

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา-19 (Coronavirus disease-19, COVID-19)

ข้อมูล ณ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ปัจจุบันข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ coronavirus disease-19 (COVID-19) ได้จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีภาวะปอดอักเสบ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเกือบทั้งหมดจะแสดงอาการ โดยอาจพบตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนถึงเสียชีวิต เชื้อไวรัสมีระยะฟักตัวประมาณ 5 วัน (4-7 วัน) ผู้ป่วยบางรายหอบเหนื่อยและต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลหลังเริ่มมีอาการประมาณ 5-7 วัน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 10 วัน การระบาดในช่วงแรกประมาณเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 2019 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 50-60 มีประวัติเข้าไปในตลาดอาหารทะเล หัวหนัน เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน อย่างไรก็ตามการระบาดในช่วงเดือนมกราคม ปี ค.ศ. 2020 พบว่ามีเพียงประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่มีประวัติดังกล่าวแต่กลับพบผู้ป่วยที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์จำนวนเพิ่มมากขึ้น

ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50-73) อยู่ในช่วงวัยรุ่นจนถึงผู้สูงอายุ (อายุ 15-89 ปี) ประมาณร้อยละ 30-50 มีโรคเรื้อรังระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน เป็นต้น ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีไข้ (ร้อยละ 83-100) ไอ (ร้อยละ 58-82) อ่อนเพลียหรือปวดเมื่อยตัว (ร้อยละ 11-80) หอบเหนื่อย (ร้อยละ 20-60) อาการอื่นๆที่พบ ได้แก่ ปวดศีรษะ เจ็บคอ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 มีหลายอาการร่วมกัน อาการทางเดินหายใจส่วนบน เช่น น้ำมูกหรือคัดจมูกพบน้อยมาก ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 23-30 ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีประวัติสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 30-60) ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือช็อก ภาวะไตวายเฉียบพลัน การติดเชื้อแทรกซ้อนซึ่งมีรายงานทั้งการติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อรา เป็นต้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 พบว่าภาพทางรังสีของปอดในผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 มีความผิดปกติของปอดทั้งสองข้าง ผลเลือดของผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีจำนวนเม็ดเลือดขาวอยู่ในระดับปกติหรือค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีการเพิ่มขึ้นของค่า lactate dehydrogenase, C-reactive protein, ESR และมีการลดลงของระดับแอลบูมินในเลือด บางรายมีการเพิ่มขึ้นของค่า aminotransferase (ร้อยละ 30) และส่วนใหญ่มีผลการตรวจ procalcitonin ในระดับที่น้อยกว่า 0.1 ng/mL ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19สรุปไว้ดังตารางที่ 1 นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยที่เสียชีวิตจะมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล ค่า D-dimer และการลดลงของเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ในระยะท้ายของการดำเนินโรค อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ประมาณร้อยละ 2-4 หากมีภาวะปอดอักเสบหรือต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มเป็นร้อยละ 11 และ 38 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID1-9

ลักษณะทางคลินิก	ร้อยละ
ไข้	83-100
ไอ	58-82
อ่อนเพลียหรือปวดเมื่อย	11-80
หอบเหนื่อย	20-60
เจ็บคอ	5-33
ปวดศีรษะ	6-12
ท้องเสีย	2-14
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
ภาพทางรังสีของปอด	
พบความผิดปกติทั้งสองข้าง	75-100
ผลเลือด	
เม็ดเลือดขาวทุกชนิด ปกติหรือค่อนข้างต่ำ	45-70
เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ ต่ำ	35-85
ค่า lactate dehydrogenase สูง	40-92
ค่า C-reactive สูง	~86
ค่า ESR สูง	~85
Albumin ต่ำ	~98
ค่า aminotransferase สูง	28-49
Procalcitonin น้อยกว่า 0.1 ng/mL	50-78

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยขึ้นอยู่กับอาการทางคลินิกและประวัติความเสี่ยงในการสัมผัสโรค แต่ละประเทศเองได้มีคำแนะนำในการตรวจคัดกรองที่แตกต่างกัน

รูปที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยติดเชื้อจากผู้ป่วยสงสัยการติดเชื้อ COVID1-9 ของกระทรวงสาธารณสุข

ประเทศไทย (11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563)

อาการและอาการแสดง	ประวัติเสี่ยง	พื้นที่ที่มีรายงานการระบาดต่อเนื่อง
<p>กรณีที่ 1 การเฝ้าระวังที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ</p> <p>ผู้ป่วยมีอาการ และอาการแสดง ดังนี้</p> <p>อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ร่วมกับมีอาการของระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก</p> <p>กรณีที่ 2 การเฝ้าระวังที่สถานพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยมีอาการ และอาการแสดง ดังนี้</p> <p>2.1 อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป หรือให้ประวัติว่ามีไข้ ร่วมกับมีอาการของระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก</p> <p>2.2 ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่หาสาเหตุไม่ได้</p>	<p>กรณีที่ 1 และ 2 ให้ ร่วมกับ การมีประวัติในช่วงเวลา 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย</p> <p>อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้</p> <p>1) มีประวัติเดินทางไปยัง หรือ มาจาก หรืออยู่อาศัยในพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019</p> <p>2) เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวที่มาจากพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019</p> <p>3) มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยเข้าข่ายหรือยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019</p> <p>4) สัมผัสสัตว์ที่เป็นแหล่งรังโรคของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019</p>	<p>ประเทศจีน ไม่รวมฮ่องกง มาเก๊า และไต้หวัน</p> <p>(การคัดกรองจากด่านควบคุมโรคให้คัดกรองเที่ยวบินขาเข้าจากประเทศจีน รวมมาเก๊า ฮ่องกง ไต้หวัน)</p>
<p>กรณีที่ 3</p> <p>ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ หรือ สงสัยปอดอักเสบ ที่หาสาเหตุไม่ได้</p>	<p>มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่หาสาเหตุไม่ได้</p>	<p>ไม่ต้องพิจารณาพื้นที่ระบาดต่อเนื่อง</p>
<p>กรณีที่ 4 ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบเฉียบพลันรุนแรงที่หาสาเหตุไม่ได้</p>	<p>ไม่ต้องพิจารณาประวัติเสี่ยงข้างต้น</p>	<p>ไม่ต้องพิจารณาพื้นที่ระบาดต่อเนื่อง</p>

ตารางที่ 2 อาการทางคลินิกที่วินิจฉัยผู้ป่วยที่ควรได้รับการตรวจหาไวรัส COVID1-9 US CDC

อาการและอาการแสดงทางคลินิก		ประวัติความเสี่ยงทางระบาดวิทยา
ไข้* หรืออาการ/อาการแสดง ของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น ไอ หายใจเหนื่อยหอบ	และ	บุคคลรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อ COVID1-9 ภายใน 14 วันนับตั้งแต่มีอาการ
ไข้* และหรืออาการ/อาการแสดง ของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น ไอ หายใจเหนื่อยหอบ	และ	มีประวัติเดินทางจากมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ภายใน 14 วันนับตั้งแต่มีอาการ
ไข้* และหรืออาการ/อาการแสดง ของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น ไอ หายใจเหนื่อยหอบ ที่ต้องให้การรักษาในโรงพยาบาล	และ	มีประวัติเดินทางจากประเทศจีน ภายใน 14 วันนับตั้งแต่มีอาการ
<p>* อาการไข้หรือวัดได้ไข้</p> <p>¶ นิยามของผู้ที่สัมผัสใกล้ชิด (ข้อใดข้อหนึ่ง):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดภายในระยะ 6 ฟุต (2 เมตร) หรือภายในห้องเดียวกัน หรือบริเวณที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID1-9 โดยที่ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อเช่น กาวน ถุงมือ หน้ากาก N95 หรือแว่นตากันสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา ● ผู้ที่ดูแลหรืออยู่ร่วมกับหรืออยู่ห้องร่วมกับ ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID1-9 <p>ผู้ที่สัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID1-9 เช่น ไอ จาม โดยที่ไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม</p>		

จะเห็นว่าเกณฑ์การคัดกรองของประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยอาจมีอาการไข้หรือไม่ก็ได้ แต่ต้องมีประวัติสัมผัสโรค ส่วนเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขไทยใช้ ต้องมีทั้งไข้และอาการของการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ และมีประวัติสัมผัสโรค เกณฑ์นี้อาจจะมีการปรับเปลี่ยนตามข้อมูลที่เพิ่มขึ้น แพทย์และบุคลากรในวิชาชีพบริการสุขภาพ จึงควรติดตามและปรับเกณฑ์ให้ทันเหตุการณ์อยู่เสมอ

การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

สำหรับผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ ควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการติดเชื้อ ควรเก็บส่งตรวจทั้งจากทางเดินหายใจส่วนบน (nasopharyngeal และ oropharyngeal swab) และส่วนล่าง (เสมหะ tracheal aspirate หรือน้ำล้าง bronchoalveolar lavage) ไม่แนะนำให้กระตุ้นเพื่อเก็บเสมหะ ส่วนส่งตรวจอื่น ๆ ก็อาจ

มีความจำเป็นเช่นปัสสาวะหรืออุจจาระ เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนมีอาการถ่ายเหลว วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อโดยวิธี polymerase chain reaction

กรณีผู้ป่วยได้รับยืนยันว่าติดเชื้อ ให้เก็บตัวอย่าง Clotted blood 2 ครั้ง คือ วันแรกที่ได้รับการรักษา และวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ อาจมีการส่งตรวจ serology ภายหลัง (หากไม่มี clotted blood ในวันแรกของผู้ป่วยมารับการรักษา ให้เก็บในวันแรกที่ทราบผลเป็นบวก)

การรักษา

1. การรักษาแบบประคับประคองเป็นการรักษาที่สำคัญของการรักษาโรคติดเชื้อ COVID1-9
2. ไม่แนะนำให้ใช้ corticosteroid ในการรักษาเนื่องจากไม่มีหลักฐานยืนยันว่าได้ประโยชน์แต่อาจเป็นอันตรายมากกว่า และมีข้อมูลจากการใช้ยาในผู้ที่ติดเชื้อ Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) ที่พบว่าทำให้อัตราการตายของเชื้อซ้ำ
3. การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลที่น่าเชื่อถือว่ายามีประสิทธิภาพ แม้ว่า มีข้อมูลของยา remdesivir ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม nucleotide analogue ที่มีประสิทธิภาพในห้องทดลองและในสัตว์ทดลองที่ยับยั้งเชื้อ SARS และ MERS-CoV ซึ่งในขณะนี้มีการใช้ในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID1-9 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา 1 ราย
4. ยาอื่นๆที่มีข้อมูลที่จำกัดมากได้แก่ lopinavir darunavir และ umifenovir ดังนั้นไม่แนะนำให้ใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยโรค COVID1-9 ยาต้านไวรัสในกลุ่ม protease inhibitor มีผลข้างเคียงมาก มีปฏิกิริยากับยาชนิดอื่น ๆ อีกหลายชนิด เช่น ergot ทำให้มี ergotism และปฏิกิริยากับ rifampicin คือจะเพิ่มระดับของ rifampicin ในขณะที่ rifampicin จะลดระดับยา protease inhibitor และการใช้ยานี้ร่วมกันก็อาจเกิดพิษต่อดับได้ง่าย ผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองติดเชื้อ เอชไอวีอยู่ก่อน ถ้าได้ยานี้ไป เท่ากับได้ยารักษาเอชไอวีเพียงชนิดเดียว ซึ่งจะได้ผลและมีโอกาสที่เชื้อเอชไอวีจะดื้อยากกลุ่มนี้ได้ง่ายในภายหลัง ดังนั้น จึงไม่แนะนำให้ใช้ยานี้ในการรักษาโรคโคโรนาไวรัส-19 เป็นการทั่วไป แต่อาจพิจารณาใช้ในรายที่มีอาการรุนแรงและพิจารณารอบด้านของผลดีและผลเสียของการใช้ยาต้านไวรัส รวมทั้งควรเก็บข้อมูลผลการรักษาในลักษณะของงานวิจัย
5. ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เนื่องจากมีโอกาสติดจากคนไปคน โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020 Jan 24.
2. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. N Engl J Med. 2020 Jan 29.
3. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020. Jan 30.
4. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. Jama. 2020.
5. Center for Disease Control and Prevention. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infection [internet]. 2020 [cited 2020 Feb 08]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>