

การระบาดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในจังหวัดพิจิตร

วิศิษฐ์ อภิสถิรวิทยา

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน พิจิตร

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ที่เกิดขึ้นในจังหวัดพิจิตร ในเชิงระบาดวิทยา อาการทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา และผลของการรักษา โดยเก็บข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อ กับผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน ถึง 14 สิงหาคม 2552 พบผู้ป่วยยืนยัน 160 ราย ผู้ป่วยตรวจไม่พบเชื้อ 163 ราย พบผู้ป่วยยืนยันสูงสุดในช่วงกลางเดือนกรกฎาคม โดยมีลักษณะการกระจายตัวใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ ผู้ป่วยยืนยันพบมากที่สุดในช่วงอายุ 10-19 ปี ร้อยละ 56.3 และ 0-9 ปี ร้อยละ 21.9 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ พบมากที่สุดในช่วงอายุ 10-19 ปี ร้อยละ 26.4 และอายุ 0-9 ปี ร้อยละ 21.5 ตามลำดับ พบอาการไอ ร้อยละ 92.5 ไข้ ร้อยละ 86 ในกลุ่มผู้ป่วยยืนยัน และ พบอาการไข้ ร้อยละ 82.7 ไอ ร้อยละ 75.5 ในกลุ่มตรวจไม่พบเชื้อ อาการอื่นพบได้ใกล้เคียงกัน รับประทานในโรงพยาบาล ร้อยละ 59.3 ในกลุ่มผู้ป่วยยืนยัน และ ร้อยละ 64.4 ในกลุ่มผู้ป่วยตรวจไม่พบเชื้อ รับประทาน Oseltamivir ร้อยละ 66.3 ในกลุ่มผู้ป่วยยืนยัน และ ร้อยละ 58.3 ในกลุ่มผู้ป่วยตรวจไม่พบเชื้อ ระยะเวลาไข้เฉลี่ยก่อนพบแพทย์คือ 3.35 วัน ในกลุ่มผู้ป่วยยืนยัน และ 3.85 วันในกลุ่มผู้ป่วยตรวจไม่พบเชื้อ ผลการตรวจนับเม็ดเลือดขาวใกล้เคียงกันในทุก 2 กลุ่ม พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 1.25 ในกลุ่มผู้ป่วยยืนยัน และ ร้อยละ 2.45 ในกลุ่มผู้ป่วยตรวจไม่พบเชื้อ

การศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยในเชิงระบาดวิทยา อาการทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา และผลของการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการวางแผน ป้องกัน ควบคุม และการดูแลรักษาในผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ต่อไป

คำสำคัญ: การระบาด, ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009, พิจิตร

บทนำ

ตั้งแต่เริ่มการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009-Novel influenza A (H1N1 virus) ในช่วงกลางเดือนมีนาคม 2552 ที่ประเทศเม็กซิโก⁽¹⁾ จากนั้นได้ลุกลามระบาดไปยังส่วนต่าง ๆ ของโลกอย่างรวดเร็ว โดยในประเทศไทยพบผู้ป่วย 2 รายแรก เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2552 ในผู้ป่วยที่เดินทางมาจากประเทศ

เม็กซิโก⁽²⁾ โรคได้ระบาดในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และไปยังส่วนภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศ สำหรับในจังหวัดพิจิตรมีรายงาน ผู้ป่วยรายแรก เมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2552 โดยผู้ป่วยเป็นนักเรียนที่เรียนอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งกลับบ้านหลังจากโรงเรียนปิดเนื่องจากพบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 จากนั้นจึงมีรายงานผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อในอำเภอต่าง ๆ

จนครบทุกอำเภอ กระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการต่าง ๆ ทั้งในด้านการณรงค์ให้ความรู้ การป้องกัน การสนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การกระจายยาต้านไวรัส รวมถึงการออกแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1)⁽³⁾ เพื่อเป็นแนวทางให้กับแพทย์ทั่วประเทศในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อศึกษาการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ที่ระบาดในจังหวัดพิจิตร ในเชิงระบาดวิทยา ลักษณะทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา และผลของการรักษา โดยเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อในช่วงเวลาเดียวกัน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในจังหวัดพิจิตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มาตรวจโรคด้วยอาการของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ด้วยวิธีการ PCR (Polymerase Chain Reaction)

โดยผู้ป่วยสงสัย คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยมีอาการของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งแพทย์ผู้รักษาสงสัยว่าอาจติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ตามแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1)⁽³⁾

ผู้ป่วยยืนยันคือ ผู้ที่มีอาการเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลบวกต่อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ด้วยวิธีการ PCR

ผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ คือ ผู้ที่มีอาการเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลลบต่อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ด้วยวิธีการ PCR

โดยเก็บข้อมูลจากแบบรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบที่รายงานจากโรงพยาบาลที่ทำการรักษา ในช่วงวันที่ 15 มิถุนายน 2552 - 14 สิงหาคม 2552 ซึ่งผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ด้วยวิธีการ PCR โดยเก็บรวบรวมในข้อมูลดังต่อไปนี้

- การวินิจฉัยโรค: ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1 virus infection) หมายถึง ผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อ

ไม่ใช่ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (Non - H1N1 virus infection) หมายถึง ผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ

- ข้อมูลทั่วไป: อายุ เพศ

อาการและอาการแสดง: ไข้ ไอ เหนื่อย หายใจลำบาก น้ำมูก ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย ท้องเสีย

- ระยะเวลาไขก่อนพบแพทย์

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: complete blood counts (CBC)

- การรักษาที่ได้รับ: ยา oseltamivir

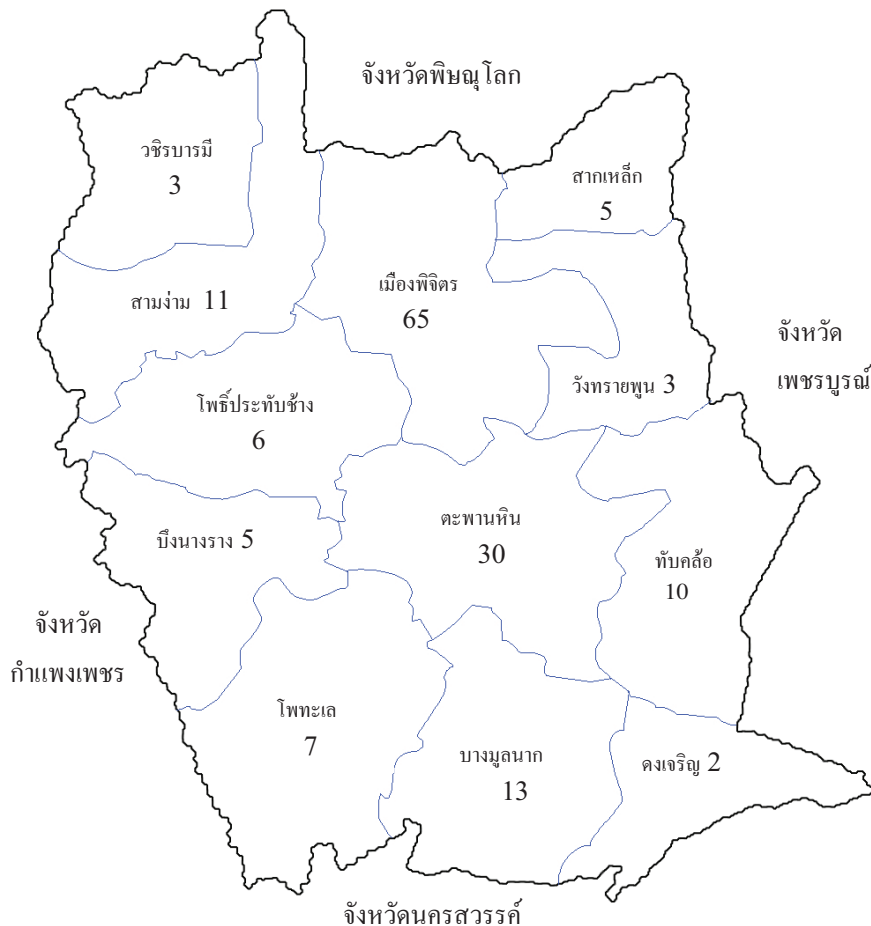
- ผลการรักษา

โดยการใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย อัตราส่วน โดยแจกแจงข้อมูลเปรียบเทียบในกลุ่มผู้ป่วยยืนยัน และผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในจังหวัดพิจิตร ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้วยวิธี PCR สำหรับเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในระหว่างวันที่ 15 มิถุนายนถึงวันที่ 14 สิงหาคม 2552 รวมทั้งหมด 323 ราย มีผู้ป่วยให้ผลบวก 160 ราย โดยมีการตรวจพบในทุกอำเภอของจังหวัดพิจิตร ซึ่งพบมากที่สุด ในอำเภอเมืองและอำเภอตะพานหินเป็นลำดับรองลงมา (รูปที่ 1) มีผู้ป่วยให้ผลลบ 163 ราย

โดยตรวจพบผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 รายแรกในจังหวัดพิจิตรเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน



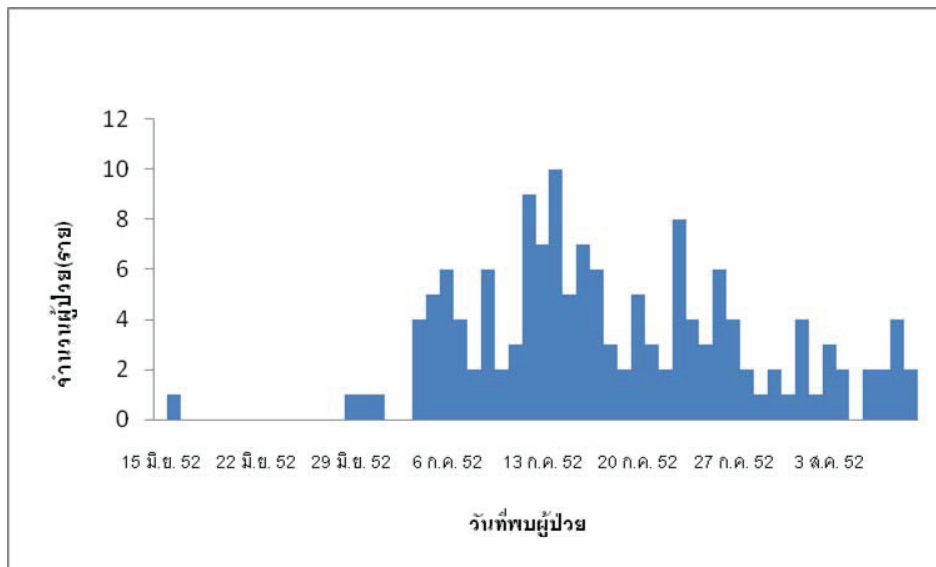
รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อหวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (ราย) ในอำเภอต่าง ๆ ของจังหวัดพิจิตร (15 มิถุนายน - 14 สิงหาคม 2552)

2552 และตรวจพบรายที่ 2 ในอีก 13 วันต่อมา คือวันที่ 29 มิถุนายน 2552 จากนั้นได้มีการตรวจพบต่อเนื่องจนมีผู้ป่วยยืนยันสูงสุด 10 รายในวันที่ 14 กรกฎาคม 2552 จากนั้นการตรวจพบจึงเริ่มลดลง (รูปที่ 2) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ตรวจไม่พบเชื้อมีจำนวนและลักษณะการกระจายตัวที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (รูปที่ 3) มีผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อสูงสุดในวันที่ 13 กรกฎาคม 2552 จำนวน 11 ราย โดยในช่วงเดือนแรกของการตรวจ (15 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2552) พบผู้ป่วยตรวจไม่พบเชื้อจำนวน 68 ราย พบผู้ป่วยยืนยัน 52 ราย

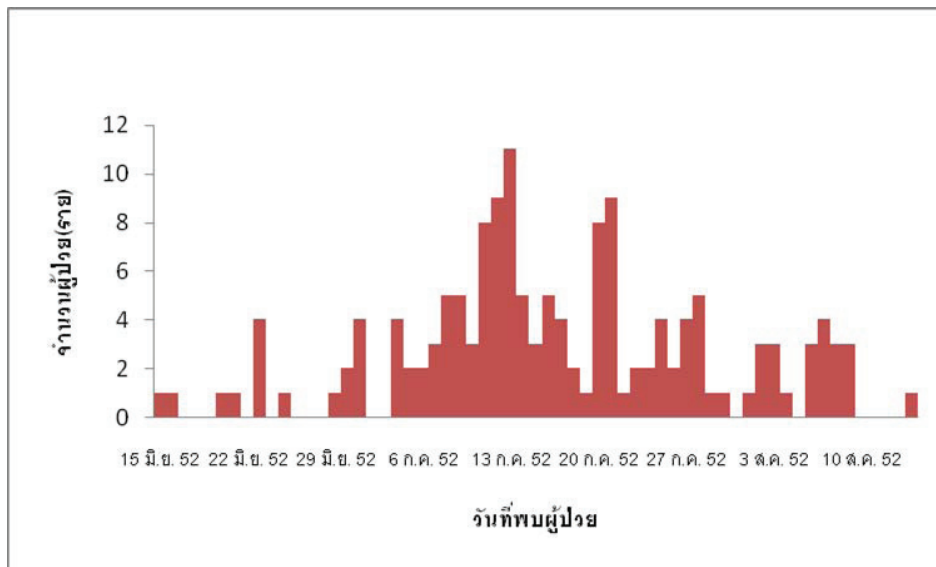
สำหรับช่วงอายุที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยยืนยันสูงสุด 90 ราย (56.3%) ในช่วงอายุ 10-19 ปี อันดับ

รองลงมาพบ 35 ราย (21.9%) ในช่วงอายุ 0-9 ปี และ 12 ราย (7.5%) ในช่วงอายุ 20-29 ปี ตามลำดับ(รูปที่ 4) โดยในกลุ่มที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อสูงสุด 43 ราย (26.4%) ในช่วงอายุ 10-19 ปี อันดับรองลงมาพบ 35 ราย (21.5%) ในช่วงอายุ 0-9 ปี และ 23 ราย (14.1%) ในช่วงอายุ 20-29 ปี

กลุ่มผู้ป่วยยืนยัน พบไข้ ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) ร้อยละ 86 ไอ ร้อยละ 92.5 ปวดศีรษะร้อยละ 60.6 น้ำมูกร้อยละ 50 ปวดเมื่อยร้อยละ 38.8 เหนื่อยหอบ หายใจลำบากร้อยละ 26.3 และท้องเสียร้อยละ 9.4 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยตรวจไม่พบเชื้อ พบไข้ร้อยละ 82.7 ไอร้อยละ 75.5 ปวดศีรษะร้อยละ 61.3 น้ำมูกร้อยละ 45.4 ปวดเมื่อยร้อยละ 36.2 เหนื่อยหอบ หายใจลำบากร้อยละ 42.3 และท้อง



รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในจังหวัดพิจิตร (15 มิถุนายน - 14 สิงหาคม 2552)



รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในจังหวัดพิจิตร (15 มิถุนายน - 14 สิงหาคม 2552)

เสียชีวิต 8 (ตารางที่ 1)

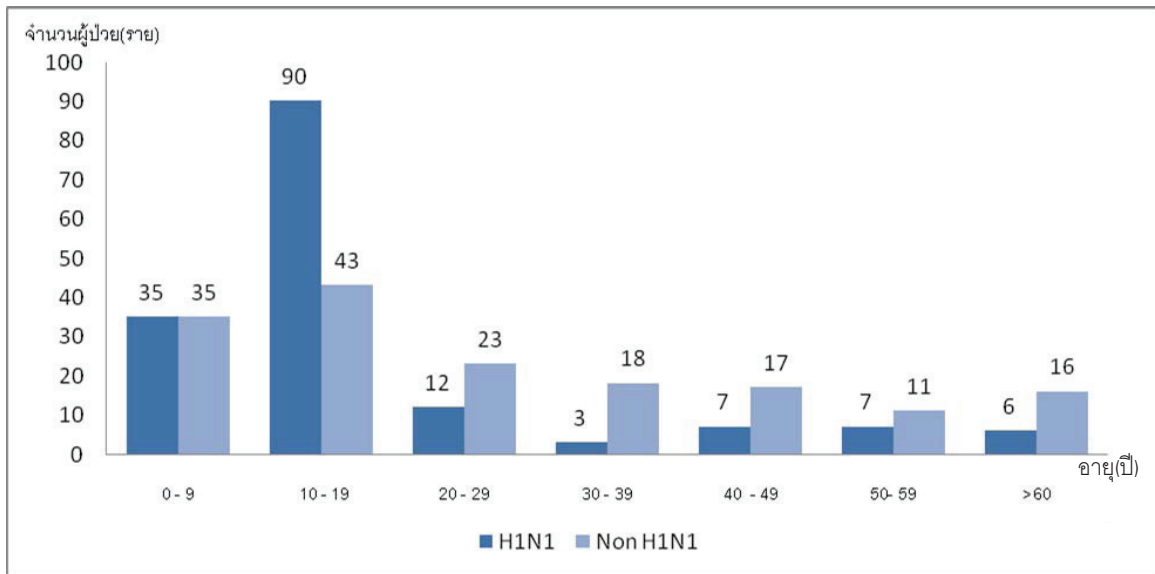
การตรวจเม็ดเลือดทางห้องปฏิบัติการพบว่า กลุ่มผู้ป่วยยืนยัน พบ white blood cell เฉลี่ย 7,870 cells/mm³ (พิสัย 2,400-17,800) neutrophil เฉลี่ย ร้อยละ 66 lymphocyte เฉลี่ยร้อยละ 26 เก็ดเลือดเฉลี่ย 227,353 โดยมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/mm³ 1 ราย (0.86%) ในขณะที่กลุ่มตรวจไม่พบเชื้อมีค่าใกล้เคียงกัน

โดยมีผู้ป่วยเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/mm³ 5 ราย (4.17%)

เฉลี่ยระยะเวลาใช้ก่อนพบแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยยืนยัน 3.35 วัน (พิสัย 1-16 วัน) กลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ 3.85 วัน (พิสัย 1-30 วัน)

ผู้ป่วยยืนยันได้รับยา oseltamivir 106 ราย (66.3%) รับไว้ในโรงพยาบาล 95 ราย (59.3%) เสียชีวิต 2 ราย

การระบาดใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในจังหวัดพิจิตร



รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในจังหวัดพิจิตร แยกตามกลุ่มอายุ (15 มิถุนายน - 14 สิงหาคม 2552)

ตารางที่ 1 อาการ อาการแสดงและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยยืนยันใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 กับผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในจังหวัดพิจิตร (15 มิถุนายน - 14 สิงหาคม 2552)

	H1N1 ราย (%) (n = 160)	Non- H1N1 ราย (%) (n = 163)
อาการทางคลินิก จำนวน/ทั้งหมด (%)		
ไข้ (T >38°C)*	117 (86.0)	105 (82.7)
ไอ	148 (92.5)	123 (75.5)
น้ำมูก	80 (50.0)	74 (45.4)
ปวดศีรษะ	97 (60.6)	100 (61.3)
ปวดเมื่อย	62 (38.8)	59 (36.2)
เหนื่อย/หายใจลำบาก	42 (26.3)	69 (42.3)
ท้องเสีย	15 (9.4)	13 (8.0)
รับไว้ในโรงพยาบาล	95 (59.3)	105 (64.4)
ได้รับยา oseltamivir	106 (66.3)	95 (58.3)
เสียชีวิต	2 (1.25)	4 (2.45)
ระยะเวลาไข้ก่อนรับการรักษา-วันเฉลี่ย(พิสัย)	3.35(1-16)	3.85(1-30)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ-ค่าเฉลี่ย(พิสัย)	n = 116	n = 120
white blood cell (cells/mm ³)	7,870 (2,400-17,800)	8,607 (1,400-41,200)
neutrophil (%)	66 (18-92)	69 (25-98)
lymphocyte (%)	26 (2-86)	24 (2-71)
platelet (cells/mm ³)	227,353 (51,000-497,000)	243,028 (15,000-573,000)

*มีข้อมูลที่ถึงบันทึกในกลุ่มยืนยัน 136 ราย ในกลุ่มที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ 127 ราย

(1.25%) โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ ได้รับยา oseltamivir 95 ราย (58.3%) รับประทานในโรงพยาบาล 105 ราย (64.4%) เสียชีวิต 4 ราย (2.45%) (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยยืนยัน 2 ราย พบว่า รายแรกเป็นเด็กนักเรียนหญิง อายุ 7 ปี ไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ รายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 45 ปี เป็นเบาหวานและมีภาวะอ้วน ทั้ง 2 รายได้รับยา oseltamivir ในวันที่ 6 และ 7 หลังจากเริ่มป่วยตามลำดับ

ผู้ป่วยเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ เป็นผู้ป่วยชายทั้ง 4 คน อายุ 21, 26, 45, 64 ปีตามลำดับ มีผู้ป่วยอายุ 45 ปี ดื่มน้ำสุรา สูบบุหรี่เป็นประจำ ส่วนอีก 3 ราย ปฏิเสธว่าไม่มีโรคประจำตัว ได้รับยา oseltamivir 2 ราย

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของประชากรในจังหวัดพิจิตรที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ด้วยวิธีการ PCR โดยมีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มยืนยันและกลุ่มที่ตรวจไม่พบเชื้อ ซึ่งพบว่ามีปริมาณผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน และพบผู้ป่วยยืนยันในทุกอำเภอของจังหวัดพิจิตร (รูปที่ 1)

จากรูปที่ 2 และ 3 พบว่า อัตราการตรวจพบผู้ป่วยยืนยัน จะเริ่มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปลายเดือนมิถุนายน และสูงสุดในช่วงกลางเดือนกรกฎาคม ต่อจากนั้นผู้ป่วยเริ่มมีปริมาณลดลงตามลำดับ ซึ่งมีลักษณะของการกระจายของผู้ป่วยคล้ายกับในผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ คือจะมีปริมาณสูงสุดในช่วงกลางเดือนกรกฎาคมเช่นกัน

การติดเชื้อผู้ป่วยยืนยันในภาพรวมของประเทศ⁽²⁾ เริ่มติดเชื้อตั้งแต่ต้นเดือนพฤษภาคม และสูงที่สุดในช่วงวันที่ 10-13 มิถุนายน 2552 อาจอธิบายได้ว่า การติดเชื้อในจังหวัดพิจิตร เป็นการติดเชื้อในระยะต่อการติดเชื้อในภาพรวมของประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดใน

กรุงเทพฯและปริมณฑล โดยระยะเวลาจุดสูงสุดของภาพรวมประเทศกับจังหวัดพิจิตร ห่างกันประมาณ 1 เดือน

เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ มีการกระจายในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มผู้ป่วยยืนยัน และมีปริมาณผู้ป่วยใกล้เคียงกันโดยในช่วงเดือนแรกของการตรวจ (15 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2552) พบผู้ป่วยตรวจไม่พบเชื้อมากกว่าพบผู้ป่วยยืนยันเล็กน้อย อาจอธิบายได้จากรายงานข่าวจากสื่อมวลชนในช่วงนั้นมีปริมาณมากและต่อเนื่องในช่วงกลางเดือน มิถุนายนซึ่งยอดผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอัตราสูงสุด ร่วมกับปริมาณผู้ป่วยที่ติดเชื้อเริ่มมีการกระจายสู่ภูมิภาคทำให้เกิดความตื่นตระหนกกับสถานการณ์ดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจเข้าสู่ระบบการตรวจรักษาเพิ่มขึ้น

ช่วงอายุที่พบสูงสุดในผู้ป่วยกลุ่มยืนยัน คือ 10-19 ปี, 0-9 ปี และ 20-29 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลที่มีรายงานในประเทศเยอรมัน⁽⁴⁾ โดยพบสูงสุดในช่วงอายุ 10-29 ปี พบร้อยละ 77 (รายงานผู้ป่วย 9,950 ราย) เช่นเดียวกับที่รายงานในสหรัฐอเมริกา พบสูงสุดในช่วง 10-18 ปี ซึ่งอาจเป็นได้จากในช่วงวัยรุ่นอาจมีความไวต่อเชื้อนี้ หรือมีการติดต่อได้ง่ายกว่า จากลักษณะทางสังคม เช่น การเรียน การทำกิจกรรมร่วมกันและการเดินทางไปแหล่งอื่นได้ง่าย ในผู้สูงอายุที่มีการติดเชื่อน้อยกว่าอาจเป็นไปได้ว่ามีการ cross - protection จาก antibodies จากเชื้อที่เคยติดมาก่อน⁽⁵⁾ ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อมีการกระจายในทุกกลุ่มอายุ

การติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่และไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ เป็นการติดต่อโดยมนุษย์สู่มนุษย์ สำหรับวิธีการติดต่อ (mode of transmission) ยังไม่ชัดเจน แต่น่าจะเป็นจากการติดต่อโดยการฟุ้งกระจายของ large droplets เป็นส่วนใหญ่ และอาจมีการติดต่อโดย small - particle droplet nuclei ซึ่งพบได้จากผู้ป่วยติดเชื้อที่มีอาการไอ การติดต่อยังสามารถติดต่อทางพาหะหรือวัสดุที่มีการปนเปื้อน (contamination) ผู้ป่วยส่วนหนึ่ง

มีอาการท้องเสียร่วมด้วย ซึ่งอาจมีไวรัสในอุจจาระและอาจติดต่อโดยการ fecal - oral transmission ได้ ระยะฟักตัว (incubation periods) เท่ากับ 2-7 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถแพร่เชื้อได้ตั้งแต่ 1 วันก่อนมีอาการ จนถึง 5-7 วัน หลังมีอาการ ในเด็กอายุน้อยและในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันต่ำหรือไม่ดี หรือป่วยหนัก อาจแพร่เชือนานกว่านี้⁽⁵⁾ สำหรับในผู้ป่วยติดเชื้อแต่ไม่มีอาการยังไม่มีความชัดเจนถึงระยะฟักตัวและระยะติดต่อ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไข้เฉลี่ย 3.35 วัน ก่อนพบแพทย์โดยพบว่าระยะเวลาของไข้ก่อนพบแพทย์นานที่สุดคือ 16 วัน ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ มีอาการไข้ก่อนพบแพทย์เฉลี่ย 3.85 วัน ก่อนพบแพทย์ รายงานในสหรัฐพบว่าไข้เฉลี่ย 6 วัน (พิสัย 4-13) ในกลุ่มของ H1N1 ที่เป็น severe pneumonia⁽⁶⁾ เมื่อเทียบกับแนวทางการรักษาโรคไข้หวัดสายพันธุ์ 2009 แนะนำให้ผู้ป่วยควรได้รับยา oseltamivir ภายใน 2 วัน ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยที่มีไข้มาพบแพทย์ตรวจเฉลี่ยวันที่ 3-4 ซึ่งอาจช้าเกินไป อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อในปอดมากขึ้น

สำหรับอาการที่พบในผู้ป่วยยืนยันมีอาการคล้ายกับไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล^(7,8) และมีอาการคล้ายกับของผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานผู้ป่วยในต่างประเทศ^(5,9,10) โดยพบอาการไข้ ร้อยละ 85-95 และอาการไอมากกว่าร้อยละ 90 แต่เป็นที่สังเกตว่า พบภาวะท้องเสียร้อยละ 9 ซึ่งพบรายงานในญี่ปุ่นร้อยละ 20⁽¹⁰⁾ และในรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽⁵⁾ ร้อยละ 25 สำหรับข้อมูลอาการที่ไม่ได้รายงานแต่พบได้ในรายงานต่างประเทศ ได้แก่ ภาวะ conjunctivitis ซึ่งพบได้ในช่วงร้อยละ 6.4¹⁰ - 11.3⁵

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่พบได้แก่ ตรวจพบเม็ดเลือด เม็ดเลือดขาวเฉลี่ย 7,870-8,607 cells/mm³ นิวโทรฟิลล์ ร้อยละ 66-69 ลิมโฟไซต์ ร้อยละ 24-26 และเกล็ดเลือดซึ่งมีค่าใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม โดยที่รายงานข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วย H1N1 ที่เป็นปอดอักเสบ มีเม็ดเลือดขาวเฉลี่ยที่ 6,000 cell/mm³ ลิมโฟไซต์ ร้อย-

ละ 14.2⁽⁶⁾

ผลการตรวจที่อาจตรวจพบได้ จากรายงานผู้ป่วยอื่นที่ไม่ได้ตรวจในรายงานฉบับนี้ creatinine kinase ที่สูงขึ้นผิดปกติร้อยละ 62 และ lactate dehydrogenase ซึ่งสูงกว่าค่าปกติในผู้ป่วยทั้งหมดของกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อ H1N1 ที่เป็นปอดอักเสบ⁽⁶⁾

เนื่องจากได้มีแนวทางการรักษาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญของกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ โดยใช้ลักษณะทางคลินิกและลักษณะทางระบาดวิทยา ในการวินิจฉัยและให้การรักษาโดยการให้ยา oseltamivir ซึ่งการส่งตรวจ nasopharyngeal swab หรือ throat swab เพื่อหาสาเหตุว่าผู้ป่วยติดเชื้อ H1N1 หรือไม่นั้น ใช้เวลายืนยันผลประมาณ 3 วัน ซึ่งในแนวทางดังกล่าว แนะนำให้เริ่มให้ยา oseltamivir ภายใน 48 ชั่วโมง ในกรณีที่สงสัยเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ H1N1 และมีข้อบ่งชี้ตามแนวทางที่แนะนำไว้ โดยไม่ต้องรอผลยืนยัน ซึ่งมีผู้ป่วยร้อยละ 62 ในกลุ่มผู้ป่วยยืนยัน และร้อยละ 52 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบ ที่ได้รับยา oseltamivir ซึ่งมีการให้น้อยกว่าในต่างประเทศที่มีรายงาน เช่น ในสหรัฐอเมริกามีการให้ยา oseltamivir ร้อยละ 74⁽⁵⁾ ในญี่ปุ่นมีการให้ยา oseltamivir ร้อยละ 56 และ zanamivir ร้อยละ 40 รวมมีการใช้ยาด้านไวรัสสูงถึงร้อยละ 96⁽¹⁰⁾ ซึ่งทั้งการมาพบแพทย์ช้าและอัตราการได้รับยาด้านไวรัสน้อย อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบและเสียชีวิต สำหรับผลการรักษาว่าอาการไข้หายไปภายในระยะเวลาเท่าใด ยังไม่มีการเก็บข้อมูล แต่มีรายงานในประเทศญี่ปุ่นพบว่า ยิ่งให้ยาด้านไวรัสเร็วเท่าไร ระยะที่ไข้ลดลงจะเร็วมากขึ้น โดยเฉลี่ยไข้ลงที่ประมาณ 2-3 วัน หลังได้รับยาด้านไวรัส⁽¹⁰⁾

จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลในกลุ่มที่ตรวจไม่พบเชื้อสูงกว่า กลุ่มยืนยันเล็กน้อย ซึ่งอาจอธิบายได้จากในช่วงแรกของการระบาดมีผู้ป่วยสงสัยที่ได้รับ การตรวจ PCR อาจได้รับยา oseltamivir และรับไว้ในโรงพยาบาลเกือบทุกราย เนื่องจากแพทย์ต้องการแยกตัวผู้ป่วยเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและสังเกต

อาการเนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ (รูปที่ 2, 3) จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลในกลุ่มที่ตรวจไม่พบเชื้อสูงกว่ากลุ่มยืนยัน ถึงแม้ว่าพบผู้ป่วยในช่วงแรกเป็นผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ PCR เป็นลบมากกว่าเป็นบวก เมื่อแพทย์มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ได้รับข้อมูล ในด้านการดำเนินโรคมามากขึ้นร่วมกับอาจมีผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาลเกินกว่าห้องแยกที่มีอยู่และมีการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ในช่วงเวลาต่อมาผู้ป่วยสงสัยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น

มีผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิต 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.25 โดยรายแรกเป็นเด็กนักเรียนหญิง อายุ 7 ปี ไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ รายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 45 ปี เป็นเบาหวานและมีภาวะอ้วน ทั้ง 2 รายได้รับยา oseltamivir ในวันที่ 6 และ 7 หลังจากเริ่มป่วยตามลำดับ และมีประวัติรักษาที่คลินิกหลายแห่ง จึงได้รับยาช้ากว่าที่ระบุไว้ในแนวทางการรักษา ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ เสียชีวิต 4 ราย ร้อยละ 2.45 พบว่า มี 1 ราย มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน 1 รายดื่มสุราเป็นประจำ อีก 2 รายไม่พบโรคประจำตัว จึงควรทบทวนประวัติโดยละเอียดเพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและรักษาที่เหมาะสมต่อไป สาเหตุที่ผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ เสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยยืนยัน ยังไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่แน่ชัด แต่อาจเป็นไปได้ในกรณีที่กลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบการติดเชื้ออาจเป็นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อแต่เกิดจากความผิดพลาดในด้านเทคนิคการเก็บตัวอย่าง การเก็บรักษา การขนส่งสิ่งส่งตรวจ ระยะเวลาการเก็บ ทำให้รายงานผลเป็นลบ จึงทำให้ข้อมูลของ 2 กลุ่มที่นำมาเปรียบเทียบกันนี้ค่อนข้างคล้ายกันในระดับหนึ่ง ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษาย้อนหลังของการศึกษานี้

ข้อจำกัดของการศึกษาย้อนหลังของการศึกษานี้ อีกประการหนึ่งได้แก่ การที่กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเปลี่ยนจากการตรวจหาเชื้อโดยวิธีการ PCR ในผู้ป่วยสงสัยทุกรายเป็นตรวจเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มี

โรคประจำตัวที่อาจทำให้อาการทรุดลง หรือในการระบาดเป็นกลุ่มก้อน ทำให้อาจเก็บข้อมูลในระยะหลัง อาจได้ไม่ครบทุกรายที่เป็นผู้ป่วยสงสัย

สรุปและข้อเสนอแนะ

การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ 2009 และติดเชื้อระบบทางเดินหายใจไม่ใช่ H1N1 ของประชากรในจังหวัดพิจิตร ซึ่งเป็นการติดเชื้อในระยะต่อจากการระบาดในกรุงเทพฯและปริมณฑล โดยเริ่มพบผู้ป่วยรายแรก หลังพบผู้ป่วยรายแรกในกรุงเทพฯ ประมาณ 6 สัปดาห์ และพบผู้ป่วยมีอัตราการติดเชื้อสูงสุด มีระยะเวลาภายหลัง พบผู้ป่วยสูงสุดในระดับประเทศ 4 สัปดาห์ พบผู้ป่วยสูงสุดในช่วงอายุ 10-19 ปี พบอาการไข้ ไอ บ่อยที่สุด มีอาการไอในผู้ป่วยยืนยันมากกว่าผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อเล็กน้อย ส่วนใหญ่มีอาการคล้ายกับโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการใกล้เคียงกัน การได้รับยา oseltamivir การรับไว้ในโรงพยาบาลแตกต่างกันเล็กน้อย ผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ

ผู้ป่วยที่รักษามีระยะเวลาของไข้ก่อนมา รพ. เฉลี่ย 3.35 วัน ในกลุ่มผู้ป่วยยืนยัน และ 3.85 วัน ในกลุ่มผู้ป่วยตรวจไม่พบเชื้อ H1N1 ซึ่งอาจล่าช้าเมื่อเทียบกับแนวทางการรักษาโรค และยังคงพบผู้ป่วยที่เสียชีวิต ทั้งในรายงานนี้และในต่างประเทศ มารักษาตัวค่อนข้างช้าในกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะ pneumonia และ respiratory failure

โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. รณรงค์ส่งเสริมมาตรการเชิงรุก ให้ประชาชนตระหนักในการป้องกันโรค ดูแลตนเองให้ถูกต้องและลดความตื่นตระหนกน้อยที่สุด โดยน่าจะช่วยให้ปริมาณผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบบริการทางสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

2. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงการตรวจรักษาที่มีมาตรฐาน ได้แก่ ที่คลินิก โรงพยาบาลเอกชน สถานี

อนามัยหรือช่องทางอื่น ๆ เช่น ทางโทรศัพท์ เป็นต้น

3. กระตุ้นเตือนและเผยแพร่แนวทางการรักษาโรค ให้แก่แพทย์ผู้รักษาให้เป็นแนวทางเดียวกันและชัดเจน โดยเน้นที่การป้องกัน การคัดกรองผู้ป่วย การตรวจรักษา แนะนำให้ใช้ยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุดในผู้ป่วยที่สงสัย ควรได้รับยาอย่างรวดเร็วและครอบคลุมมากขึ้น

4. เพิ่มขีดความสามารถและความแม่นยำในการวินิจฉัย เช่น การพัฒนาชุดตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น ให้มีความรวดเร็วและแม่นยำ จัดอบรมเทคนิคการเก็บตัวอย่างการเก็บรักษา การขนส่ง เพื่อโยชน์ในการรักษาที่ถูกต้อง ทันทั่วถึงและลดการใช้ยาต้านไวรัสโดยไม่จำเป็น

5. ควรศึกษาโดยเก็บข้อมูลไปข้างหน้า โดยครอบคลุมเรื่องระบาดวิทยา อาการ อาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลลัพธ์ของการรักษา รวมถึงการทบทวนการเสียชีวิตที่เป็นระบบ เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุม ป้องกันและการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์ประจักษ์ วัฒนกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, นายแพทย์กิตติโชติ ตั้งกิตติถาวร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร และคุณจิตตภา อยู่นันท์ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ได้ให้คำปรึกษา และรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Alert and Response (GAR). [online]. [cited 2009 Aug 30]; Available from: URL: <http://www.who.int/csr/don/2009-04-24/en/index.html>
2. Silva UC, Warachit J, Waicharoen S, Chittaganpitch M. A preliminary analysis of the epidemiology of influenza A(H1N1)v virus infection in Thailand from early outbreak data, June-July 2009. Euro Surveill [se-

rial online] 2009 [cited 2009 Aug 30]; 14(31): [3 screens]. Available from: URL: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19292>

3. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1). [online]. 2009 (สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2552); [7 screens] Also Available from: URL: http://beid.ddc.moph.go.th/th/index.php?option=com_content&task=view&id=2110271&Itemid=242
4. Gilsdorf A, Poggensee G. On behalf of the working group pandemic influenza A(H1N1)v. Influenza A (H1N1)v in Germany: the first 10,000 cases. Euro Surveill [serial online] 2009[cited 2009 Aug 30]; 14(34): [4 screens]. Available from: URL: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19318>
5. Novel Swine - Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team. Emergence of a Novel swine - origin influenza A (H1N1) virus in human. N Engl J Med 2009; 360:2605-15
6. Padilla R, Zamboni D, Leno S, Hernandez M, Falconi F, Bautista E, et al. Pneumonia and respiratory failure from swine - origin in influenza A (H1N1) in Mexico. N Engl J Med 2009; 361:680-9.
7. จูไร วงศ์สวัสดิ์, นาฎพูน สงวนวงศ์, บุญชัย โควาดีสัยบุรณะ. อาการทางคลินิกโรคไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก H5N1. ใน: ทวี โชติพิทยสุนนท์, นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, บรรณาธิการ. ตำราการดูแลรักษาไข้หวัดนก/ไข้หวัดใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร; 2550. หน้า 48-68.
8. กุลกัญญา โชคไพบุลย์กิจ. ลักษณะทางคลินิกในคน. ใน: กวางพันธ์ ภัทรโกศล, ประเสริฐ เอื้ออรากุล, บรรณาธิการ. ไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก. กรุงเทพมหานคร; สมาคมไวรัสวิทยา (ประเทศไทย): 2549. หน้า 104-11.
9. Castro-Jimenez MA, Castillo-Pabon JO, Rey-Benito GJ, Pulido-Domínguez PA, Barbosa-Ramírez J, Velandia-Rodríguez DA, et al. On behalf of the virology group and the communicable diseases surveillance group. Epidemiologic analysis of the laboratory-confirmed cases of influenza A (H1N1)v in Colombia. Euro Surveill [serial online] 2009 [cited 2009 Aug 30]; 14(30): [3screens]. Available from: URL: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19284>
10. Komiya N, Gu Y, Kamiya H, Yahata Y, Matsui T, Yasui Y, et al. Clinical features of cases of influenza A (H1N1)v in Osaka prefecture, Japan, May 2009. Euro Surveill [serial online] 2009 [cited 2009 Aug 30]; 14(29): [3screens]. Available from: URL: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19272>

Abstract Novel Influenza A (H1N1) in Phichit Province
Wisit Apisitwittaya

Taphan Hin Crown Prince Hospital, Phichit

Journal of Health Science 2010; 19:737-46.

This study was aimed at investigating an outbreak of novel influenza A (H1N1) in Phichit province from June 15 to August 14, 2009 by comparison between confirmed cases and non H1N1 infected cases in terms of epidemiological data, clinical presentations, laboratory findings, treatments and clinical outcomes. There were 160 confirmed cases and 163 non H1N1 infected cases. There were respectively; 56.3 percent and 21.9 percent in confirmed cases who were 10-19 years old and 0-9 years old, while 26.4 percent and 21.5 percent in non H1N1 cases were 10-19 years old and 0-9 years old, respectively. The most common presenting symptoms were cough (92.5%), fever (86%) in confirmed cases and fever (82.7%), cough (75.5%) in non H1N1 cases; others symptoms were similar. Treatment with oseltamivir and hospitalization were reported in 66.3 percent and 59.3 percent of confirmed cases; 58.3 percent and 64.4 percent of non H1N1 cases, respectively. Duration from onset of symptoms to having nasal swab collections (suspected cases) was 3.35 days in confirmed cases and 3.85 days in non H1N1 cases. Results of complete blood counts were similar in both groups.

The study reported epidemiology data, clinical presentations, laboratory findings, treatments and clinical outcomes of the patients who were confirmed novel influenza A (H1N1) cases and non H1N1 cases in Phichit province. Such information will become useful for further management of novel influenza A (H1N1).

Key words: outbreak, influenza A (H1N1), novel swine-origin influenza A (H1N1), Phichit