



ข้อเสนอแนะสำหรับแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

อ.นพ. พร ทิสยามกร
รศ.นพ. พิชัย อภิภูสสุกุล

ในสถานการณ์ที่มีระบาดของโรค COVID 2019 ในขณะนี้ ทางราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จึงมีข้อเสนอแนะสำหรับแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. ปฏิบัติทางจิตใจที่พบได้บ่อย
2. วิธีการปฏิบัติตัวสำหรับแพทย์ประจำบ้าน
3. วิธีป้องกันตนเองในการทำงาน
4. Psychiatric intervention ที่มีประโยชน์

1. ปฏิบัติทางจิตใจที่พบได้บ่อย

- บุคคลทั่วไป ผู้ป่วยทางกายทั่วไป หรือ ผู้ป่วยทางจิตเวชเดิมส่วนใหญ่มักจัดการกับความเครียดที่เกิดจากโรคระบาดด้วยตนเองได้ดีพอสมควร
- การตอบสนองทางจิตใจของบุคคลในสังคมมักเป็นไปตามความเสี่ยงที่บุคคลนั้นรับรู้ (perceptual risk) ไม่ใช่ความเสี่ยงที่เป็นจริง (actual risk)
- ความกลัวว่าความเจ็บป่วยจะติดต่อมาสู่ตนเองและครอบครัว (ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลทั่วไป) ความกลัวต่อความไม่แน่นอนของสถานการณ์ เป็นความรู้สึกที่พบและเกิดได้เป็นปกติ
- ในบางรายอาจมีลักษณะของ acute stress disorder หรือ posttraumatic stress disorder ได้
- บางรายอาจมีอาการกลัวกังวล นอนไม่หลับ หงุดหงิด แยกตัว พฤติกรรมถดถอย หรือ อยากดื่มสุรายาเสพติด
- ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ได้รับการวินิจฉัย หรือถูกการกักกันโรค อาจเกิดความรู้สึกเหงา (loneliness) โดดเดี่ยว (isolation) แยกแยก (alienated) และเป็นตราบาป (stigmatized)
- คนในสังคมอาจเกิดความรู้สึกหวาดระแวง หวาดผวา ควบคุมอารมณ์ไม่อยู่ หาแพะรับบาป (scapegoating) เนื่องจากกลัวการแพร่ระบาดของไวรัส
- มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ถ่วงเวลาการรับตรวจรักษา หรือ ขอเข้ารับการรักษาตรวจรักษามากเกินไป ซึ่งเป็นผลจากความหวาดกลัว เป็นแพะรับบาป และตราบาปในสังคม ส่งผลมีปัญหาในการควบคุมโรคและการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ในการควบคุมโรคเกินความจำเป็น

- psychological reaction จากกระบวนการตรวจเลือดอาจมีความคล้ายคลึงกับการรอฟผลการวินิจฉัยโรคร้ายแรง เช่น HIV/AIDS, cancer
- หากผลตรวจ พบว่ามีโรคอาจเกิด psychological reaction to bad news คือ denial, anger, bargaining, depression, acceptance ได้
- บางรายอาจมี hyperventilation, anxiety attack, panic attack, anger/frustration, claustrophobic reaction, separation anxiety reaction/ acute stress reaction, suicidal urge, emotional/ physical outburst ขณะอยู่ในกระบวนการการตรวจรักษา หรือ การกักตัว
- บางรายอาจมีความกังวลเกี่ยวกับการติดโรค หรือ เป็นโรคโดยที่ยังไม่เป็นจริง เช่น hypochondriac/illness anxiety reaction, somatic symptom (somatization), conversion, obsessive-compulsive symptoms
- ในรายที่มีความเสี่ยงทางจิต หรือ มีอาการโรคจิตอยู่เดิม อาจเกิดอาการเชื่อหลงผิดที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่น delusional fear related to being contagious/ ill, somatic delusion, delusional parasitosis อาการเหล่านี้อาจพบในโรค schizophrenia, schizoaffective disorder, delusional disorder, mood with psychosis เป็นต้น
- ผู้ที่กำลังรอผลตรวจ หรือได้รับผลตรวจยืนยันว่าติดเชื้อ COVID-19 ที่มีอาการทางร่างกายรุนแรง เช่น ไข้สูง หายใจเร็ว สัญญาณชีพอื่นๆ ผิดปกติ หรือมีค่าออกซิเจนในเลือดผิดปกติ สามารถแสดงอาการทางจิตทุกอย่างข้างต้นร่วมด้วยได้ รวมถึงหากเจ็บป่วยมากอาจมีอาการของ delirium ออกมาได้ ดังนั้นให้สงสัยว่ามีปัญหาทางร่างกายและตรวจไปตามกระบวนการทางอายุรกรรมให้แน่นอน ก่อนที่จะสรุปว่าเป็นปัญหาทางจิตเวชเพียงอย่างเดียว
- ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปไม่ว่าจะเป็น psychotic/mood/anxiety/OCD/Somatic symptom/personality disorder สามารถมีความกังวล หรืออาการเพิ่มขึ้นได้ในขณะนี้ เนื่องจากการระบาดของโรคเป็นความเครียดที่กระทบกับบุคคลได้รุนแรง
- สถานการณ์ทางจิตเวชที่รุนแรงแต่มีโอกาสน้อยมาก คือ mass psychogenic/sociogenic illness (อุปาทานหมู่-mass hysteria) ซึ่งคนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง คือผู้ป่วยอายุน้อยที่อยู่กันเป็นกลุ่มปิด เช่น โรงเรียน ค่ายทหาร สถานสงเคราะห์

2. Psychiatric intervention ที่อาจมีประโยชน์ในสถานการณ์ COVID-19

2.1 Psycho-education & supportive counselling:

Validate ว่าความรู้สึกทุกข์ทางจิตใจที่สัมพันธ์กับโรค COVID-19 มีอยู่จริง

Normalize ว่าความทุกข์เหล่านี้เกิดขึ้นกับคนไข้หลายๆ คน หรือแม้แต่ตัวแพทย์เองก็ยิ่งกังวล

Empathetic listening ให้คนไข้ได้ ventilate ความกลัว

Support ว่า การที่มีอาการ หรือ มีประวัติ exposed แล้วมาขอรับการตรวจทันทีเป็นสิ่งที่เหมาะสม จะเป็นการรักษาต้นและลดการแพร่เชื้อในครอบครัวและสังคม

สร้าง hope ว่าการรักษาทางการแพทย์ของประเทศไทยมีประสิทธิภาพดีพอควร คนใช้ส่วนใหญ่หายได้ เพียงแต่ใช้เวลาเป็นสัปดาห์ สังคมไทยเคยผ่านเรื่องยากๆ มากแล้วและเราจะช่วยกันผ่านไปอีกครั้ง

สร้าง connectedness ว่าผู้ป่วย ครอบครัว ทีมแพทย์พยาบาล และผู้คนในสังคมจะช่วยกันดูแลซึ่งกันและกันเพื่อให้ผ่านพ้นความทุกข์ต่างๆ กันไปได้

Reframe ว่าการรับการรักษาและกักกันเชื่อเป็นโอกาสฟื้นฟูร่างกาย พักผ่อน ทำงาน หรือทำอะไรที่คั่งค้างไว้และเป็นตัวอย่างที่ดีในการรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

Reassure ว่าทีมแพทย์พยาบาลจะดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย

Educate เรื่อง morbidity/mortality ของโรคว่าไม่สูงมาก (ตัวเลข mortality ในบางการศึกษาเท่ากับ 0.2% สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่สุขภาพแข็งแรงดี และ 80% ของผู้ป่วยมักมีอาการไม่รุนแรง)

Correct ความเชื่อที่ผิดในสังคมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ส่งผลให้เกิดความตื่นกลัว

Normalize ว่าการอยู่โรงพยาบาลช่วงแรกๆ อาจรู้สึกกลัวกังวล เครียด โกรธหงุดหงิด นอนไม่หลับ ได้เป็นปกติในผู้ป่วยทุกโรค

Build emotional awareness รวมถึงความรู้สึกด้านลบที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย และเชื่อมโยง

negative emotion ที่เกิดขึ้นเข้ากับ coping skills ที่ผู้ป่วยมีอยู่เดิม

Educate ว่าถ้ามีคำถามอะไรที่กังวลก็สนับสนุนให้ถามกับทีมแพทย์พยาบาล ถ้ายังเครียดอยู่ก็สามารถขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมได้ หรือขอความช่วยเหลือกังวล หรือ ยาช่วยนอนหลับได้

Educate ว่าหากมีความเครียดรุนแรง เช่น กลัวตกใจสุดขีด นอนไม่หลับทั้งคืน สะดุ้ง ฝันร้าย เศร้าร้องไห้ตลอด คิดอยากฆ่าตัวตายทำร้ายตนเอง หรือมีอาการภาพหลอน หูแว่ว หวาดระแวง ให้แจ้งทีมแพทย์พยาบาล ตามที่ทีมจิตแพทย์มาช่วยประเมินได้

Suggest ว่าสามารถใช้ โทรศัพท์ social media ดู TV ฟังเพลง อ่านหนังสือ เพื่อลดความเครียดได้ ให้ญาตินำของใช้ส่วนตัวที่จำเป็นและชอบ รูปภาพ ตุ๊กตา ที่คุ้นเคยมาได้

Suggest ให้คนใช้ลดการเสพข่าวเรื่องการติดเชื้อ COVID-19 หรือเรื่องเครียดอื่นๆ ให้น้อยที่สุด ถ้าจะอ่านข่าวแนะนำตามข่าวจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ แนะนำให้เสพสื่อด้านอื่นๆ ที่เป็นการผ่อนคลาย

Teach วิธีการลดผ่อนคลายต่างๆ เช่น breathing exercise, muscle relaxation, mindfulness technique

2.2 Psychopharmacological management

อาการนอนไม่หลับ อาจใช้ยาต่อไปนี้ ได้แก่ prolonged release melatonin 2 mg, zolpidem 2.5-5 mg., trazodone 25-100 mg., lorazepam 0.5-1 mg., quetiapine 12.5-50 mg.

อาการกลัว วิตกกังวล แพนิค หรือ phobia อาจใช้ยาต่อไปนี้ได้แก่ lorazepam 0.5-1 mg./dose ได้ทุก 6-8 ชั่วโมง ระวังการให้ long acting benzodiazepine เนื่องจากเกิดการหายใจ และออกฤทธิ์นาน

อาการ severe anxiety attack, agitation, aggression, violence อาจใช้ยาต่อไปนี้ได้แก่ haloperidol 2.5-5 mg. IV/IM diazepam 5-10 mg. IV/IM ได้ทุก 4 ชั่วโมง (หากได้ diazepam ติดตามการหายใจ), แนะนำให้ตรวจตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) 12 leads หากผู้ป่วยได้ haloperidol

ยาอื่นๆ ที่อาจใช้ได้สำหรับอาการกังวล และ agitation ได้แก่ haloperidol, risperidone, quetiapine, olanzapine

อาการ delirium/confusion/organic psychiatric presentation อาจใช้ยาต่อไปนี้ได้แก่ haloperidol 0.5-2 mg./day, risperidone 0.5-4 mg./day, quetiapine 12.5-100 mg./day, olanzapine 2.5-10 mg./day, aripiprazole 1-10 mg./day

อาการวิตกกังวล และซึมเศร้าในระยะยาว: อาจให้ยาต่อไปนี้ได้แก่ sertraline 25-50 mg. /day, escitalopram 5 -10 mg/day ระวังการรบกวนหลักในผู้ป่วยที่ได้ยา mirtazapine ระวัง worsening anxiety/fear/agitation ในผู้ป่วยที่ได้ยากลุ่ม serotonin-norepinephine reuptake inhibitor หลีกเลี่ยงการใช้ fluoxetine, paroxetine, duloxetine, TCA เนื่องจาก drug interaction และ side effects

For intubated ICU patient with agitation: แนวทางการใช้ยาเหมือนในภาวะ delirium แต่อาจประสานกับแพทย์อายุรกรรม และวิสัญญีแพทย์ ให้ใช้ propofol/fentanyl/dexmedetomidine ช่วยทำให้คนไข้สงบแทน

ในผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชอยู่เดิมก่อนป่วย แนะนำให้ใช้ชนิดยาและขนาดเดิม

หลีกเลี่ยงยาที่กดการหายใจ เช่น long acting benzodiazepine และให้ยาในขนาดสูง, หรือ gabapentinoid class

ยากลุ่ม antiretroviral ที่ผู้ป่วย COVID-19 ได้รับ เช่น chloroquine, lopinavir-ritonavir, darunavir, favipiravir อาจเพิ่ม หรือลดระดับยาจิตเวชหลายๆ ชนิดได้ ผ่าน CYP450 2D6,3A4 จึงควรตรวจสอบ drug interaction ก่อนให้ยาจิตเวช เริ่มใช้ยาในระดับต่ำและเพิ่มยาช้าๆ หรือเลือกยาที่ไม่มีผลต่อ CYP

ยากลุ่ม antiretroviral หรือ corticosteroid ที่ผู้ป่วยได้รับ มีรายงานว่าทำให้เกิดอาการทางจิตเวชได้บ้าง แต่ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาอาการทางกายเป็นหลัก แนะนำให้ใช้ยาเหล่านั้นต่อไป และให้ยาจิตเวชเพื่อควบคุมอาการทางจิตที่เกิดขึ้น

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการใช้ยาทางจิตเวชเพื่อรักษาอาการของผู้ป่วยที่มีอาการในระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะยาในกลุ่ม benzodiazepine ควรให้ยาในระยะสั้น และมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะๆ ถึงความจำเป็นจะต้องใช้ยา

3. วิธีการปฏิบัติตัวสำหรับแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์

- ปฏิบัติตามหลักการ universal precaution ในการดูแลผู้ป่วยและการดำเนินชีวิตอย่างเคร่งครัด

- ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยและเข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการตามปกติ จนกว่าจะมีประกาศจากกระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ หรือ ภาควิชา
- หาความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ตามแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือ โดยเฉพาะในเรื่องของวิธีการติดเชื้อ ความเสี่ยงของผู้ป่วยในการติดเชื้อ การป้องกัน อาการและอาการแสดง การตรวจเบื้องต้น ตัวเลขอัตราการเจ็บป่วยเสียชีวิตเบื้องต้น เพื่อนำไปใช้ในการให้ psycho-education/counselling ผู้ป่วย
- พักผ่อน นอนให้พอ ออกกำลังกาย พูดคุยสื่อสารกันกับเพื่อนและครอบครัว ทำกิจกรรมลดความเครียดต่างๆ ที่เคยทำอยู่อย่างต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงสุรา/สารเสพติด หลีกเลี่ยงการทำงานติดต่อกันเกิน 24 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการสำคัญ ของจิตแพทย์คือการดูแลหัวใจตัวเองและคนที่เรารักให้ดีกว่าก่อน แล้วเราจะช่วยเหลือผู้อื่นได้ดีต่อไป
- ให้กำลังใจ ให้ความหวังซึ่งกันและกัน ขอขอบคุณและชื่นชมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ควรหาโอกาสช่วยรับฟัง พูดคุยรวมถึงอาจให้คำแนะนำสั้นๆ ในการดูแลจิตใจผู้ป่วยและดูแลสุขภาพจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ
- ถ้ามีความวิตกกังวลอะไรเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วย การเรียน หรือ สุขภาพของตน ให้บอกอาจารย์ บอกกับทาง คณะกรรมการแพทย์ประจำบ้านได้เพื่อพิจารณาปรับปรุงการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่อไป
- ถ้ารู้สึกเครียดมาก burnout หรือ รู้สึกไม่สบายร่างกาย หรือ มีความเสี่ยงในการสัมผัสโรค ให้แจ้งอาจารย์ ที่ปรึกษาแพทย์ประจำบ้านทันที

วิธีการป้องกันตัวเองในการทำงาน

1. การตรวจผู้ป่วยนอก

- มีการคัดกรองความเสี่ยงการแพร่ระบาดตามมาตรการควบคุมโรคในผู้ป่วยและญาติทุกรายที่มาที่ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก
- หากพบผู้ป่วยมีความเสี่ยง เช่น มีไข้ ไอ มีประวัติไปประเทศเสี่ยง ให้ส่งผู้ป่วยไปจุดคัดกรองตามระบบของโรงพยาบาล
- แนะนำให้แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ใส่หน้ากากในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกราย โดยอาจบอกผู้ป่วยและญาติตั้งแต่เริ่มทำการสัมภาษณ์ว่าเป็นนโยบายของโรงพยาบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อ อาจเปิดหน้ากากให้เห็นแพทย์ช่วงสั้นๆ ตอนเริ่มสัมภาษณ์เพื่อเกิดการสร้าง relationship ได้บ้าง ส่วนผู้ป่วยจะใส่หรือไม่ใส่ก็ได้เพราะแพทย์อาจต้องดู non-verbal expression ระหว่างการสัมภาษณ์
- หมั่นล้างมือบ่อยๆ โดยต้อง ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังตรวจหรือสัมผัสผู้ป่วย
- ในผู้ป่วยที่อาการคงที่อาจตัดสินใจนัดติดตามการรักษาให้ห่างขึ้นเพื่อลดการเดินทางมาโรงพยาบาล
- ในทางตรงข้าม ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงไม่คงที่ หรือ มีอาการแย่ลงจากความเครียดในปัจจุบัน อาจพิจารณาให้การรักษาทางจิตเวชที่เข้มข้นขึ้น มีความถี่สม่ำเสมอขึ้น เพื่อป้องกันอาการกำเริบ หรือ การต้องรับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

- ผู้ป่วยสูงอายุ หรือ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอาจพิจารณานัดห่าง หรือ ให้ญาติมารับยาแทนในครั้งหน้า
- อาจพิจารณาให้เพิ่มปริมาณยาสำรองในผู้ป่วยบางรายที่คาดการณ์ว่าอาจมีอุปสรรคในการเดินทางมารับยาหากเกิดการระบาดในวงกว้าง เพื่อป้องกันการขาดยา
- อาจประสานทีมพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การช่วยเหลือเชิงรุกในเคสที่มีความเสี่ยงทางจิตเวชสูง

2. การตรวจผู้ป่วยใน

- มีการคัดกรองความเสี่ยงการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยทุกรายที่จะเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช
- ไม่แนะนำให้ admit ผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยจิตเวชหากยังไม่มีข้อมูลชัดเจนเรื่องประวัติการติดเชื้อ COVID-19 เนื่องจากหากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเข้าไปอาจต้องกักตัวผู้ป่วย และทีมแพทย์พยาบาลอื่นๆ รวมถึงงดการ admit ผู้ป่วยรายอื่นอีกหลายวัน

3. การตรวจผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน

- ห้องฉุกเฉินเป็นด่านแรกของโรงพยาบาลที่บุคลากรต้องมีความระมัดระวังเป็นอย่างสูง แพทย์ประจำบ้านพึงปฏิบัติตาม universal precaution และคำแนะนำของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด

4. การรับปรึกษาทางจิตเวชสำหรับผู้ป่วยทางกาย (Consultation-Liaison setting)

- แนะนำให้เก็บข้อมูลผู้ป่วยและความเจ็บป่วยให้ละเอียดทางเวชระเบียนและทีมแพทย์พยาบาลเจ้าของใช้บางสถาบันอาจพิจารณาใช้ระบบโทรศัพท์ หรือ telemedicine ระหว่างหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อให้จิตแพทย์สามารถพูดคุยประเมินกับผู้ป่วยเบื้องต้นโดยไม่ต้องไปสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง หากประเมินแล้วอาการไม่รุนแรงอาจแนะนำให้ทีมเจ้าของใช้ให้การรักษเบื้องต้นไปก่อนได้เลย หากประเมินแล้วมีอาการรุนแรง เช่น มี moderate- severe depression/ anxiety, suicidality, delirium, other major psychiatric illness ให้แพทย์ประจำบ้านเข้าประเมินผู้ป่วยโดยใส่ชุดป้องกันเต็มที่ตามที่บริเวณคัดกรอง หรือ ตามที่หอผู้ป่วยนั้นๆ แนะนำ

- การเข้าตรวจผู้ป่วยที่เป็น COVID-19 แนะนำให้แจ้งอาจารย์และแพทย์ประจำบ้านอาวุโสประจำสายรับปรึกษาทราบ เพื่อวางแผนการดูแลและเข้าไปตรวจเคสพร้อมกัน ลดจำนวนครั้งและเวลาในการสัมผัสผู้ป่วยใช้เวลารบกวผู้ป่วยไม่นานเกินไป โดยการป้องกันเต็มที่ตามที่หอผู้ป่วยนั้นๆ แนะนำ และเพื่อวางแผนให้การรักษากับทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และปลอดภัย
