

The Association Between Lifestyle Risk Factors and Long COVID Syndrome in Outpatient Clinic Chiang Rai Regional Hospital, Chiang Rai

Sean Boonprasert, M.D.*

Abstract

Objective: To determine the prevalence of long COVID syndrome in the outpatient clinic of Chiang Rai Regional Hospital and to identify lifestyle risk factors and biometric parameters in patients with non-communicable and other common illnesses who are at increased risk of developing long COVID syndrome.

Methods: Accurate data were collected from outpatients previously infected with COVID-19 through a cross-sectional case-control study conducted between January 1, 2024, and June 30, 2024. The data were analyzed using the Chi-Square test and Fisher's Exact test, in combination with binary logistic regression. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant. Odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CIs) that did not include 1 were considered statistically significant.

Results: A total of 317 patients who were previously infected with COVID 19 virus were obtained from the study, 156 people were found to have long COVID syndrome. The prevalence of long COVID syndrome was 49.2%. The demographic characteristic and lifestyle risk factors for long COVID syndrome are patients with, hypertension, has a significantly higher risk of developing long COVID syndrome compare to the general population (OR 2.55), Skipping breakfast (OR 2.48), using electronic cigarette more than 6 month (OR 5.3), Consume fewer than 3 servings of fruits and vegetables per day (OR 4.54), (OR 4.50), drinking more than 3 days per week (OR 3.35), exercise less than 3 times per week (OR 5.56), sleeping time less than 4 hrs. per day (OR 5.80), sleeping time 5-6 hrs. per day (OR 4.36), received fewer than 4 doses of the vaccine (OR 1.76), contracted COVID 19 more than once (OR 5.14), Treated with the antiviral drug Molnupiravir (OR 10.40), HbA1C >7mg/dl (OR 2.08), Triglyceride >250 mg/dl (OR 1.61), Systolic blood pressure > 140 mmHg (OR 9.70), Thai CV risk score > 10% (OR 3.30), Chest X-ray finding classified as RAMA Co-RADS 3 or higher (11.20) have limited data, making it premature to draw conclusions.

Conclusion: The concept of lifestyle Medicine have a benefit to promote health in Thai people to reduced the Morbidity and Mortality from NCD and non NCD people which has a strong potential to reduce the risk of long COVID syndrome in patients who infected by SARS-CoV-2 and improve the of long-term care outcome in this group of patientin Ministry of Public Health in Thailand. In patients with NCD who were infected with COVID-19, capable to control HbA1C, serum triglyceride level proper systolic blood pressure, reducing the Thai cardiovascular risk score below 5% have shown that lower the risks of long COVID syndrome too.

Keywords: COVID-19 infection; long COVID syndrome; lifestyle medicine; 6 pillars in lifestyle medicine

*Department of preventive medicine, Chiangrai Prachanukroh Hospital

Received: December 23, 2024; Revised: March 3, 2025; Accepted: April 10, 2025

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมดำรงชีวิตและภาวะลงโควิด ในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เชียงราย

ซอน บุญประเสริฐ, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อหาความชุกของภาวะลงโควิดในผู้ป่วยที่มีประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ รวมถึงการพิจารณาถึงพฤติกรรมดำรงชีวิตและมาตรวัดทางชีวภาพ (biologic parameter) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงของการเกิดภาวะลงโควิด โดยอิงจากกรอบแนวคิดของวิชาเวชศาสตร์วิถีชีวิต

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ cross sectional case control study รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยคลินิกผู้ป่วยนอกที่มีประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2567 ถึง 30 มิถุนายน 2567 วิเคราะห์ผลการศึกษาโดยใช้ Chi-Square test, Fisher's Exact test ร่วมกับ Binary logistic regression, ยอมรับค่า p-value น้อยกว่า 0.05 และวิเคราะห์หาค่า Odds Ratio โดยใช้ 95% confidence interval ไม่คร่อม 1 จึงจะถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา: จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 317 ราย พบผู้ป่วย 156 รายมีภาวะลงโควิดคิดเป็นความชุกร้อยละ 42.9 พบว่า พฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะลงโควิด คือ โรคความดันโลหิตสูง (OR 2.55) การไม่รับประทานอาหารเช้า (OR 2.48) การใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่า 6 เดือน (OR 8.59) ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (OR 6.79) เวลานอนไม่เกิน 4 ชั่วโมงต่อวัน (OR 5.80) เวลานอน 5-6 ชั่วโมงต่อวัน (OR 4.36) รับประทานผักผลไม้ไม่น้อยกว่า 3 มื้อต่อวัน (OR 4.54)(OR 4.50) ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ฉีดวัคซีนน้อยกว่า 4 เข็ม (OR 1.76) ติดเชื้อเป็นครั้งที่ 2 (OR 5.14) รักษาด้วย Molnupiravir (OR 10.40) ในส่วนของปัจจัยที่เป็นมาตรวัดทางชีวภาพพบว่าระดับ HbA1C มากกว่า 7 mg/dl (OR 2.08) Triglyceride มากกว่า 250 mg/dl (OR 1.61) Systolic blood pressure มากกว่า 140 mmHg (OR 9.70) Thai cardiovascular risk score มากกว่า 10% (OR 3.30) CXR RAMA Corads category 3 (OR 11.20)

สรุป: แนวคิดของเวชศาสตร์วิถีชีวิตนอกจากจะช่วยส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดีแล้วยังพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว ยังสามารถลดการเกิดภาวะลงโควิดในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ได้ นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อการควบคุมมาตรวัดทางชีวภาพของโรคเป็นอย่างเหมาะสมยังสามารถลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะลงโควิดลงได้เช่นกัน อันจะเป็นผลดีในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อโควิด 19; ภาวะลงโควิด; เวชศาสตร์วิถีชีวิต; 6 เสาหลักของแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต

*ภาควิชาเวชกรรมป้องกัน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ได้รับต้นฉบับ: 23 ธันวาคม 2567; แก้ไขบทความ: 3 มีนาคม 2568; รับลงตีพิมพ์: 10 เมษายน 2568

บทนำ

การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 หรือโรคโควิด 19 นับเป็นการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอุบัติใหม่ครั้งใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก สถานการณ์การติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เริ่มเกิดการระบาดขึ้นตั้งแต่ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 จนถึงในช่วงเดือนมกราคม 2567 พบมีประชากรทั่วโลกติดเชื้อแล้ว 750 ล้านราย ในกว่า 225 ประเทศ⁽¹⁾ ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการรุนแรงหรือมีปอดอักเสบรุนแรงได้ร้อยละ 29⁽¹⁾ และมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อมากกว่า 6 ล้านคน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 1.31 เชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เป็นเชื้อไวรัสในกลุ่ม Betacoronavirus ซึ่งก่อนหน้านี้มีสายพันธุ์ที่ไม่ก่อโรครุนแรงในโลก 4 สายพันธุ์ และต่อมาเกิดการระบาดของสายพันธุ์ก่อโรครุนแรง 2 สายพันธุ์ คือ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (severe acute respiratory syndrome, SARS) ซึ่งเกิดจากเชื้อ SARS-CoV ที่มีการระบาดในช่วงปี 2545 และอีกครั้ง คือ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (middle east respiratory syndrome, MERS) ซึ่งเกิดจากเชื้อ MERS-CoV ที่มีการระบาดในช่วงปี พ.ศ. 2555⁽²⁻³⁾ สำหรับโรคโควิด 19 ที่มีการระบาดในปัจจุบันจัดเป็นการระบาดของสายพันธุ์รุนแรง เป็นสายพันธุ์ที่ 3 ซึ่งเกิดจากเชื้อ SARS-CoV-2 การที่เชื้อก่อโรคเป็นเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ทำให้นักวิทยาศาสตร์ยังไม่มีความคุ้นเคยที่จะจัดการกับเชื้อได้อย่างรวดเร็ว จึงเกิดการแพร่กระจายและความเจ็บป่วยได้อย่างแพร่หลายและเมื่อมีการเพิ่มจำนวนของเชื้อในร่างกายปริมาณมาก ส่งผลทำให้เกิดความเสียหาย

ต่อการทำงานของอวัยวะของร่างกาย โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ประกอบกับเมื่อร่างกายของผู้ติดเชื้อเริ่มมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสในช่วงต่อมาจึงทำให้เกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงต่อระบบทางเดินหายใจได้มาก⁽⁴⁾ นอกจากนี้โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งเรียกว่าภาวะลองโควิด อ้างอิงจากนิยามองค์การอนามัยโลก ประกาศ ณ วันที่ 6 ตุลาคม 2564⁽¹⁾ ระบุว่า เป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่หรือต่อเนื่องภายหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ส่วนมากตั้งแต่ 3 เดือน นับจากวันตรวจพบเชื้อและมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือนโดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้หลายระบบ และอาการที่เกิดขึ้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยการวินิจฉัยสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและอาจแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลสามารถเกิดได้ทุกระบบของร่างกาย ตั้งแต่ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน และสุขภาพจิต⁽⁵⁾ โดยมักพบมีอาการภายหลังการได้รับเชื้อ 4 ถึง 12 สัปดาห์ โดยอาการที่พบสามารถดีขึ้นหรือแย่ลงเมื่อเวลาผ่านไปได้ หรือมีการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้⁽⁶⁾

ในประเทศไทยจากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขสุขเมื่อ 24 กรกฎาคม พ.ศ.2566 พบผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 4,681,309 ราย พบอุบัติการณ์ของกลุ่มอาการลองโควิดร้อยละ 10-85⁽³⁾ อาการที่พบบ่อย 10 อันดับแรก คือ⁽¹⁾ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย ไอ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ผม่วง เวียนศีรษะ วิดกกังวล/เครียด ความจำสั้น เจ็บหน้าอก

ถ้าจำแนกเป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องจะสามารถแยกออกมาได้เป็น กลุ่มอาการทั่วไปของร่างกาย กลุ่มอาการระบบหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ กลุ่มอาการทางระบบประสาท กลุ่มอาการทางผิวหนังและเส้นผม กลุ่มอาการทางสุขภาพจิต ปัจจุบันยังไม่ทราบถึงสาเหตุและพยาธิสภาพของการเกิดลองโควิดที่ชัดเจนมีเพียงสมมุติฐานที่คาดว่าอาจเกี่ยวข้องกับ fragments of viral genome or viral antigens ซึ่งไม่ส่งผลต่อการติดเชื้อแล้วแต่สามารถส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน⁽⁷⁾ ทำให้เกิดภาวะการอักเสบในระบบต่าง ๆ ของร่างกายในส่วนของปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะลองโควิดยังไม่ทราบแน่ชัด มีเพียงข้อสังเกตว่ามีปัจจัยที่พบได้ในหลาย ๆ การศึกษา⁽⁵⁾ อาทิ เพศหญิง อายุมาก ภาวะอ้วน มีโรคประจำตัวมีอาการมากกว่า 5 อาการในช่วงสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคมักในระยะแรกเป็นต้น แม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวทางปฏิบัติที่ออกโดยกรมการแพทย์⁽⁸⁾ ครอบคลุมอาการที่กล่าวมาข้างต้นทุกกลุ่มอาการ แต่ในบริบทของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน เนื่องจากมีโรงพยาบาลอยู่หลายระดับ ได้แก่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ แนวปฏิบัติดังกล่าวจะใช้ได้กับบางแห่ง บางแห่งอาจมีความยากลำบากในการเอาไปประยุกต์ใช้ ยกตัวอย่างผู้ป่วยลองโควิดที่มาด้วยอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งเป็นอาการที่พบมากที่สุดลำดับต้น ๆ ของภาวะลองโควิด⁽⁹⁾ การใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ดูแลผู้ป่วยอาจจะต้องมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีวินิจฉัยที่มียุ่งยากซับซ้อน อาทิ การทำ CT chest, pulmonary function test,

Obstructive sleep test การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเจาะ biological marker บางอย่างที่มีราคาแพง เช่น Trop-I, Pro BNP, D-dimer⁽⁹⁾ การรักษาโดยใช้ oxygenation high flow, CPAP, pulmonary rehabilitation⁽¹⁰⁾ ซึ่งไม่สอดคล้องกับทรัพยากรและบุคลากรที่มีอยู่ในสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิปัจจุบันและการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่สามารถทำได้ย่อมเป็นการสิ้นเปลืองเวลาและทรัพยากรอย่างมหาศาล เป็นการเพิ่มภาระงานอย่างมากแก่บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขที่มีงานล้นมืออยู่แล้วในการดูแลโรคที่พบได้บ่อยในประชากรของประเทศไทยในปัจจุบัน งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของภาวะลองโควิดที่สามารถป้องกันได้รวมถึงการส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่ดีดำรงชีวิตที่เหมาะสมในการที่จะลดการเกิดภาวะลองโควิดและพฤติกรรมที่ดีดำรงชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของหลักการของเวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต⁽¹¹⁾ ที่มีกรอบแนวคิดว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นการดำเนินของโรครวมถึงการฟื้นฟูร่างกายภายหลังจากหายแล้วนั้น พฤติกรรมที่ดีดำรงชีวิตมีส่วนเกี่ยวข้องโดยไม่สามารถแยกกันได้ พฤติกรรมที่ดีดำรงชีวิตที่เหมาะสมย่อมเป็นทั้งการป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูให้หายจากโรค แนวคิดดังกล่าว เวชศาสตร์วิถีชีวิตได้สรุปแนวทางการดำรงชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสมออกเป็น 6 ด้าน⁽¹¹⁾ ได้แก่ 1) พฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม 2) พฤติกรรมออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมนอนหลับ 4) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 5) การจัดการ

กับความเครียด 6) การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับคนรอบข้างและสิ่งแวดล้อม ผลที่คาดว่าจะได้รับเพื่อให้ทราบความชุกของการเกิดภาวะลองโควิด (prevalence of long COVID) เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมดำรงชีวิต (Life style risk factor) ที่มีผลต่อการเกิดภาวะลองโควิด ทราบถึงข้อมูลเชิงพรรณนา (demographic data) ของผู้ป่วยลองโควิดที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 infection ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อความชุก (prevalence) ของการเกิดภาวะลองโควิดในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 ของคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

2. เพื่อหามาตรวัดทางชีวภาพ (Biological parameter) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมดำรงชีวิตใดที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิด โดยอิงจากกรอบแนวคิดของวิชาเวชศาสตร์วิถีชีวิต

3. นำผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อโควิด 19 ทั้งกลุ่มที่มีโรค NCD และไม่มี NCD เพื่อลดการเกิดภาวะลองโควิดและเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

4. เป็นการสนับสนุนและส่งเสริมการเผยแพร่งานวิจัยของเวชกรรมป้องกันแขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต เนื่องจากเป็นแขนงที่เปิดอบรมใหม่ในประเทศไทยยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแขนงนี้ตีพิมพ์ไม่แพร่หลาย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ cross sectional case control study กลุ่มประชากรที่ศึกษา ผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อโควิด 19 ที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ที่มารับการรักษาด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ หรือด้วยอาการอย่างอื่น

Inclusion criteria

ผู้ป่วย SARS-CoV-2 infection ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ยืนยันผลการตรวจโดย RT-PCR หรือ antigen test kit ได้ผลเป็นบวก โดยมีประวัติการตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อมาอย่างน้อย 12 สัปดาห์

Exclusion criteria

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นอ้างอิงจากแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยลองโควิดของกรมการแพทย์⁽⁸⁾ โดยแบ่งออกเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นเวชระเบียนของผู้ป่วยตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2567 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ.2567 ข้อมูลที่เก็บ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ วิธีการรักษา จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19, Total cholesterol, HbA1C,

Triglyceride, LDL, HDL, systolic blood pressure, Diastolic blood pressure, eGFR, Thai cardiovascular risk score⁽¹²⁾ (คำนวณจากแอปพลิเคชัน Thai CV risk calculator), Chest film category of COVID 19 by Modified RAMA Corads classification⁽¹³⁾ ส่วนอาการของลองโควิดอ้างอิงจากนิยามขององค์การอนามัยโลก ประกาศ ณ วันที่ 6 ตุลาคม 2564 ระบุว่าเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่หรือต่อเนื่องภายหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่ 3 เดือนนับแต่วันตรวจพบเชื้อและมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือนโดยอาการดังกล่าวเกิดได้หลายระบบ และอาการที่เกิดไม่สามารถอธิบายได้จากการวินิจฉัยสาเหตุอื่น ๆ⁽⁸⁾ โดยอาการที่ผู้วิจัยให้ความสนใจจะเป็นอาการที่พบบ่อย 10 อันดับแรก⁽¹⁴⁾ ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย ไอ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ผอมลง วิดกกังวล/เครียด ความจำสั้น เจ็บแน่นหน้าอก ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (sample size) จาก Danial Equation คำนวณ sample size ในการศึกษาแบบ case control study⁽¹⁵⁾

N = require sample size

$Z = 1.96$, Z statistic for confidence interval at 95%

P = estimated prevalence of disease, จากข้อมูลของกรมการแพทย์ prevalence ของภาวะลองโควิดของประเทศไทย คือ 42-92%⁽⁸⁾

D = precision = $p(1-P)/2$ square 2

$$N = \frac{Z^2 \times P(1 - P)}{\left(\frac{1-P}{2}\right)^2}$$

$$N = \frac{(1.96 \times 1.96)\{0.92(1 - 0.92)\}}{\left(\frac{1-0.92}{2}\right)^2}$$

$$N = \frac{3.8416 \times \{0.92(1 - 0.92)\}}{0.0016}$$

$$N = 176.71$$

ดังนั้นต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 177 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้ Chi-square test และ Fisher's Exact test โดยยอมรับ p-value ที่น้อยกว่า 0.05 และ Binary Logistic regression เพื่อหา Odds ratio โดยใช้ 95% confidence interval ไม่คร่อม 1 จึงจะถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ⁽¹⁵⁾ การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้ program SPSS version 20.0

ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2567 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ.2567 รวมระยะเวลา 6 เดือนเป็นอย่างน้อย อาจปรับขยายเวลาได้ตามความเหมาะสมเพื่อให้ได้ จำนวน sample size ที่ต้องการ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ใบอนุญาต ชร 0033.102 / วิจัย/ EC.67-509 ลงวันที่ 19 มกราคม 2567 ขอพิจารณาด้านจริยธรรม งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงคลินิก ก่อนการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วม

การวิจัยจะได้รับเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (participant information sheet) เพื่อชี้แจงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่ออาสาสมัครยินดียินยอมเข้าร่วมในการวิจัยแล้วจะได้รับ หนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัย (consent inform) เพื่อจะได้มีการลงชื่อเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการศึกษา

จากการเก็บคือรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ.2567 ได้จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 317 ราย มีผู้ป่วยที่เป็นภาวะลองโควิดทั้งสิ้น 156 รายคิดเป็นความชุก (prevalence) ของการเกิดภาวะลองโควิดร้อยละ 49.2 ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลจากแบบสำรวจที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยกรอกเองเป็นส่วนใหญ่ บางส่วนเป็นญาติและผู้วิจัยช่วยกรอกเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาบางครั้งให้เจ้าหน้าที่พยาบาลหน้าห้องตรวจช่วยกรอก ข้อมูลส่วนที่เป็นผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่เป็นข้อมูลเชิง Biologic parameter เป็นการดึงข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลจากโปรแกรม DOC station ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผลการศึกษาตามตาราง 1

ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตามตาราง 1 เพศชายพบภาวะลองโควิด 56 ราย (ร้อยละ 35.9) ในขณะที่เพศหญิงพบ 100 ราย (ร้อยละ 64.1) โดยพบว่ากลุ่มอายุที่มีภาวะลองโควิดสูงสุดคือ

ช่วงอายุ 36-45 ปี (ร้อยละ 21.8), 46-55 ปี (ร้อยละ 20.5), 56-65 ปี (ร้อยละ 25.6), 66-75 ปี (ร้อยละ 8.3) และมากกว่า 75 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 10.4) โดยอุบัติการณ์ของภาวะลองโควิดตามกลุ่มอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.01$)

ปัจจัยด้านสุขภาพและโรคประจำตัว

เมื่อพิจารณาถึงดัชนีมวลกาย (Body mass index) พบว่าผู้ที่มี BMI 20-25 kg/m^2 มีภาวะลองโควิด ร้อยละ 59.6 BMI 26-30 kg/m^2 ร้อยละ 24.4 และ BMI มากกว่า 30 kg/m^2 ร้อยละ 14.2 โดยพบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิด ($p\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวบางประเภทมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ในขณะที่โรคอื่น ๆ มีความหลากหลายมากจนไม่สามารถจัดกลุ่มได้ ($P < 0.05$)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดภาวะลองโควิด ($p\text{-value} < 0.05$) พฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่าผู้สูบบุหรี่มากกว่า 10 pack-years มีอัตราการเกิดภาวะลองโควิด 38 ราย (ร้อยละ 22.0) ในขณะที่ผู้ไม่สูบบุหรี่หรือสูบน้อยกว่า 10 pack-years มีอัตราการเกิดภาวะลองโควิด 125 ราย (ร้อยละ 80.1) ในขณะที่ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 packs-year ขึ้นไปมี 31 ราย (ร้อยละ 19.9) ($p\text{-value} = 0.06$) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่า 6 เดือน

มีอัตราการเกิดภาวะลงโควิด 28 ราย (ร้อยละ 17.9) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้หรือใช้น้อยกว่า 6 เดือน 128 ราย (ร้อยละ 82.1) ($p < 0.05$) พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ที่รับประทาน อาหารอาหารเข้าเป็นบางมื้อหรือไม่รับประทาน พบภาวะลงโควิดมากกว่าผู้ที่รับประทานทุกมื้อ อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) พฤติการณ์ที่สำคัญกับการลดภาวะลงโควิด ได้แก่ การบริโภค ผักและผลไม้ครบ 3 มื้อต่อวัน ($p\text{-value} < 0.05$) การรับประทานข้าวไม่ขัดสีหรือธัญพืชครบ 3 มื้อ ต่อวัน ($p\text{-value} < 0.05$)

พฤติกรรมออกกำลังกายและการนอนหลับ

ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปพบภาวะลงโควิด 31 ราย (ร้อยละ 19.9) ขณะที่ผู้ออกกำลังกายน้อยกว่านี้มีการเกิดภาวะลงโควิด 125 ราย (ร้อยละ 80.1) ($p\text{-value} < 0.05$) ผู้ที่นอนหลับอย่างเพียงพอ (≥ 7 ชั่วโมงต่อวัน) พบภาวะลงโควิด 34 ราย (ร้อยละ 21.8) ขณะที่ผู้ที่นอนน้อยกว่าเท่ากับ 4 ชั่วโมงต่อวัน พบภาวะลงโควิด 52 ราย (ร้อยละ 25.0) ($p\text{-value} < 0.05$) ผู้รับประทาน อาหารมังสวิรัตกับผู้ที่รับประทานเป็นบางมื้อหรือไม่รับประทานเลยพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญต่อการเป็นลงโควิด ($p = 0.38$)

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและพฤติกรรมด้านสุขภาพ

ลักษณะของข้อมูล	ผู้ป่วยที่มีภาวะลงโควิด				P-value
	มี	ร้อยละ	ไม่มี	ร้อยละ	
1. เพศ ชาย	56	35.9	71	44.1	0.16
หญิง	100	64.1	90	55.9	
2. อายุ 15-25 ปี	5	3.2	14	8.9	0.01
26-35 ปี	16	10.2	25	15.5	
36-45 ปี	34	21.8	30	18.6	
46-55 ปี	32	20.5	25	15.5	
56-65 ปี	40	25.6	25	15.5	
66-75 ปี	13	8.3	26	16.1	
มากกว่า 76 ปี	16	10.4	16	9.9	
3. ดัชนีมวลกาย (BMI Kg/m ²)					P<0.05
น้อยกว่า 20-25 kg/m ²	93	59.6	82	50.9	
26-30 kg/m ²	38	24.2	24	14.9	
มากกว่า 30 kg/m ²	25	16.2	55	34.2	
4. โรคประจำตัว (Underlying disease)					P<0.05
DM	33	21.1	5	3.1	
HT	59	37.8	31	19.2	

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและพฤติกรรมด้านสุขภาพ (ต่อ)

ลักษณะของข้อมูล	ผู้ป่วยที่มีภาวะลงโควิด				P-value
	มี	ร้อยละ	ไม่มี	ร้อยละ	
Dyslipidemia	19	12.2	17	10.6	0.78
Stroke	16	10.2	24	14.9	0.28
CKD	4	2.6	39	24.2	4.21
CAD	1	0.6	1	0.6	1.0
COPD	1	0.6	20	12.4	1.23
Other	23	14.9	24	15.0	1.0
5.การดื่มแอลกอฮอล์					P<0.05
ไม่ดื่ม	56	42.2	75	46.6	
ดื่มเป็นครั้งคราวหรือตามเทศกาล	13	7.5	31	19.2	
ดื่ม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	36	20.8	23	14.3	
ดื่มมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	25	14.5	10	6.2	
ดื่มทุกวัน	26	15.0	22	13.7	
6. การสูบบุหรี่					0.267
ไม่สูบหรือสูบน้อยกว่า 10 pack years	125	80.1	137	85.1	
สูบตั้งแต่ 10 pack yearsขึ้นไป	31	19.9	24	14.9	
7. การใช้บุหรี่ไฟฟ้า					P<0.05
ใช้ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป	28	17.9	4	2.5	
ไม่ใช้หรือใช้น้อยกว่า 6 เดือน	128	82.1	157	97.5	
8. การรับประทานอาหารเช้า					P<0.05
ทุกวัน	58	37.2	96	59.6	
เป็นบางวัน	59	37.8	39	24.2	
ไม่รับประทานอาหารเช้า	39	25.0	26	16.2	
9. จำนวนมื้อการรับประทานผลไม้ (Fruit serves)					P<0.05
0-2 มื้อต่อวัน	143	91.7	114	70.8	
ตั้งแต่ 3 มื้อต่อวัน	13	8.3	47	29.2	
10. จำนวนมื้อการรับประทานผัก (Vegetable serves)					P<0.05
0-2 มื้อต่อวัน	129	82.7	81	50.3	
รับประทานตั้งแต่ 3 มื้อขึ้นไป	27	17.3	80	49.7	
11. การรับประทานอาหารกลุ่มธัญพืช (Whole grain serves) หรือข้าวไม่ขัดสี					P<0.05
0-2 มื้อต่อวัน	137	87.8	86	53.4	
3 มื้อต่อวันขึ้นไป	19	12.2	75	46.6	
12. การออกกำลังกาย 30 นาทีต่อวันขึ้นไป					P<0.05
0-2 ครั้งต่อสัปดาห์	125	80.1	60	37.3	
3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป	31	19.9	101	62.7	

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและพฤติกรรมด้านสุขภาพ (ต่อ)

ลักษณะของข้อมูล	ผู้ป่วยที่มีภาวะลงโควิด				P-value
	มี	ร้อยละ	ไม่มี	ร้อยละ	
13. ระยะเวลาการนอนหลับ (ชั่วโมงต่อวัน) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ชั่วโมง 5-6 ชั่วโมง 7 ชั่วโมงขึ้นไป	39 83 34	25.0 53.2 21.8	18 52 91	11.2 32.3 56.5	P<0.05
14. การรับประทานมังสวิรัต 0-2 ครั้ง/วัน มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งหรือกินทุกมื้อต่อวัน	107 49	68.6 31.4	102 59	75.8 24.2	0.38

ปัจจัยเกี่ยวกับการติดเชื้อและการรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับ vaccine 1-3 เข็มพบภาวะลงโควิด 100 ราย (ร้อยละ 64.1) ผู้ป่วยที่ได้รับ vaccine ตั้งแต่เข็ม 4 ขึ้นไปพบ 56 ราย (ร้อยละ 35.9) (p-value =0.017) การติดเชื้อครั้งแรกเดียวมีการเกิดภาวะลงโควิด 47 ราย (ร้อยละ 26.4) การติดเชื้อ 2 ครั้ง มีการเกิดภาวะลงโควิด 54 ราย (ร้อยละ 34.4) (p-value<0.05) ส่วนจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล 1 ครั้งพบลงโควิด 21 ราย (ร้อยละ 13.5) ผู้ป่วยที่นอนตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปพบ 6 ราย (ร้อยละ 3.8) (p-value<0.05) แต่ไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจนนัก เนื่องจากดุลยพินิจของการรับนอนโรงพยาบาลของแพทย์แต่ละท่านมีความหลากหลายประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก

มากจึงไม่อาจสรุปแนวโน้มอย่างชัดเจนได้

การรักษา

ในผู้ที่รักษาตามอาการพบภาวะลงโควิด 21 ราย (ร้อยละ 13.4) ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส Molnupiravir มีการเกิดภาวะลงโควิด 47 ราย (ร้อยละ 30.2) ผู้ที่รักษาด้วยฟ้าทะลายโจร 180 มิลลิกรัมต่อวัน พบภาวะลงโควิด 48 ราย (ร้อยละ 30.8) ผู้ที่ได้รับยา Favipiravir พบภาวะลงโควิด 25 ราย (ร้อยละ 16.0) ยาด้านไวรัสกลุ่มอื่นได้แก่ Paxlovid และ Remdesivir พบ 13 ราย (ร้อยละ 8.3) ซึ่งทั้ง 5 กลุ่มมีสัมพันธ์กับภาวะลงโควิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 2 ปัจจัยเกี่ยวกับการติดเชื้อและการรักษา

ลักษณะของข้อมูล	ผู้ป่วยที่มีภาวะลงโควิด				P-value
	มี	ร้อยละ	ไม่มี	ร้อยละ	
1. จำนวนครั้งของการได้รับ vaccine 1-3 ครั้ง ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป	100 56	64.1 35.9	81 80	50.3 49.7	0.017
2. จำนวนครั้งของการติดเชื้อ SARS-CoV-2 infection 1 ครั้ง 2 ครั้ง 3 ครั้ง	47 54 55	30.1 34.6 35.3	111 34 16	68.9 21.1 10.0	P<0.05
3. การรักษา ไม่ได้รับการรักษาใด รักษาตามอาการ ฟ้าทะลายโจร Favipiravir Molnupiravir ยาต้านไวรัสอื่น ๆ	2 21 48 25 47 13	1.3 13.4 30.8 16.0 30.2 8.3	8 38 47 28 18 22	4.9 23.6 29.2 17.4 11.2 13.7	P<0.05
4. การนอนโรงพยาบาลหลังการติดเชื้อ SARS-CoV-2 infection ไม่ได้นอน นอน 1 ครั้ง นอน 2 ครั้งขึ้นไป	129 21 6	82.7 13.5 3.8	137 12 12	85.0 7.5 7.5	0.09

ปัจจัยทางชีวเคมีและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ระดับไขมันในเลือด ผู้ที่มี Total Cholesterol > 250 mg/dL พบภาวะลงโควิด 89 ราย (ร้อยละ 57.1) (p-value=0.03) ผู้ที่มี Triglyceride > 250 mg/dL พบภาวะลงโควิด ร้อย 75 ราย (ร้อยละ 48.1) (p-value=0.007) ผู้ที่มี LDL >130 mg/dL มีอัตราการเกิดภาวะลงโควิดสูง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.182) ระดับ HbA1C > 7 mg% พบผู้ป่วยมีภาวะลงโควิด 63 ราย (ร้อยละ 40.4) (p-value 0.03) ระดับ HDL < 50 mg/dL พบภาวะ

ลงโควิด 70 ราย (ร้อยละ 44.8) (p-value <0.05) ความดันโลหิต ผู้ที่มีความดัน Systolic >140 mmHg พบภาวะลงโควิด 114 ราย (ร้อยละ 73.1) (p-value <0.05) ในขณะที่ระดับของ diastolic blood pressure ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะลงโควิด (p-value=0.092) ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะไตเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะลงโควิด (p-value=0.71) ผู้ที่มี Thai CV risk score 5-10% พบภาวะลงโควิด 47 ราย (ร้อยละ 24.8) ผู้ที่มี Thai CV risk score >10%

พบภาวะลงโควิด 29 ราย (ร้อยละ 27.6) ที่มากขึ้นพบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะลงโควิด (p-value=0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในระดับ I-II

ความรุนแรงของโรคจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบ 104 ราย (ร้อยละ 66.7) และระดับ 3 ขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรค พบ 52 ราย (ร้อยละ 33.3) โดยมีค่า p-value ตาม Modified RAMA Corads classification <0.05.

ตาราง 3 ปัจจัยทางชีวเคมีและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ลักษณะของข้อมูล	ผู้ป่วยที่มีภาวะลงโควิด				P-value
	มี	ร้อยละ	ไม่มี	ร้อยละ	
1. Total Cholesterol(mg/dl)					
<200 mg/dl	34	21.8	61	37.9	0.004
200 – 250 mg/dl	33	21.1	34	21.1	
> 250 mg/dl	89	57.1	66	41.0	
2. HbA1C (mg%)					
<6.5 mg%	66	42.3	85	52.8	0.03
6.5-7 mg%	27	17.3	37	23.0	
>7 mg%	63	40.4	39	24.2	
3. Triglyceride (mg/dl)					
<200 mg/dl	67	49.3	75	46.62	0.007
200 – 250 mg/dl	14	8.9	34	1.132.	
> 250 mg/dl	75	41.8	52	3	
4. LDL (mg/dl)					
น้อยกว่าเท่ากับ 100 mg/dl	46	29.5	59	36.6	0.182
100-130 mg/dl	45	28.8	50	31.1	
>130 mg/dl	65	41.7	52	32.3	
5. HDL (mg/dl)					
น้อยกว่าเท่ากับ 50 mg/dl	70	44.8	31	19.2	P<0.05
51-60 mg/dl	62	39.7	54	33.5	
มากกว่า 60 mg/dl	24	15.5	76	47.3	
6. Systolic blood pressure (mmHg)					
น้อยกว่าเท่ากับ 130 mmHg	27	17.3	85	52.8	P<0.05
131-140 mmHg	15	9.6	39	24.2	
มากกว่า 140 mmHg	114	73.1	37	23.0	

ตาราง 3 ปัจจัยทางชีวเคมีและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ลักษณะของข้อมูล	ผู้ป่วยที่มีภาวะลงโควิด				P-value
	มี	ร้อยละ	ไม่มี	ร้อยละ	
7. Diastolic Blood pressure (mmHg)					
น้อยกว่าเท่ากับ 80 mmHg	73	46.8	64	39.8	0.092
81 – 90 mmHg	47	30.1	86	53.4	
มากกว่า 90 mmHg	36	23.1	11	6.8	
8. eGFR (ml/min/1.73 m ²)					
<15 ml/min/1.73 m ²	12	7.7	14	8.7	0.719
16-29 ml/min/1.73 m ²	14	8.9	13	8.0	
30-44 ml/min/1.73 m ²	11	7.1	14	8.7	
45-59 ml/min/1.73 m ²	9	5.8	15	9.4	
60 ml/min/1.73m ² ขึ้นไป	110	70.5	105	65.2	
9. Thai cardiovascular Risk score (%)					
<5 %	50	47.6	81	50.3	0.001
5-10 %	47	24.8	51	31.7	
>10 %	59	27.6	29	18.0	
10. Chest film category of Covid 19 (RAMA Co-RADS)					
Category I	65	41.7	91	56.5	P<0.05
Category II	39	25.0	61	37.9	
Category III	16	10.2	2	1.3	
Category IV	25	16.1	1	0.6	
Category V	11	7.0	6	3.7	

อาการของลงโควิดที่พบ 10 อันดับแรก

ปวดตามข้อหรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (Fibromyalgia or Myofacial pain syndrome) ร้อยละ 89.1

มีปัญหาด้านความจำ (memory impairment) ร้อยละ 88.4

อ่อนเพลีย (fatigue) ร้อยละ 86.5

ผมร่วง (alopecia) ร้อยละ 67.9

จมูกหรือลิ้นได้ รับกลิ่นหรือรสน้อยลง (anosmia or Hypogeusia) ร้อยละ 67.9

ตามตาราง 4 ได้แก่ เวียนศีรษะ (vertigo and Dizziness) ร้อยละ 98.7

ปวดศีรษะ (headache) ร้อยละ 96.1

นอนไม่หลับ (insomnia) ร้อยละ 95.5

เบื่ออาหาร (loss of appetite) ร้อยละ 93.6

เหนื่อย (dyspnea) ร้อยละ 90.4

ตาราง 4 ลักษณะอาการของลองโควิดที่พบภายหลังการศึกษา

ลักษณะอาการ Long COVID ที่พบในผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อ่อนเพลีย (Fatigue)	135	86.5
เหนื่อย (Dyspnea)	141	90.4
เจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอก (chest pain / chest tightness)	81	51.9
ไอเรื้อรังมากกว่า 2 เดือนขึ้นไป (prolong cough)	57	36.5
เบื่ออาหาร(loss of appetite)	146	93.6
น้ำหนักลด (Weight loss)	83	53.2
ปวดตามข้อหรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (Fibromyalgia or Myofacial pain syndrom)	139	89.1
ผมร่วง (alopecia)	106	67.9
นอนไม่หลับ (insomnia)	149	95.5
มีปัญหาด้านความจำ (memory impairment)	138	88.4
ซึมเศร้า (Depression)	83	53.2
คะแนน 2Q9Q		
7-12 mild depression	34	21.8
13-18 moderate depression	28	17.9
มากกว่าเท่ากับ 19 severe depression	11	7.05
เวียนศีรษะ (vertigo and Dizziness)	154	98.7
ปวดศีรษะ (headache)	150	96.1
จุกและลิ้นรับกลิ่นหรือรสได้น้อยลง	106	67.9
ท้องเสีย (Diarrhea)	45	28.8
ท้องผูกหรือพฤติกรรมถ่ายเปลี่ยนแปลง	48	30.8
เหงื่อออกบ่อยกว่าปกติ	94	60.2

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ Binary regression ตามตาราง 5 พบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิด (Odds ratio = 8.59 โดยมี 95% confidence interval 2.94-25.11 p-value < 0.05 จะเห็นได้ว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าแม้จะใช้ระยะเวลาในการสูบบุหรี่น้อยกว่า บุหรี่ทั่วไปถึง 20 เท่า เมื่อเทียบกันแล้วมีความเสี่ยงที่จะเกิดลองโควิดสูงถึง 5.3 เท่า ในขณะที่

ผู้ที่สูบบุหรี่ธรรมดากลับไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบ (p-value =0.267) การรณรงค์การเลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้าจึงสมควรได้รับการรณรงค์อย่างจริงจัง เพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะเยาวชน เพิ่มภาระต่อระบบสาธารณสุข กระทบต่อเศรษฐกิจและอาจเป็นปัญหาทางสังคมในระยะยาว แม้ว่าจะมีการถกเถียงกันว่าควรทำให้บุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมายเพื่อควบคุมหรือไม่ แต่หลักฐานทางวิทยายัง

ไม่สามารถยืนยันได้ว่ามีความปลอดภัยเพียงพอและในหลายประเทศพบว่าทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและการเสพติดเพิ่มขึ้นมากกว่าที่คาดการณ์ผู้ที่ดื่มสุรามากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ พบเป็นลองโควิดมากกว่าผู้ไม่ดื่มถึง 3.34 เท่า (95% confidence interval 1.48-7.53) นอกจากนี้พบว่าพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะลองโควิดคือขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Odds ratio = 6.79 โดยมี 95% confidence interval 4.09-11.07, P-value <0.05) การใช้เวลานอนพักผ่อนที่ไม่เพียงพอยิ่งนอนน้อยความเสี่ยงยิ่งสูงขึ้นกรณีไม่เกิน 4 ชั่วโมงต่อวัน (Odds ratio = 5.80 โดยมี 95% confidence interval 2.93-11.49 P-value < 0.05) หรือกรณีนอน 5-6 ชั่วโมงต่อวัน (Odds ratio = 4.36 โดยมี 95% confidence interval 2.54-7.47 P-value <0.05) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับประทานอาหารเช้าทุกมื้อ การรับประทานอาหารเช้าที่ประกอบด้วยผักผลไม้ ธัญพืชครบทุกมื้อล้วนมีผลในการลดการเป็นลองโควิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสิ้น ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิดเป็นครั้งที่ 2 พบภาวะลองโควิดมากกว่าผู้ติดครั้งแรก 5.14 เท่า (95% confidence interval 3.03-8.74 P-value <0.05) ผู้ที่ได้รับวัคซีน 1-3 เข็มโดยไม่ได้รับเข็มกระตุ้นมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ได้รับเข็มสี่เป็นต้นไป 1.76 เท่า

(95% confidence interval 2.61-10.23, P value <0.05) ส่วนในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มคนไข้ NCD พบว่ามาตรวัดทางชีวภาพ (Biological parameter) บางอย่างที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะลองโควิด ได้แก่ HbA1C > 7mg% (Odds ratio = 2.08 โดยมี 95% confidence interval 1.25-3.47), (P-value < 0.05) Triglyceride มากกว่า 250 mg/dl (Odds ratio = 1.61 โดยมี 95% confidence interval 1.00-2.62, P-value <0.05) ความดัน Systolic Blood pressure > 140 mmHg (Odds ratio = 9.70 โดยมี 95% confidence interval 5.48-11.15, P-value <0.05) Thai cardiovascular risk score >10% (Odds ratio = 3.30 โดยมี 95% confidence interval 2.49, P-value <0.05), RAMA Co-RADS category เป็นการประเมินความผิดปกติจากภาพรังสีทรวงอกที่พัฒนาขึ้นโดยคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดีเพื่อใช้ในการวินิจฉัยปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 เพื่อให้รังสีแพทย์สามารถรายงานผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกได้อย่างเป็นระบบ กระชับและเข้าใจง่าย พบว่าใน category 3 ขึ้นไปพบว่ามีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะลองโควิดอย่างมีนัยสำคัญ แต่เนื่องจากมีจำนวนตัวอย่างที่น้อยทำให้มีระดับช่วงความเชื่อมั่นที่กว้างมาก ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์แนวโน้มได้ชัดเจน ใน category 4 และ 5 อาจต้องมีการศึกษาต่อไปด้วยตัวอย่างที่มากขึ้น

ตาราง 5 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะลองโควิดในประชากรที่ศึกษา

Risk factors	Odds ratio	95% CI	P-value
ดื่มแอลกอฮอล์ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	2.10	1.12-3.93	P<0.05
ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	3.35	1.49-7.53	P<0.05
การใช้บุหรี่ไฟฟ้า (ตั้งแต่ 6 เดือน)	8.59	2.94-25.11	P<0.05
โรคความดันโลหิตสูง	2.55	1.53-4.23	P<0.05
การไม่รับประทานอาหารเช้า	2.48	1.37-4.50	P<0.05
รับประทานเป็นบางวัน	2.50	1.49-4.21	P<0.05
การรับประทานผัก 0-2 มื้อ	4.54	2.34-8.79	P<0.05
การรับประทานผลไม้ 0-2 มื้อต่อวัน	4.50	2.30-8.70	P<0.05
รับประทานธัญพืช 3 มื้อต่อวัน	0.15	0.09-0.28	P<0.05
ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	3.35	1.49-7.53	P<0.05
การออกกำลังกาย 0-2 ครั้งต่อสัปดาห์	6.79	4.09-11.07	P<0.05
การนอนน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน	5.80	2.93-11.49	P<0.05
ติดเชื้อโควิด 2 ครั้ง	5.14	3.03-8.74	P<0.05
ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 3 ครั้ง	5.17	5.87-23.88	P<0.05
ผู้ป่วยที่ได้รับ vaccine 1-3 เข็ม	1.76	2.61-10.23	P<0.05
ดื่มแอลกอฮอล์ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	2.10	1.12-3.93	P<0.05
ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	3.35	1.49-7.53	P<0.05
การรักษาด้วย Molnupiravir	10.4	2.02-53.95	P<0.05
HbA1C > 7 mg%	2.08	1.25-3.47	P<0.05
Total Cholesterol >250 mg/dl	2.42	1.43-4.10	P=0.004
Triglyceride >250 mg/dl	1.61	1.00-2.62	P=0.001
HDL <50mg/dl	7.15	3.83-13.35	P<0.05
HDL 51-60 mg/dl	3.64	2.02-6.53	P<0.05
Systolic blood pressure >140 mmHg	9.70	5.48-17.15	P<0.05
Thai CV risk score >10%	3.30	1.87-5.81	P<0.05
CXR : RAMA Corads category 3	11.20	2.49-50.40	P<0.05

วิจารณ์

ภาวะลองโควิดเป็นกลุ่มอาการที่ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่หลัง 3 เดือนจากการติดเชื้อไวรัสและมีอาการต่อเนื่อง 2 เดือนขึ้นไป โดยไม่สามารถอธิบายอาการว่ามาจากโรคอื่นที่ตรวจวินิจฉัยได้⁽¹⁾ ในประเทศไทยจากการสำรวจข้อมูลของกรมการแพทย์พบอุบัติการณ์อยู่ที่ร้อยละ 10-85⁽⁸⁾ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยร้อยละ 21.3⁽¹⁶⁾ ที่ต้องมาพบแพทย์เพื่อรักษาอาการดังกล่าว การรักษาส่วนใหญ่มักเป็นรักษาตามอาการที่พบ⁽¹⁶⁾ การพยากรณ์โรคของการกลุ่มอาการลองโควิดนั้นไม่สามารถทราบได้อย่างชัดเจนว่าจะหายเมื่อใด⁽¹⁷⁾ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2567-30 มิถุนายน พ.ศ.2567 อุตการณ์ของการเกิดลองโควิดเท่ากับร้อยละ 49.2 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับค่ากลางตัวเลขที่สำรวจโดยกรมการแพทย์

สาเหตุของการเกิดภาวะลองโควิดมีหลากหลายทฤษฎี ยังไม่มีข้อสรุปที่ยอมรับอย่างชัดเจนว่าเกิดจากอะไร ทฤษฎีที่เชื่อกันมากที่สุดคือการบาดเจ็บระดับเซลล์ (cellular injury) ที่เกิดจากพายุไซโตไค (Cytokine storm)⁽¹⁸⁾ ซึ่ง T-helper cell หลั่งออกมาภายหลังการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้เกิด cellular injury ในทุกระบบของร่างกายเช่น IL-1, IL-2, IL6, IL-8, tumor necrosis factor อีกทฤษฎีคือการเกิด Micro emboli⁽¹⁸⁾ โดยกลุ่ม Cytokine ที่กล่าวมาข้างต้นมีผลต่อการกระตุ้นการเกิด Clotting factor และ Thrombi ใน pulmonary microvascular system ทำให้ผู้ป่วยมี pulmonary hypertension⁽¹⁸⁾

ตามมา ทำให้เหนื่อยง่ายและมีอาการแน่นหน้าอก

เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถานพยาบาลแห่งเดียวในจังหวัดเชียงราย แม้จะมีจำนวนข้อมูลผู้ป่วยมากพอสมควร แต่ก็ไม่สามารถแสดงถึงตัวเลขที่แท้จริงของภาวะลองโควิดในจังหวัดเชียงรายได้ หากการเก็บรวบรวมข้อมูลมีมากพอที่จะครอบคลุมไปถึงโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชนและโรงเรียนแพทย์ อาจได้ตัวเลขมากกว่าที่พบ

แม้ปัจจุบันโรคโควิด 19 จะถือเป็นโรคประจำถิ่นเนื่องจากมีการฉีดวัคซีนกันอย่างแพร่หลายในกลุ่มประชาชนจนเกิด Herd immunity หรือภูมิคุ้มกันหมู่ ประกอบกับสายพันธุ์ที่ระบาดในปัจจุบันมีความรุนแรงน้อยลง ได้แก่ สายพันธุ์ XBB.1.5 (mortality rate 6.5 %)⁽¹⁹⁾ ผู้ป่วยร้อยละ 21.3⁽¹⁶⁾ ยังคงต้องมาพบแพทย์เนื่องจากอาการลองโควิด ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคอย่างกว้างขวางและมักไม่พบความผิดปกติที่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจนนำไปสู่การตรวจวินิจฉัยโรคที่มากยิ่งขึ้น ๆ ขึ้นไป (over investigation) ถือเป็นความสิ้นเปลืองอย่างใหญ่หลวงที่กระทรวงสาธารณสุขต้องแบกรับในงบประมาณที่จะต้องเสียไปในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

ปัจจัยหรือมาตรการบางอย่างที่เชื่อกันว่าน่าจะลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะลองโควิด เช่น จำนวนวัคซีนที่ได้รับ การได้รับยาต้านไวรัสในเวลาที่เหมาะสมไม่ว่าจะเป็น Favipiravir, Molnupiravir, ฟ้าทะลายโจรที่มีสาร andrographolide⁽⁴⁾ ส่วนใหญ่ไม่มีผลต่อการลดอุบัติการณ์ดังกล่าว ยกเว้นการได้รับวัคซีนเข็ม

กระตุ้นหรือเข็มที่ 4 เป็นต้นไปที่พบว่าลดการเกิดลองโควิดได้อย่างมีนัยสำคัญ กลไกที่เป็นไปได้คือกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายให้แข็งแรงขึ้นทำให้ระบบภูมิคุ้มกันจัดการกับเชื้ออย่างรวดเร็ว ลดการอักเสบและความเสียหายต่ออวัยวะต่าง ๆ⁽¹⁸⁾ แต่ข้อมูลนี้ไม่ได้พิจารณาปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ชนิดของวัคซีน สถานะสุขภาพก่อนติดเชื้อหรือระยะเวลาหลังจากได้รับวัคซีนซึ่งอาจส่งผลต่อโอกาสเกิดลองโควิด ผลลัพธ์นี้อาจไม่สามารถใช้สรุปกับกลุ่มประชากรทุกกลุ่มอายุได้ เนื่องจากปัจจัยด้านพันธุกรรม อายุ หรือโรคประจำตัว อาจส่งผลต่อโอกาสเกิดลองโควิด

ในกลุ่มผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีโรค NCD ร่วมด้วยนั้น การควบคุมโรคที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น เช่น ระดับ HbA1C, Triglyceride, Systolic blood pressure, Thai cardiovascular risk score พบว่ามีภาวะลองโควิดน้อยกว่ากลุ่มที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Systemic steroid นอกจากจะมีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงแล้วยังมีบทบาทในการใช้รักษากลุ่มอาการของลองโควิดบางระบบได้ผลดี เช่น ระบบการหายใจ⁽¹⁶⁾ ผู้ป่วยที่มีอาการไอเรื้อรัง หอบเหนื่อยหรือเหนื่อยง่ายแน่นหน้าอก การให้ oral low dose prednisolone (0.5 mg/kg/day) เป็นระยะเวลาสั้น ๆ⁽¹⁶⁾ การนำไปใช้ในกลุ่มอาการอื่น ๆ ยังคงต้องมีการศึกษาต่อไปในอนาคต

หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสามารถช่วยป้องกันภาวะลองโควิดได้โดยเน้นไปที่การดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งรวมถึง

1. การฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงของการเกิดลองโควิด โดยช่วยลดโอกาสในการติดเชื้อและลดความรุนแรงของโรค ซึ่งอาจช่วยลดอัตราการเกิดภาวะนี้ได้⁽²⁰⁾

2. โภชนาการที่ดี การรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วยสารอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืชเต็มเมล็ดและโปรตีนที่ดีต่อสุขภาพเนื่องจากผลไม้และธัญพืชเต็มเมล็ดมีสารต้านการอักเสบ เช่น Polyphenol, Flavonoid และ Carotenoid สามารถช่วยลดการอักเสบเรื้อรังและส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งอาจมีผลในการป้องกันหรือบรรเทาผลกระทบของลองโควิด⁽²¹⁾

3. การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยเสริมสร้างระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงสุขภาพจิตและช่วยลดระดับโปรตีนอักเสบ เช่น IL-6, TNF-alpha, CRP ซึ่งอาจช่วยลดอาการเกี่ยวข้องกับลองโควิด เช่น ความเหนื่อยล้าและปัญหาทางระบบประสาท อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีภาวะลองโควิดอาจต้องใช้แนวทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อลดอาการกำเริบ⁽²²⁾

4. การนอนหลับที่เพียงพอ การนอนหลับที่ดีกระตุ้นการหลั่ง growth Hormone และ Cytokine ช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันและลดอาการอักเสบซึ่งอาจช่วยลดอาการของลองโควิด เช่น ภาวะสมองล้า (brain fog) และความเหนื่อยล้าเรื้อรัง⁽²²⁾

5. การจัดการความเครียดช่วยลดระดับฮอร์โมนความเครียด เช่น cortisol ซึ่งส่งผลต่อการอักเสบในร่างกาย เทคนิคการจัดการความเครียด

เช่น การฝึกสติ การทำสมาธิ และโยคะ สามารถช่วยลดอาการของลองโควิด โดยเฉพาะอาการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติระบบประสาทอัตโนมัติ⁽²³⁾

6. การดูแลสุขภาพโดยแพทย์ปฐมภูมิสามารถช่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการอาการของโควิดได้อย่างเป็นองค์รวม รวมถึงการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญหากจำเป็น⁽²³⁾

เวชศาสตร์วิถีชีวิตมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและบรรเทาอาการของลองโควิด โดยอาศัยแนวทางแบบองค์รวมที่รวมไปถึงโภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับที่ดี และการจัดการความเครียด เพื่อช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว⁽²⁰⁻²¹⁾

การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ผลข้างเคียงของการได้รับวัคซีนอาจไม่ได้รับการกล่าวถึงหรือเผยแพร่ในวงกว้าง แต่ก็มีรายงานการเกิดผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนมีให้เห็นอยู่เรื่อย ๆ โดยเฉพาะจากการศึกษาในต่างประเทศ⁽⁷⁾ เช่น การเกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเรื้อรัง ภาวะดังกล่าวอาจมีอาการคล้ายคลึงกับภาวะลองโควิดได้ ถ้าผู้ที่ฉีดติดเชื้อโควิด 19 ด้วยยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่จะแยกภาวะทั้งสองออกจากกันได้อย่างชัดเจน⁽¹⁴⁾ การที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพมีนโยบายช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่เกิดภาวะไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีนโควิด 19 เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ.2564 และให้มีผลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน พ.ศ.2564⁽⁸⁾ นั่นก็เป็นการยอมรับโดยพฤตินัยแล้วว่าการฉีดวัคซีนอาจมีผลที่ไม่พึงประสงค์บางประการที่

ไม่สามารถคาดเดาได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้ยาต้านไวรัส Molnupiravir มีภาวะลองโควิดที่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ (OR 10.4) ที่เป็นเช่นนั้นอาจเป็นเพราะลักษณะของผู้ป่วยที่ได้ยากลุ่มดังกล่าวเอง เช่น น้ำหนักตัวมาก ได้รับยากดภูมิหรือเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (immunocompromised Host) มีโรคประจำตัวเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจอยู่เดิม เช่น COPD, Asthma หรือเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี เป็นต้น และเนื่องจาก Molnupiravir เป็นอนุพันธ์ของ nucleoside ที่รบกวนการจำลองของไวรัสทำให้ไวรัสเกิดการกลายพันธุ์มากขึ้นจนไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้ ส่งผลให้เกิดการตอบสนองของร่างกาย⁽¹⁸⁾ ปัจจุบันดังกล่าวล้วนเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะลองโควิดได้มากกว่าประชากรทั่วไปทั้งสิ้น

สรุป

แม้ปัจจุบันโรคโควิด 19 ลดความรุนแรงลงไปจนกลายเป็นโรคประจำถิ่นไม่ต่างกับไข้หวัดธรรมดา ยังไม่มีการศึกษาใด ๆ ยืนยันว่าในสายพันธุ์ที่มีความรุนแรงน้อย จะพบภาวะลองโควิดได้น้อยลงไปด้วย เป็นไปได้ว่าในอนาคตผู้ที่ติดเชื้ออาจมาทำงานได้ตามปกติโดยไม่ต้องพักรักษา ก็เป็นสิ่งที่ไม่อาจมองข้ามได้ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศในโลกที่การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขทำได้ง่ายจากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคและ OP Any where แต่ประเทศไทยมิใช่ประเทศที่ร่ำรวยมั่งคั่ง ปี 2567 รัฐบาลใช้เงินภาษีกว่า 1.46 แสนล้านบาทจาก

งบประมาณแผ่นดินเพื่อประชาชนที่ถือบัตรทอง 47 ล้านคนเศษ⁽²⁴⁾ งบประมาณส่วนนี้เพิ่มขึ้นทุกปีและเพิ่มมากกว่าอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP growth) ของประเทศ⁽¹⁹⁾ นโยบายดังกล่าวทำให้คนไทยขาดความระมัดระวังในการมีพฤติกรรมในเชิงป้องกันโรค อุบัติการณ์ของโรค NCD และอุบัติเหตุจึงพุ่งสูงขึ้นเรื่อย ๆ เพราะง่ายต่อการเข้าถึงการรักษา รักษาได้ทุกที่และที่สำคัญคือทุกอย่างไม่มีค่าใช้จ่าย ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานอย่างหนักภายใต้ภาระงานที่เพิ่มสูงขึ้นจากการให้บริการทางการแพทย์ตามนโยบายประชาชนนิยมที่มุ่งขยายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยขาดการคำนึงถึงทรัพยากรที่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะความเหนื่อยล้าเรื้อรัง (chronic fatigue) และความเครียดจากการทำงาน (occupational stress) ในขณะที่ค่าตอบแทนที่ได้รับอาจไม่สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการทางการแพทย์และความยั่งยืนของระบบสาธารณสุขในระยะยาว แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเข้าใจที่ผิดหรือการยึดมั่นในแนวคิดที่ไม่ถูกต้อง คือ

การส่งเสริมการให้ความรู้แก่ประชาชนในทุกช่วงวัยอย่างเป็นระบบโดยเริ่มตั้งแต่วัยประถมศึกษา เพื่อปลูกฝังแนวคิดเชิงวิพากษ์ (critical thinking) และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประเด็นปัญหาด้านสุขภาพและสังคมซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการออกแบบและดำเนินนโยบายการศึกษาเพื่อความตระหนักรู้ในระดับสังคม การเสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง สามารถดำเนินการได้ผ่านแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนที่เพียงพอ และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ซึ่งแนวทางดังกล่าวช่วยลดความจำเป็นในการใช้ยาและการเข้ารับบริการทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น อีกทั้งยังส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางการแพทย์ที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในระดับบุคคลและระบบสาธารณสุข อีกทั้งยังเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตและความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทย เปรียบเสมือนแนวทางแห่งความหวังในการรับมือกับความท้าทายด้านสุขภาพในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. ศิษย์ศิริมล พิวัฒน์, ลัลลริมา ภูพัฒน์, พีรณัย วิภาตะวัต, ภาณุช เอี่ยมประภาพร, ปณัชนิตา วาณิชเศรษฐกุล. Internal medicine in apandemic. ปทุมธานี: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2565.
2. รังสิมา ทินมณี, พจมาน พิศาลประภา, ปณัณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร, กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ, ฉันทชัย สุระ. Ambulatory medicine: novel strategies in ambulatory medicine. กรุงเทพฯ: สมาคมอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก; 2565.
3. รุจิภาส สิริจตุรภัทร, บรรณาธิการ. Disease approach in infectious disease. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย; 2564.

4. รังสิมา ทินมณี, บรรณาธิการ. กลยุทธ์การบริหารผู้ป่วยนอก (Ambulatory medicine). กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล; 2567.
5. Reis WP, Moses O, Oh J, Wilson A, Gaio J, Dos Santos H. The Association between lifestyle risk factors and COVID-19 hospitalization in a Healthcare Institution. *Am J Lifestyle Med* 2022;15598276221135541.
6. วิชา รัชชัยพิชิตกุล. การดูแลรักษาโรคปอดอักเสบชุมชนในเวชปฏิบัติผู้ป่วยนอก [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค.2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/Gnyl5>
7. Soriano JB, Murthy S, Marshall JC, Relan P, Diaz JV, WHO Clinical Case Definition Working Group on Post-COVID-19 Condition. A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *Lancet Infect Dis* 2022;22(4):e102-e7.
8. กรมการแพทย์. การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 หลังรักษาหาย (Post covid syndrome) หรือภาวะลองโควิดสำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค.2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://qr.cd.org/860T>
9. Nehme M, Braillard O, Alcoba G, Aebischer Perone S, Courvoisier D, Chappuis F, et al. COVID-19 Symptoms: longitudinal evolution and persistence in outpatient settings. *Ann Intern Med* 2021;174(5):723-5.
10. Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: a cross-sectional evaluation. *J Med Virol* 2021;93(2):1013-22.
11. ตันพูล วิรุฬหารุณ, ดไวซ์ค จีรี, ฟาซีโอ, ซอร์จีโอ, แบล็กคีย์. Health Brings Wealth ภัยจากการมีสุขภาพที่ดีและยืนยาว. กรุงเทพฯ: บีดีเอ็มเอสเวลเนส; 2566.
12. ประวิณ โล่เลขา, สุรจิต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. แนวทางปฏิบัติ การบำบัดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2567.
13. Mandal S, Barnett J, Brill SE, Brown JS, Denney EK, Hare SS, et al. “Long-COVID”: a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalization for COVID-19. *Thorax* 2021;76(4):396-8.
14. Pavli A, Theodoridou M, Maltezou HC. Post-COVID Syndrome: incidence, clinical spectrum, and challenges for primary healthcare professionals. *Arch Med Res* 2021;52(6):575-81.

15. พรชัย โอเจริญรัตน์, ภาณุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย, ทวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์, ดลฤดี สองทิศ, สิริพงษ์ สิริกุลพิบูลย์, บรรณาธิการ. วิจัยวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย; 2564.
16. Carfi A, Bernabei R, Landi F, Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA 2020;324(6):603-5.
17. Yong SJ. Long COVID or post - COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. Infect Dis (Lond) 2021;53(10):737-54.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Post-COVID Conditions: information for healthcare providers [Internet]. 2022 [cited 2022 May 22]. Available from: <https://qrcd.org/860q>
19. World Health Organization. Post COVID-19 condition (Long COVID) [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 18]. Available from: <https://shorturl.asia/KhLOd>
20. Landhuis EW. How primary care physicians can recognize and treat long COVID. JAMA 2023;329(20):1727-9.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Long COVID basics [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 18]. Available from: <https://www.cdc.gov/covid/long-term-effects/index.html>
22. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. Net Med 2021;27(4):601-15.
23. National Institutes for Health and Care Research. Researching long COVID: addressing a new global health challenge [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 18]. Available from: <https://shorturl.asia/4l5cW>
24. สำนักงานงบประมาณ. คำแถลงประกอบงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bb.go.th/topic-detail.php?id=16425>