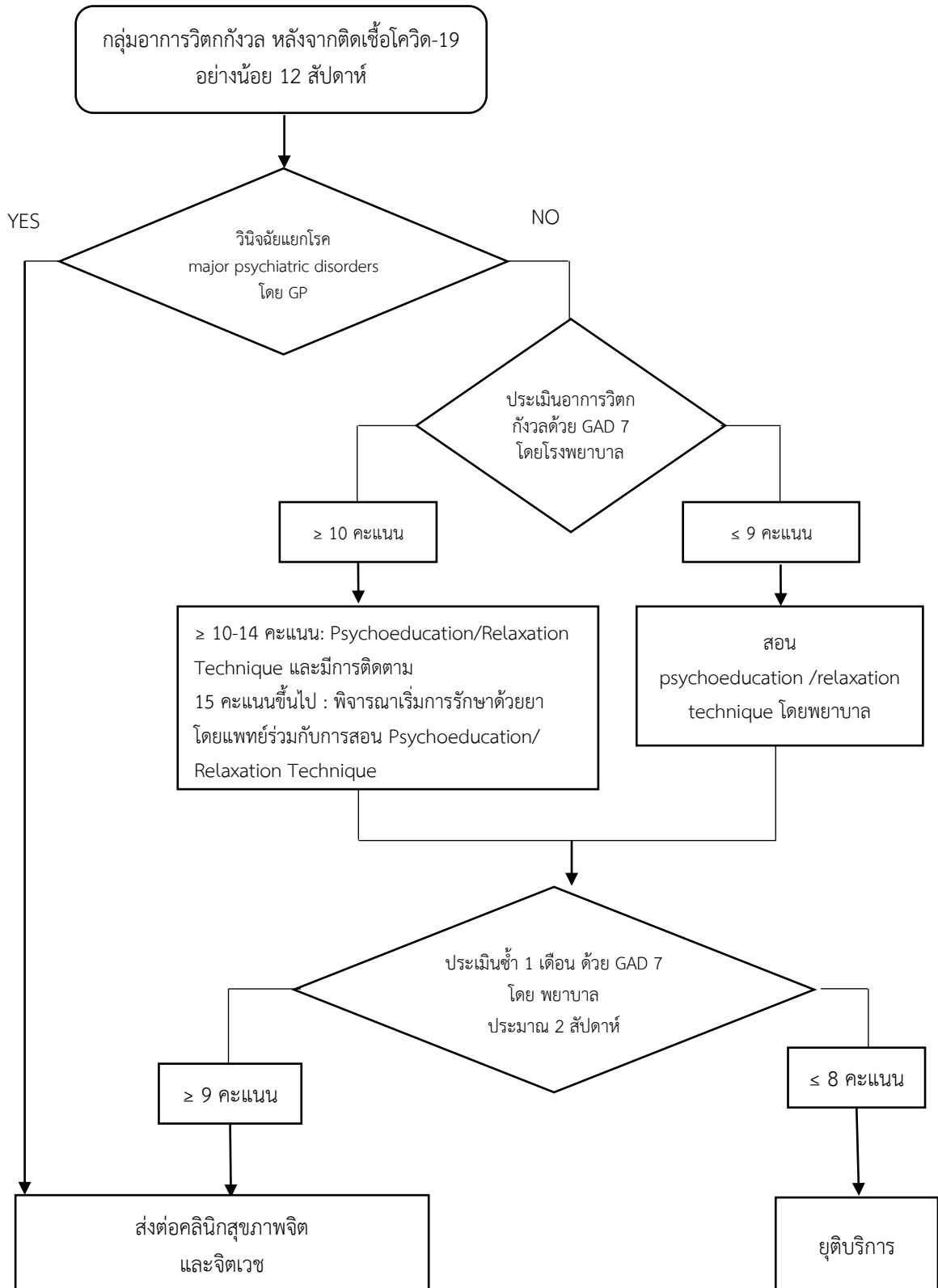


แนวปฏิบัติการดูแลรักษากลุ่มอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19



แนวปฏิบัติการดูแลรักษากลุ่มอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 (Anxiety in Long COVID)

1. นิยาม (Definition)

กลุ่มอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด คือ อาการวิตกกังวลที่เกิดในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อ SARS-CoV-2 ทั้ง probable หรือ confirmed case มาแล้วอย่างน้อย 12 สัปดาห์และอาการหายดีแล้ว ผู้ป่วยมีอาการหลักที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลมากเกินไปจนผิดปกติ เช่น คิดฟุ้งซ่าน สะดุ้งตกใจง่าย สมาธิหรือความจำแย่ลง มีอาการที่รู้สึกถูกกระตุ้นหรือตื่นตัวตลอดเวลา ใจสั่น เหงื่อแตก หายใจไม่อิ่ม หรือ อาจมีความคิดกังวลต่อโควิด-19 อย่างมากเกินไปจนมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง เช่น หลีกเลี่ยงการใช้บริการขนส่งสาธารณะเพราะกลัวว่าจะติดเชื้อโควิด-19 มีพฤติกรรมกระทำซ้ำๆ เพื่อตรวจตรา เช่น คอยตรวจหรือเฝ้าระวังอาการของโควิด-19 ในตนเอง รวมถึงมีความกังวลมากเกินไปว่าคนใกล้ชิดจะติดเชื้อโควิด-19 จนรบกวนการใช้ชีวิตด้านต่างๆ เช่น การดำเนินกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ความสัมพันธ์กับคนอื่น โดยอาการเหล่านี้ยังคงอยู่แม้ว่าจะหายจากอาการของโควิด-19 ไปแล้วมากกว่า 12 สัปดาห์ โดยไม่ได้มีสาเหตุจากโรคทางจิตเวชอื่น หรือโรคทางกายอื่น

ข้อมูลกลุ่มอาการสุขภาพจิตเบื้องต้นจากการสำรวจโดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต ในผู้ป่วยหลังติดเชื้อ Covid-19 นอกจากกลุ่มอาการนอนไม่หลับที่พบร้อยละ 13.30 ยังพบกลุ่มอาการวิตกกังวลร้อยละ 11.80 สอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศที่รายงานว่า พบกลุ่มอาการวิตกกังวลได้มากถึงเกือบหนึ่งในห้าของผู้ที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยระยะยาวของโควิด-19 จึงมีความจำเป็นที่ต้องจัดทำแนวทางการดูแลปัญหาอาการวิตกกังวล ในผู้ป่วยกลุ่ม post COVID-19 condition (Long COVID-19) เพื่อให้ทีมสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ สามารถทำการประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. วัตถุประสงค์ (Objective)

แนวทางปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินคัดกรองผลกระทบด้านอาการวิตกกังวลที่เกิดภายหลังจากการติดเชื้อโควิด-19 และให้การดูแลรักษา ติดตามและส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงประเมินค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการวิตกกังวล

3. กลุ่มเป้าหมาย (Target group)

คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวล หลังติดเชื้อโควิด-19 และหายดีแล้วอย่างน้อย 12 สัปดาห์ โดยประเมินจากการซักประวัติและแบบประเมิน GAD-7 ทั้งนี้อาการวิตกกังวลดังกล่าวไม่ได้มีสาเหตุจากโรคทางจิตเวชหรือโรคทางกายอื่น

4. การประเมินและตรวจสอบ (Assessment tool and investigation)

- ประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19 และระยะเวลาการป่วย
- ประวัติอาการวิตกกังวล ปัจจุบัน และสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล
- การประเมินตนเองด้วยแบบ GAD-7 ซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะวิตกกังวล
- การตรวจสุขภาพจิต

- การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการหากจำเป็น เพื่อหาสาเหตุอื่นที่อาจทำให้เกิดอาการวิตกกังวลหากจำเป็น เช่น ภาวะ hyperthyroidism ภาวะน้ำตาลในเลือดควบคุมไม่ได้ โรคที่เกี่ยวข้องกับหัวใจต่างๆ อาการถอนสุรา ภาวะเมากัญชา เป็นต้น ที่มีอาการแสดงเป็นอาการวิตกกังวลได้

5. การวินิจฉัย (Diagnosis)

ประวัติ : การซักประวัติว่าเคยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด ช่วง 3 เดือนก่อน ร่วมกับมีกลุ่มอาการของภาวะวิตกกังวล ได้แก่ ความวิตกกังวลเกินกว่าที่ควรจะเป็น คิดฟุ้งซ่าน สะดุ้ง ตกใจง่าย นอนไม่หลับ ใจลอย หลงลืม ร่วมกับมีอาการจากการ autonomic nervous system ทำงานมากเกินไป ทำให้เกิดอาการใจสั่น เหงื่อออก หายใจได้ไม่เต็มที่ มือเท้าชา แน่นท้อง เป็นต้น โดยมีการตรวจแยกโรคทางกาย จากระบบประสาทหรือสารเสพติด รวมทั้งการไม่พบประวัติของโรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และไม่มีพบอาการกังวลใจที่มาจากสาเหตุชักนำให้เกิดอาการอย่างชัดเจน ดังเช่นในภาวะการปรับตัวที่ผิดปกติ

ตรวจร่างกาย : และตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบสาเหตุของโรคทางกายอื่นที่ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล

การตรวจสภาพจิต (mental state examination) : พบอาการวิตกกังวล และอาจจะตรวจพบอาการอยู่ไม่นิ่ง (restlessness) กระสับกระส่าย (agitation) ไม่มีสมาธิหรือความสนใจจดจ่อ (distractibility) โดยพบอารมณ์กังวล กลัว ร่วมกับไม่พบความผิดปกติทางจิตอื่นๆ

6. แผนการรักษาและการดูแลรักษา (Planning and management care)

เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายสงสัย ใช้แบบประเมินภาวะวิตกกังวลเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ โดยใช้แบบประเมิน GAD7

- ระดับคะแนน 5-9 คะแนน ยังอยู่ในระดับเฉื่อยหรือสูงกว่าเกณฑ์เพียงเล็กน้อย สามารถให้ความรู้ในเรื่องอาการวิตกกังวล และใช้กระบวนการรักษาด้วยตนเอง เช่น สอนการผ่อนคลาย (relaxation technique) การฝึกหายใจ (breathing exercise) เป็นต้น แต่หากมีการติดตามแล้วระยะหนึ่งหลังให้ความรู้แล้วแต่พบว่าระดับคะแนนยังไม่ลดลงน้อยกว่า 9 คะแนน ควรพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินสถานะอื่นๆ หรือเริ่มต้นการรักษา

- ระดับคะแนน 10-14 คะแนน มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางซึ่งถือว่ามีความผิดปกติแล้ว ควรให้ความรู้เรื่องอาการวิตกกังวล และสอนวิธีการผ่อนคลาย (relaxation technique) ร่วมกับการฝึกหายใจ (breathing exercise) และมีการติดตามอีก 2 สัปดาห์ข้างหน้า

- ระดับคะแนน 15-21 คะแนน มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ควรพิจารณาเริ่มการให้การรักษาหรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์ และมีการติดตามอาการต่อเนื่อง

ในกรณีที่อาการรุนแรง เช่น ระดับคะแนน GAD7 ระดับคะแนน 15-21 คะแนน มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง หรือไม่ดีขึ้น ใช้วิธีให้คำปรึกษา (counseling) ร่วมกับการประเมินการให้ยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เช่น Fluoxetine, Sertraline หรือ Benzodiazepine ในขนาดต่ำ ๆ เช่น Diazepam Lorazepam ร่วมกับการมีการติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้สามารถพิจารณาให้ยาทั้งสองกลุ่มร่วมกันได้ในระยะเริ่มต้นเพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้น

การให้ยารักษา (medical treatment)

1. SSRIs ที่มีใช้ทั่วไปในสถานบริการของประเทศทุกระดับ คือ

a. fluoxetine ขนาด 20 มิลลิกรัม ต่อวันในตอนเช้า ขนาดสูงสุดไม่เกิน 80 มิลลิกรัม ต่อวัน

b. sertraline ขนาด 50 มิลลิกรัม ต่อวันในตอนเช้า ขนาดสูงสุดไม่เกิน 200 มิลลิกรัม ต่อวัน

หลักการในการใช้ยาในกลุ่มนี้คือค่อย ๆ ปรับเพิ่มหลังจากเริ่ม เพื่อให้ระดับยาในร่างกายถึงระดับการรักษาในเวลา 2-4 สัปดาห์ โดยมีการติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อนึ่งในการรักษาอาการวิตกกังวล ขนาดยาที่ใช้จะไม่สูงจนถึงขนาดสูงสุด ดังเช่นที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า หลังจากสามารถคุมอาการได้ดีแล้ว ควรให้ใช้ยาต่อเนื่องจนสามารถคุมอาการได้ จึงพิจารณาลดยาที่เวลา 6-9 เดือน

2. Benzodiazepines ที่มีใช้ทั่วไปในสถานบริการของประเทศทุกระดับ คือ

a. diazepam ขนาด 2- 10 มิลลิกรัมต่อวัน ก่อนนอน หรือกระจายทั้งวันในขนาดต่ำ โดยในการรักษาความวิตกกังวลไม่ควรเกิน 10 มิลลิกรัม

b. lorazepam ขนาด 2- 6 มิลลิกรัมต่อวัน ก่อนนอน หรือกระจายทั้งวันในขนาดต่ำ โดยในการรักษาความวิตกกังวลไม่ควรเกิน 10 มิลลิกรัม

หลักการในการใช้ยาในกลุ่มนี้คือเป็นยาที่สามารถใช้ร่วมในช่วงแรกของการรักษาระหว่างรอให้ยาในกลุ่ม SSRIs ถึงระดับการรักษา และ/หรือหากมีอาการมากก็จะสามารถช่วยให้คุมอาการได้ดีขึ้น และค่อยๆปรับลดลงจนเหลือแต่ยาในกลุ่ม SSRIs หลังอาการดีขึ้น โดยมากจะใช้เวลาประมาณ 4 – 6 สัปดาห์ จากนั้นค่อยๆ ลดขนาดลงช้าๆ เช่น ร้อยละ 25 ต่อ สัปดาห์ จนหมดในเวลา 4-8 สัปดาห์

การให้การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial management)

การให้คำแนะนำการดูแลด้านจิตสังคม เป็นสิ่งสำคัญไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับยาหรือไม่ก็ตาม ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องอาการแก่ผู้ป่วยและญาติ การสอนการผ่อนคลาย (relaxation technic) การสอนการฝึกการหายใจ (breathing exercise)

ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือไม่ดีขึ้นจากการแนะนำการดูแลทางจิตสังคมเบื้องต้น จะใช้การให้คำปรึกษา (basic counseling) ในกรณีที่รักษาด้วยยาและข้างต้นไม่ดีขึ้น ให้ใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioural therapy) หากมีบุคลากรที่สามารถให้การรักษาได้

7. การส่งต่อ (Referral)

ในกรณีที่ตรวจพบการสูญเสียหน้าที่หรือคุณภาพชีวิต หรือมีโรคร่วมอื่นๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความคิดทำร้ายตนเอง มีการใช้สุรา หรือ สารเสพติด ควรส่งพบจิตแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษา

8. ค่าบริการ

- ค่าบริการผู้ป่วยนอก 150 บาท
- สุขภาพจิตศึกษา 250 บาท
- ค่ายา

Fluoxetine	= 1.50 บาท
Sertraline	= 3.50 บาท
Diazepam (2 mg)	= 0.75 บาท
Diazepam (5 mg)	= 1.00 บาท
Clorazepate (5 mg)	= 1.50 บาท
Lorazepam (0.5)	= 1 บาท

รวมราคาโดยประมาณ 500 บาทต่อครั้ง

รวมค่าบริการเฉลี่ย 1,000 บาท (2 visits)

อ้างอิงจาก 1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องอัตราค่าบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2562

2. อัตราค่าบริการสาธารณสุขสำหรับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

9. แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (GAD-7)

ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณ

- รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล หรือ กระวนกระวาย
 - ไม่เลย (0 คะแนน)
 - บางวัน (1 คะแนน)
 - เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา (2 คะแนน)
 - เกือบทุกวัน (3 คะแนน)
- ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมความกังวลได้
 - ไม่เลย (0 คะแนน)
 - บางวัน (1 คะแนน)
 - เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา (2 คะแนน)
 - เกือบทุกวัน (3 คะแนน)
- กังวลมากเกินไปในเรื่องต่างๆ
 - ไม่เลย (0 คะแนน)
 - บางวัน (1 คะแนน)
 - เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา (2 คะแนน)
 - เกือบทุกวัน (3 คะแนน)
- ทำตัวให้ผ่อนคลายได้ยาก
 - ไม่เลย (0 คะแนน)
 - บางวัน (1 คะแนน)
 - เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา (2 คะแนน)
 - เกือบทุกวัน (3 คะแนน)

5. รู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่สามารถนั่งนิ่งๆ ได้

- ไม่เลย (0 คะแนน)
- บางวัน (1 คะแนน)
- เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา (2 คะแนน)
- เกือบทุกวัน (3 คะแนน)

6. กลายเป็นคนขี้รำคาญ หรือ หงุดหงิดง่าย

- ไม่เลย (0 คะแนน)
- บางวัน (1 คะแนน)
- เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา (2 คะแนน)
- เกือบทุกวัน (3 คะแนน)

7. รู้สึกกลัวเหมือนว่าจะมีอะไรร้ายๆ เกิดขึ้น

- ไม่เลย (0 คะแนน)
- บางวัน (1 คะแนน)
- เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา (2 คะแนน)
- เกือบทุกวัน (3 คะแนน)

ขอให้ท่านรวบรวมคะแนนตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 7 (นำคะแนนทั้งหมดที่ได้มาบวกกัน)

- ได้ 0-9 คะแนน หมายถึง ท่านมีความวิตกกังวลในระดับเฉื่อยหรือสูงกว่าเกณฑ์เฉื่อย
เพียงเล็กน้อย

- ได้ 10-14 คะแนน หมายถึง ท่านมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และควรทำ
แบบประเมินซ้ำในอีก 1-2 สัปดาห์

- ได้ 15-21 คะแนน หมายถึง ท่านมีความวิตกกังวลในระดับสูง ควรได้รับการประเมิน
จากผู้เชี่ยวชาญ

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. Nikčević, A. V., & Spada, M. M. The COVID-19 anxiety syndrome scale: Development and psychometric properties. *Psychiatry research*; 2020; 292:113322.
6. 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.
7. Porter C, Favara M, Hittmeyer A, Scott D, Sánchez Jiménez A, Ellanki R, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on anxiety and depression symptoms of young people in the global south: evidence from a four-country cohort study. *BMJ Open*; 2021;11(4): e049653.
8. Raveendran, A. V., Jayadevan, R., & Sashidharan. Long COVID: An overview. *Diabetes & metabolic syndrome*; 2021; 15(3): 869–875.
9. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. *The Lancet*; 2021;397(10277):914–27.
10. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantle N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*; 2019;393(10173):768–77.



**รายนามคณะกรรมการจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่มีภาวะ long COVID
ในกลุ่มอาการทางสุขภาพจิต ประกอบด้วย**

1. นายแพทย์ชินโรส ลีสวัสดิ์	ที่ปรึกษา	กรมสุขภาพจิต
2. นายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล	ที่ปรึกษา	กรมสุขภาพจิต
3. นายแพทย์ธรรณิษฐ์ กองสุข	ประธานคณะกรรมการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
4. นายแพทย์วิญญู ชะนะกุล	คณะกรรมการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
5. นายแพทย์พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ	คณะกรรมการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
6. นายแพทย์นพพร ตันติรังสี	คณะกรรมการ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12
7. แพทย์หญิงวิรัชพัชร กิตติระระพันธ์	คณะกรรมการ	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
8. นายแพทย์สุทธา สุปัญญา	คณะกรรมการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
9. แพทย์หญิงทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล	คณะกรรมการ	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
10. แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง	คณะกรรมการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
11. นางศศกร วิชัย	คณะกรรมการ	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
12. เกศจักรหญิงอรภรณ์ สอนซัง	คณะกรรมการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
13. นางสาวอุทยา นาคเจริญ	คณะกรรมการ	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
14. นางภัทรวรรณ สุขยิธี	คณะกรรมการ	โรงพยาบาลศรีธัญญา
15. นางสาวภูษณิศา ชัยวิรัตน์กุล	คณะกรรมการ	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
16. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	คณะกรรมการและ เลขานุการ	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
17. นางสาวชนิกรรดา ไทยสังคม	คณะกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต