

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ความชุกของภาวะเสียการรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติ ในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ปิยวดี ทองยศ ปร.ด.

อรุณ น้อยอุดม ปร.ด.

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ติดต่อผู้เขียน: ปิยวดี ทองยศ Email: piyawadee.kha@mahidol.ac.th

วันรับ: 29 พ.ย. 2565

วันแก้ไข: 2 พ.ค. 2567

วันตอบรับ: 13 พ.ค. 2567

## บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทสัมผัสด้านการรับรู้กลิ่นและการรับรสอาหาร การศึกษาแบบบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อหาความชุกของภาวะเสียการรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติ ในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มารับการตรวจคัดกรองในโรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประวัติปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ การตรวจหาเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อาการเกี่ยวกับการรับรู้กลิ่น การรับรสอาหาร อาการผิดปกติอื่น ประวัติโรคประจำตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 400 ราย มีอายุเฉลี่ย 41.54 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 221 ราย (ร้อยละ 55.25) ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุด คือ การสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันว่าเป็นโรค 316 ราย (ร้อยละ 79.00) ประวัติโรคความดันโลหิตสูง 79 ราย (ร้อยละ 19.75) ความชุกของภาวะเสียการรู้กลิ่น 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.75 ความชุกของการรับรสผิดปกติ 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.50 ต่อประชากรพันราย และมีอาการทั้ง 2 อย่างร่วมกัน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.75 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะเสียการรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติเป็นอาการที่พบได้ในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวมาปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 และติดตามอาการในระยะยาวต่อไป

**คำสำคัญ:** โรคโควิด-19; ภาวะเสียการรู้กลิ่น; การรับรสผิดปกติ

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 or COVID-19) เป็นโรคติดต่อที่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งมีรายงานการค้นพบโรคดังกล่าวช่วงเดือนธันวาคม 2562 จากผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีการระบาด ณ เมือง

อู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน<sup>(1)</sup> ต่อมาเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคดังกล่าวเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic)<sup>(2)</sup> โดยพบผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากจากโรคดังกล่าว สถานการณ์ปัจจุบันพบว่ามีผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมทั่วโลกแล้วประมาณ 183 ล้านคน และพบผู้เสียชีวิต

ชีวิตประมาณ 4 ล้านคน สำหรับสถิติในประเทศไทย ข้อมูลจากกองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมแล้วจำนวน 270,921 ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสมจำนวน 2,141 ราย<sup>(3)</sup> และสถานการณ์ดังกล่าวมีแนวโน้มจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น

สำหรับอาการและอาการแสดงที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ไข้ ไอ หายใจลำบาก ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ท้องเสีย<sup>(1,4)</sup> และเมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้การทำงานของระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (acute respiratory failure)<sup>(5)</sup> อย่างไรก็ตามนอกจากอาการและอาการแสดงที่พบบ่อยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังพบว่า เชื้อไวรัสดังกล่าวได้ทำลายระบบการทำงานส่วนอื่นของร่างกายส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติอื่นที่พบได้ในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้แก่ อาการเกี่ยวกับภาวะเสียการรับรู้กลิ่น (dysosmia)<sup>(6,7)</sup> และการรับรสผิดปกติ (dysgeusia)<sup>(8)</sup> การรับกลิ่น (olfactory sensation) เป็นระบบประสาทรับความรู้สึกในร่างกายและเป็นส่วนหนึ่งในระบบรับรู้รสชาติทางเคมี (chemical receptor) ทำให้มนุษย์สามารถแยกแยะวัตถุและสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้<sup>(9)</sup> ความผิดปกติในการรับกลิ่นเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น อุบัติเหตุบริเวณศีรษะ โรคจมูกและไซนัส การติดเชื้อไวรัสจากการเป็นหวัด เป็นต้น ดังนั้น การเสียการรับรู้กลิ่น (dysosmia) อาจส่งผลต่อความสามารถในการแยกสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น ควัน แก๊สพิษ อาหารที่เน่าเสีย นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้ความอยากในการรับประทานอาหารลดลงและมีคุณภาพชีวิตลดลง<sup>(10)</sup> ระบบประสาทสัมผัสที่สำคัญอีกประการคือการรับรส (taste sensation) ซึ่งเป็นการทำงานของหน่วยรับรสชาติอาหารที่ปุ่มรับรสบริเวณลิ้น ทำให้มนุษย์เราสามารถรับรสชาติต่าง ๆ ของอาหาร เช่น รสหวาน รสเค็มได้<sup>(11)</sup> หากผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อความอยากในการรับประทานอาหารลดลงและการรับรสชาติของอาหารลดลงได้<sup>(12,13)</sup>

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในประเทศไต้หวัน จำนวน 217 ราย พบว่า มีจำนวนผู้ที่มีภาวะเสียการรับรู้กลิ่น

ร้อยละ 33.6 และมีการรับรสผิดปกติ ร้อยละ 28.6<sup>(8)</sup> นอกจากนี้ มีรายงานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review)<sup>(14)</sup> เกี่ยวกับภาวะเสียการรับรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติในผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวน 23 เรื่อง ซึ่งมีการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ แคนาดา บราซิล เบลเยียม ฝรั่งเศส สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ลิงคโปร์ สเปน อิสราเอล อิหร่าน และอิตาลี พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเสียการรับรู้กลิ่น ร้อยละ 2.8 ถึง 85.6 และการรับรสผิดปกติ ร้อยละ 11.9 ถึง 88.0 ซึ่งอัตราการเกิดความผิดปกติดังกล่าวพบมากในผู้หญิงและผู้ที่มีอายุน้อย

ผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าอาการผิดปกติเกี่ยวกับการได้กลิ่นและการรับรสเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคโควิด-19 พยาบาลวิชาชีพนับเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการซักประวัติเพื่อเป็นแนวทางในการตรวจคัดกรองเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยที่เข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการผิดปกติดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การตรวจวินิจฉัยแยกโรคโควิด-19 อย่างไรก็ตาม การข้อมูลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความชุกของภาวะเสียการรับรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในประเทศไทยมีค่อนข้างน้อย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสูญเสียการรับรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มารับการตรวจคัดกรองในโรงพยาบาลรามธิบดี กรุงเทพมหานคร ว่าเป็นอย่างใด เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการซักประวัติคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ต่อไป

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (descriptive research) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-19 โดยเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว

### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโควิด-19 ที่มารับการตรวจคัดกรองในโรงพยาบาลรามธิบดี กรุงเทพมหานคร

ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-19 โดยมีผลตรวจหาเชื้อด้วยวิธี nasal swab ยืนยัน
2. สัญชาติไทย
3. อายุ 18 ปีขึ้นไป

#### การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Yamane<sup>(15)</sup> ซึ่งเป็นตารางที่ใช้หาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% จากตารางจำนวนประชากร 6,000 ราย จะได้กลุ่มตัวอย่าง 375 ราย

จากสถิติจำนวนประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ที่มารับการตรวจคัดกรองในโรงพยาบาลรามาริบัติ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2564 จำนวนประมาณ 6,500 ราย จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 ราย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบบันทึกอาการ ที่พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า content validity index: CVI เท่ากับ 0.98

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย มีจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การตรวจวินิจฉัยหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และประวัติโรคประจำตัว

แบบบันทึกอาการมีจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย อาการเกี่ยวกับการรู้กลิ่น อาการเกี่ยวกับการรับรส และอาการผิดปกติอื่นที่พบได้บ่อยจำนวน 12 อาการ ได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูก เสมหะ หายใจลำบาก หายใจหอบเหนื่อย ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว ตาแดง มีผื่น โดยลงบันทึกว่า มี หรือ ไม่มีอาการ

#### วิธีการเก็บข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผ่านระบบ

EMR ของโรงพยาบาล โดยใช้คอมพิวเตอร์ที่ตั้งอยู่ในที่มิดชิด บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบบันทึกอาการ จากนั้นจึงทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

#### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 21.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2012) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาการเกี่ยวกับการรู้กลิ่น อาการเกี่ยวกับการรับรส อาการผิดปกติอื่นที่พบได้บ่อย และประวัติโรคประจำตัว โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ใบรับรองเลขที่ COA. MURA2021/596 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ข้อมูลที่ได้จากประวัติในเวชระเบียนผ่านระบบ EMR แบบประเมินของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล การนำเสนอผลการศึกษา การอภิปรายผลจะนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากประวัติในเวชระเบียนซึ่งไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้น จึงไม่มีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

#### ผลการศึกษา

ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุเฉลี่ย 41.54 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 16.40) อายุระหว่าง 18-91 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 221 คน (ร้อยละ 55.25) เพศชายจำนวน 179 ราย (ร้อยละ 44.75) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท จำนวน 110 คน (ร้อยละ

27.50) รองลงมาคือ อาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 77 ราย (ร้อยละ 19.25) อาชีพค้าขาย จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 11.75) และ อาชีพรับราชการ จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 10.50) สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 19.75) รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 12.00) โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 4.50) และโรคหัวใจ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 2.50) (ตารางที่ 1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุด คือ มีประวัติสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วย ยืนยันว่าเป็นโรคโควิด-19 จำนวน 316 ราย (ร้อยละ 79.00) รองลงมา ได้แก่ มีประวัติเดินทางไปสถานที่

ชุมชน จำนวน 73 ราย (ร้อยละ 18.25) และประกอบอาชีพที่มีโอกาสติดต่อกับคนจำนวนมาก จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 2.75) (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงจากกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 400 ราย พบว่า มีภาวะเสียการรู้กลิ่น จำนวน 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.75 มีอาการเกี่ยวกับการรับรสผิดปกติ จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 11.50) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีภาวะเสียการรู้กลิ่นร่วมกับการรับรสผิดปกติ จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 8.75) (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการและอาการแสดงที่พบมาก 4 อันดับแรก ได้แก่ อาการไอ จำนวน 249 ราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อโควิด-19 (N = 400)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ			อาชีพ		
Mean (SD): 41.54 (16.40) ปี			อื่นๆ เช่น พนักงานร้านอาหาร	19	4.75
Min - Max: 18-91 ปี			มัคคุเทศน์		
เพศ			พนักงานขับรถ	2	0.50
ชาย	179	44.75	ไม่ได้ทำงาน	38	9.50
หญิง	221	55.25	โรคประจำตัว		
อาชีพ			ไม่มี	243	60.75
พนักงานบริษัท	110	27.50	มีโรคประจำตัว	157	39.25
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	77	19.25	ความดันโลหิตสูง	79	19.75
ค้าขาย	47	11.75	เบาหวาน	48	12.00
รับราชการ	42	10.50	ไขมันในเลือดสูง	18	4.50
นักเรียน นักศึกษา	36	9.00	โรคหัวใจ	10	2.50
รับจ้างทั่วไป	29	7.25	โรคไต	2	0.50

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 (n = 400)

ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติสัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยันว่าเป็นโรคโควิด	316	79.00
ประวัติเดินทางไปสถานที่ชุมชน	73	18.25
ประกอบอาชีพที่มีโอกาสติดต่อกับคนจำนวนมาก	11	2.75

**ความชุกของภาวะเสียการรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง**

(ร้อยละ 62.25) ใช้ จำนวน 216 ราย (ร้อยละ 54.00) เจ็บคอ จำนวน 180 ราย (ร้อยละ 45.00) และมีน้ำมูก จำนวน 111 ราย (ร้อยละ 27.75) (ตารางที่ 4) โดยกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย อาจมีอาการและอาการแสดงมากกว่า 1 อาการ

**วิจารณ์**

ผลการศึกษาค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย<sup>(16,17)</sup> สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุดคือ การสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ ผลการ

**ตารางที่ 3 อัตราการเกิดภาวะเสียการรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติ (n = 400)**

อาการ*	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะเสียการรู้กลิ่น		
มีอาการ	99	24.75
ไม่มีอาการ	301	75.25
การรับรสผิดปกติ		
มีอาการ	46	11.50
ไม่มีอาการ	354	88.50
มีภาวะเสียการรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติ	35	8.75

\*หมายเหตุ ผู้ป่วยบางคน มีมากกว่า 1 อาการ

**ตารางที่ 4 อาการและอาการแสดงอื่นๆ ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 (n = 400)**

อาการและอาการแสดง*	จำนวน	ร้อยละ
ไอ	249	62.25
ไข้	216	54.00
เจ็บคอ	180	45.00
น้ำมูก	111	27.75
เสมหะ	69	17.25
ปวดศีรษะ	60	15.00
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	55	13.75
หายใจเหนื่อย	52	13.00
ถ่ายเหลว	30	7.50
อ่อนเพลีย	24	6.00
คัดจมูก	9	2.25
หายใจลำบาก	7	1.75
คลื่นไส้ อาเจียน	5	1.25
ตาแดง	2	0.50
ผื่นตามตัว	1	0.25

\*หมายเหตุ ผู้ป่วยบางคนมีมากกว่า 1 อาการ

ศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 ที่ผ่านมา<sup>(18)</sup> นอกจากนี้ พบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ได้แก่ มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายของการติดเชื้อโควิด-19 ที่ผ่านมาพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้ง 2 โรคดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19<sup>(17)</sup>

ภาวะเสียการรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการทำงานของระบบประสาทสัมผัส ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อาการดังกล่าวข้างต้นเป็นอาการที่มีรายงานในผู้ติดเชื้อโควิด-19<sup>(14)</sup>

จากการศึกษาครั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคโควิด-19 ระหว่างเดือนมกราคมถึงกรกฎาคม 2564 พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะเสียการรู้กลิ่น จำนวน 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.75 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 1,022 ราย มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรู้กลิ่นถึง ร้อยละ 53<sup>(19)</sup> ซึ่งพบมากกว่าการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะความแตกต่างของเกณฑ์คัดเข้าที่งานวิจัยดังกล่าวศึกษาในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปี<sup>(19)</sup> นอกจากนี้ยังสอดคล้องผลการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ที่ผ่านมาจำนวน 83 เรื่อง ในผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 27,492 ราย พบว่า มีความชุกของภาวะเสียการรู้กลิ่นถึงร้อยละ 47.85 โดยพบในทวีปยุโรป ร้อยละ 54.40 อเมริกาเหนือ ร้อยละ 51.11 เอเชีย ร้อยละ 31.39 และออสเตรเลีย ร้อยละ 10.71 ตามลำดับ<sup>(20)</sup>

สำหรับความชุกของการรับรสผิดปกติในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ผลการศึกษาครั้งนี้พบจำนวน 46 ราย อัตราร้อยละ 11.50 ซึ่งอาการดังกล่าวพบได้ในผู้ติดเชื้อโควิด-19 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 61 เรื่อง ในผู้ติดเชื้อ

โควิด-19 จำนวน 28,374 ราย พบว่า มีความชุกของการรับรสผิดปกติในอเมริกา ร้อยละ 66.78 ยุโรป ร้อยละ 57.18 ตะวันออกกลาง ร้อยละ 38.83 และเอเชียตะวันออก ร้อยละ 13.10<sup>(21)</sup> นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสียการรู้กลิ่นร่วมกับการรับรสผิดปกติจำนวน 35 ราย หรือร้อยละ 8.75 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการทั้ง 2 อย่างร่วมกันร้อยละ 8.51<sup>(22)</sup> นอกจากนี้ อาการภาวะเสียการรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติแล้ว ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในการศึกษาครั้งนี้ ยังมีอาการและอาการแสดงอื่นด้วย เช่น อาการไอ ซึ่งเป็นอาการที่พบมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ไข้ เจ็บคอ มีน้ำมูก ตามลำดับ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในการศึกษาที่ผ่านมา<sup>(4,5)</sup>

ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าภาวะเสียการรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติเป็นอาการที่พบได้ในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาว่าภาวะความผิดปกติทั้ง 2 อาการดังกล่าวเป็นอาการที่สำคัญและเป็นตัวบ่งชี้สำหรับการวินิจฉัยโดยโควิด-19 โดยเฉพาะในระยะแรกของการติดเชื้อ<sup>(23)</sup>

#### ข้อจำกัดในการทำวิจัย

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้เนื่องจากการเก็บข้อมูลวิจัยอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง จึงการเก็บข้อมูลได้จากการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนอาจส่งผลทำให้ข้อมูลที่ได้รับไม่ครบถ้วน

#### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มักมีอาการและอาการแสดงนำที่พบบ่อย ได้แก่ อาการ ไอ ไข้ เจ็บคอ มีน้ำมูก อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าภาวะเสียการรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติเป็นอาการที่พบได้ในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของอาการเกี่ยวกับภาวะเสียการรู้กลิ่นและการรับรสผิดปกติไปเป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 ในการวินิจฉัยแยกโรคและเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ รวม

ถึงการติดตามอาการดังกล่าวในระยะยาวต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียวในเวชระเบียน และไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาของการมี อาการก่อนได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคโควิด-19 และระยะเวลาของการเกิดอาการดังกล่าวหลังได้รับการวินิจฉัย ดังนั้น ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาของการเกิดอาการและมีการศึกษาติดตามไปข้างหน้าเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำผู้ป่วยต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับทุนอุดหนุนการวิจัยของอาจารย์พยาบาล และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทุกท่านสำหรับข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. 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;395:507-13.
2. World Health Organization. Coronavirus [Internet]. 2000 [cited 2022 Aug 13]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 2 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/guidelines.php>
4. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao, J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020;395:497-506.
5. World Health Organization Thailand. Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers [Internet].2000 [cited 2022 August 13 ]. Available from: <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19>
6. Zahra SA, Iddawela S, Pillai K, Choudhury RY, Harky A. Can symptoms of anosmia and dysgeusia be diagnostic for COVID-19? Brain Behav 2020;10(11):1-18.
7. Sheng WH, Liu WD, Wang JT, Chang SY, Chang SC. Dysosmia and dysgeusia in patients with COVID-19 in northern Taiwan. J Formos Med Assoc 2021; 120(1): 311-7.
8. Saniasiaya J, Islam MA, Abdullah B. Prevalence and characteristics of taste disorders in cases of COVID-19: a meta-analysis of 29,349 patients. Otolaryng Head Neck 2021;165(1):33-42.
9. ขวัญชนก ริยะปาน. การศึกษาภาวะการรับกลิ่นและปัจจัยที่มีผลต่อการรับกลิ่นในผู้สูงอายุชาวไทย. เชียงรายเวชสาร 2562;11(2):100-5.
10. Allensworth JJ, Schlosser RJ, Smith TL, Mace JC, Soler ZM. Use of the diet history questionnaire III to determine the impact of dysosmia on dietary quality. Int Forum Allergy Rhinol 2022;12(6):849-58.
11. Park GY, Hwang H, Choi M. Advances in optical tools to study taste sensation. Mol Cells 2022; 45(12):877-82.
12. Mastrangelo A, Bonato M, Cinque P. Smell and taste disorders in COVID-19: from pathogenesis to clinical features and outcomes. Neurosci Lett 2021;748:135694.
13. Risso D, Drayna D, Morini G. Alteration, Reduction and taste loss: main causes and potential implications on dietary habits. Nutrients 2020;12(11):1-16.
14. Mutiawati E, Fahriani M, Mamada SS, Fajar JK, Frediansyah A, Maliga HA, et al. Anosmia and dysgeusia in SARS-CoV-2 infection: incidence and effects on

- COVID-19 severity and mortality, and the possible pathobiology mechanisms – a systematic review and meta-analysis. *F1000Res* 2021;10(40):1–28.
15. Yamane T. *Statistics: an introductory analysis*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Harper and Row; 1973.
16. Zhang JJ, Dong X, Liu GH, Gao YD. Risk and protective factors for COVID-19 morbidity, severity, and mortality. *Clin Rev Allergy Immunol* 2023;64(1):90–107.
17. Kharroubi SA, Diab-El-Harake M. Sex-differences in COVID-19 diagnosis, risk factors and disease comorbidities: a large US-based cohort study. *Front Public Health* 2022;10:1–12.
18. Sirijatuphat R, Leelarasamee A, Horthongkham N. Prevalence and factors associated with COVID-19 among healthcare workers at a university hospital in Thailand. *Medicine (Baltimore)* 2022;101(38):1–6.
19. Mubaraki AA, Alrbaiai GT, Sibyani AK, Alhulayfi RM, Alzaidi RS, Almalki HS. Prevalence of anosmia among COVID-19 patients in Taif City, Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2021;42(1):38–43.
20. Saniasiaya J, Islam MA, Abdullah B. Prevalence of olfactory dysfunction in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): a meta-analysis of 27,492 patients. *Laryngoscope* 2021;131(4):865–78.
21. Cirillo N. Taste alteration in COVID-19: significant geographical differences exist in the prevalence of the symptom. *J Infect Public Health* 2021;14(8):1099–105.
22. Al-Ani RM, Acharya D. Prevalence of anosmia and ageusia in patients with COVID-19 at a primary health center, Doha, Qatar. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2020;74(Suppl 2):2703–9.
23. Lee Y, Min P, Lee S, Kim S. Prevalence and duration of acute loss of smell or taste in COVID-19 patients. *J Korean Med Sci* 2020;35(18):1–6.

### Prevalence of Dysosmia and Dysgeusia in People with COVID-19 at a Tertiary Care Hospital

Piyawadee Thongyost, Ph.D.; Angun Noyudom, Ph.D.

Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Thailand

*Journal of Health Science of Thailand* 2024;33(6):975-83.

**Corresponding author:** Piyawadee Thongyost, Email: piyawadee.kha@mahidol.ac.th

**Abstract:** The coronavirus disease 2019 is an infectious disease that affects the sensation of smell and taste. This descriptive study aimed to assess the prevalence of dysosmia and dysgeusia in 400 people infected with COVID-19 who came for screening at Ramathibodi Hospital, Bangkok. Data were collected from medical records. Instruments for data collection included the demographic data form and health data form, such as the history of infection risk factors, testing results for coronavirus 2019, symptoms related to the sense of smell and taste, other abnormal symptoms, and medical conditions. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The study results found that a sample of 400 people had an average age of 41.54 years, with the majority being 221 females (55.25%). The most significant risk factor for COVID-19 infection was contact or close contact with patients confirmed to have the disease in 316 cases (79.00%). The history of high blood pressure was observed in 79 cases (19.75%). Dysosmia was observed in 99 cases or 24.75%; and the percentage of cases with dysgeusia was 11.50% (46 cases). The number of cases with both symptoms was 35 (8.75%). The study results demonstrated that dysosmia and dysgeusia are quite common symptoms in people infected with COVID-19. Therefore, public health personnel can apply the study results as guidelines for evaluating people at risk of developing COVID-19 and will continue monitoring their long-term symptoms.

**Keywords:** COVID-19, anosmia; dysosmia; dysgeusia