุ่มที่ออกฤทธิ์สั้นเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่นอนหลับยากในช่วงแรก (initial insomnia) เช่น ยา lorazepam และควรหลีกเลี่ยงการใช้ เช่น ยา alprazolam, midazolam เพราะออกฤทธิ์เร็ว มีโอกาสทำให้ติดยา (dependence) สูง และอาจเกิดอาการถอนยา (withdrawal symptoms) ได้ง่าย ลดยาหรือถอนยาออกได้ยาก ยาในกลุ่มนี้ที่ควรใช้ คือ
 - ขนาดยาที่ควรใช้ เช่น lorazepam 0.5–2 mg. ตอนก่อนนอน
- กลุ่มที่ออกฤทธิ์ยาว เช่น clonazepam, diazepam เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาหลับไม่สนิท ระหว่างคืนหรือตื่นเร็วกว่าปกติ เป็นต้น
 - ขนาดยาที่ใช้ เช่น Clonazepam 0.5–2 mg. ตอนก่อนนอน เป็นต้น
Diazepam 2–10 mg. ตอนก่อนนอน เป็นต้น

ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการง่วงซึมระหว่างวัน มีความยากลำบากในการคิดและตัดสินใจ การสูญเสียความจำแบบไปข้างหน้า (anterograde amnesia) อาจเกิดภาวะสับสนเมื่อใช้ในขนาดสูง เป็นต้น

ในผู้สูงอายุควรลดขนาดยาและควรเฝ้าระวังผลข้างเคียง เช่น อาการซึม ง่วง การทรงตัวผิดปกติ เดินเซหรือล้ม ควบคุมการทรงตัวได้ลำบาก นอกจากนั้น หากรับประทานยานานต่อเนื่องเกิน 2–4 สัปดาห์ จะทำให้มีโอกาสเกิดการติดยา และเกิดอาการถอนยาเมื่อหยุดยากระทันหัน

อย่างไรก็ตาม เมื่อให้ยาร่วมกับการให้ sleep hygiene แล้ว ควรค่อยๆ ลดยาภายใน 1 เดือน หากต้องใช้อยานานกว่านั้น อาจจะต้องพบจิตแพทย์ เพื่อประเมินและรักษาต่อไป

2. Non-Benzodiazepine เช่น zolpidem เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์เร็ว ดูดซึมได้ดี อย่างไรก็ตามอาจต้องระวังผลข้างเคียง เช่น ง่วงซึม มึนศีรษะ หรือ ละเมอ รวมถึงการติดยาด้วยเช่นกัน

7. การส่งต่อ (Referral)

การส่งพบจิตแพทย์ เมื่อ

- พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางกาย เช่น สงสัยว่ามีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ หรือมีโรคทางกายอื่นๆ
- พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรควิตกกังวล หรือซึมเศร้า รวมถึงมีความคิดทำร้ายตัวเอง หรือทำร้ายคนอื่น
- มีการใช้สุรา ยาเสพติด เพื่อช่วยในการนอน
- เมื่อวินิจฉัยว่าเป็นภาวะนอนไม่หลับจากโควิด และมีการใช้ยานอนหลับ ในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น หรือเมื่อให้การรักษาแล้วไม่ดีขึ้นภายใน 1 เดือน

8. ค่าบริการ

- ค่าบริการผู้ป่วยนอก 150 บาทต่อครั้ง
- สุขภาพจิตศึกษา 250 บาทต่อครั้ง
- ค่ายา

Diazepam (2 mg) = 0.75 บาท

Diazepam (5 mg) = 1.00 บาท

Clorazepate (5 mg) = 1.50 บาท

Lorazepam (0.5 mg) = 1 บาท

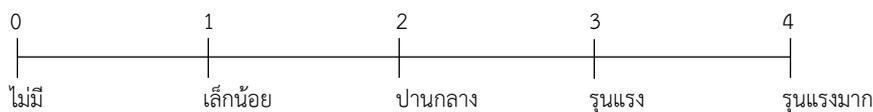
รวมราคาโดยประมาณ 400 บาทต่อครั้ง

อ้างอิงจาก อัตราค่าบริการสาธารณสุขสำหรับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

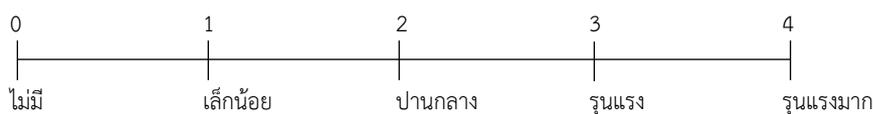
แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0-4 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ



2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านตื่นขึ้นกลางดึกแล้ว พยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ



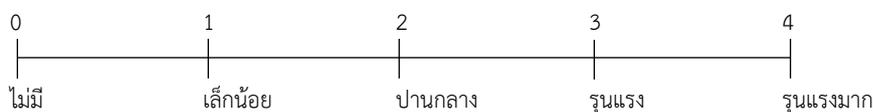
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นเร็วเกินไป



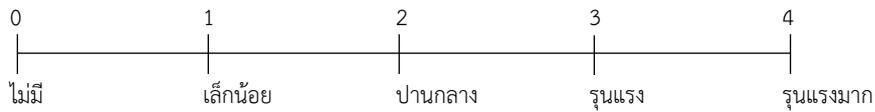
4. ความพึงพอใจ/กับสภาพการนอนในปัจจุบัน



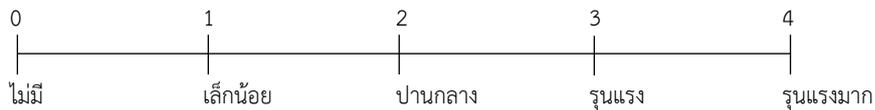
5. ปัญหาการนอนไม่หลับของท่านมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับไหน



6. การนอนไม่หลับส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของท่านนั้น จนคนอื่นๆ สังเกตเห็นได้



7. ท่านรู้สึกกังวลหรือหดหู่มากไหนดูกับการนอนไม่หลับ



Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) เป็นแบบประเมินโดยข้อคำถามใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนนจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3 และ ด้านมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 6 และ 7 มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนคือ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน แปลผลคะแนนอาการนอนไม่หลับจากคะแนนที่ได้ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการนอนไม่หลับ Morin (1993) ดังนี้

คะแนนรวม ความหมาย

0-7 คะแนน	ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย (No clinically significant insomnia)
8-14 คะแนน	ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ (Subthreshold insomnia)
15-21คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (Clinical insomnia, moderate severity)
22-28คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (Clinical insomnia, severe)

เอกสารอ้างอิง

1. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, Mcgroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature Medicine*; 2021;27(4):601–15.
2. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*; 2021;8(5):416–27.
3. Menges D, Ballouz T, Anagnostopoulos A, Aschmann HE, Domenghino A, Fehr JS, et al. Burden of post-COVID-19 syndrome and implications for healthcare service planning: A population-based cohort study. *PLOS ONE*; 2021;16(7): e0254523.
4. Naidu SB, Shah AJ, Saigal A, Smith C, Brill SE, Goldring J, et al. The high mental health burden of “Long COVID” and its association with on-going physical and respiratory symptoms in all adults discharged from hospital. *European Respiratory Journal*; 2021;57(6):2004364.
5. Vanichkachorn G, Newcomb R, Cowl CT, Murad MH, Breeher L, Miller S, et al. Post-COVID-19 Syndrome (Long Haul Syndrome): Description of a Multidisciplinary Clinic at Mayo Clinic and Characteristics of the Initial Patient Cohort. *Mayo Clinic Proceedings*; 2021;96(7):1782–91.



รายนามคณะกรรมการจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่มีภาวะ long COVID
ในกลุ่มอาการทางสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1.	นายแพทย์ชินโรส ลีสวัสดิ์	ที่ปรึกษา	กรมสุขภาพจิต
2.	นายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล	ที่ปรึกษา	กรมสุขภาพจิต
3.	นายแพทย์ธณินทร์ กองสุข	ประธานคณะกรรมการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
4.	นายแพทย์วิญญู ชะนะกุล	คณะกรรมการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
5.	นายแพทย์พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ	คณะกรรมการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
6.	นายแพทย์นพพร ตันติรังสี	คณะกรรมการ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12
7.	แพทย์หญิงวิรัชพัชร กิตติธระพันธ์	คณะกรรมการ	โรงพยาบาลอุบลประสาธน์วโทยโปถัมภ์
8.	นายแพทย์สุทธา สุปัญญา	คณะกรรมการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
9.	แพทย์หญิงทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล	คณะกรรมการ	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
10.	แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง	คณะกรรมการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
11.	นางศศกร วิชัย	คณะกรรมการ	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
12.	เภสัชกรหญิงอรภรณ์ สวนซัง	คณะกรรมการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
13.	นางสาวอุทยา นาคเจริญ	คณะกรรมการ	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
14.	นางภัทรวรรณ สุขยิรัญ	คณะกรรมการ	โรงพยาบาลศรีธัญญา
15.	นางสาวภูษณิศา ชัยวิรัตน์นุกุล	คณะกรรมการ	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
16.	นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	คณะกรรมการและ เลขานุการ	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
17.	นางสาวชนิกรรดา ไทยสังคม	คณะกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต