

ไต่เวลากำจัดโรคหัด

โรคหัด เกิดจากเชื้อไวรัส measles เป็นโรคติดต่อของระบบทางเดินหายใจ มักจะพบในเด็ก ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูง ไอแห้งๆ มีน้ำมูก ตาแดง และมีผื่นที่ผิวหนังเป็นปื้นแดง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะแทรกซ้อนหลายอาการ เช่น ปอดอักเสบ อูจจาระร่วง หูชั้นกลางอักเสบ สมออักเสบ บางรายถึงขั้นเสียชีวิต

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก แต่ละปี จะมีผู้ป่วยมากกว่า 1 แสนรายทั่วโลก โดยเด็กอายุ 9 เดือนถึง 7 ปี เป็นช่วงอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด สำหรับในประเทศไทย แต่ละปีจะมีผู้ป่วย 1 - 3 พันราย ทั้งๆ ที่วัคซีนหัดเป็นวัคซีนที่ถูกรับรองอยู่ในระบบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศแล้ว

โรคหัดไม่มียารักษา แต่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน มีประสิทธิผลถึงร้อยละ 95 ในอดีต ประเทศไทยเคยใช้วัคซีนเดี่ยว แต่วัคซีนที่มีใช้ในปัจจุบันเป็นวัคซีนผสม MMR ป้องกันโรคหัด (measles) โรคคางทูม (mumps) และโรคหัดเยอรมัน (rubella)

เมื่อปี 2529 เคยไปเรียนหลักสูตรวิทยาการพัฒนาระบาดวิทยา หรือ Developmental Science ที่เมืองออกตาวา ประเทศแคนาดา ศึกษาใน 2 มหาวิทยาลัย คือ มหาวิทยาลัยคาร์ลตัน และมหาวิทยาลัยออกตาวา ช่วงปิดเทอมแรก มีเวลาว่าง เลยขอความช่วยเหลือจากอาจารย์ผู้ดูแลนักศึกษาให้ช่วยฝากไปเป็นอาสาสมัครในศูนย์ควบคุมโรคของแคนาดา ซึ่งมีชื่อว่า Laboratory Center for Disease Control หรือ LCDC มีโครงสร้างและหน้าที่คล้ายกับศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกา หรือ US CDC ตอนนั้น ผู้อำนวยการ LCDC ชื่อ Dr Joseph Losos หลังแนะนำ

ตัว ท่านก็ให้ความสนใจ เมื่อทราบว่าเป็นแพทย์ทางระบาดวิทยา ท่านก็ขอให้ช่วยแก้ปัญหาการระบาดของโรคหัดในแคนาดา โดยอธิบายว่า ประเทศแคนาดา ป้องกันโรคหัดโดยใช้วัคซีน (วัคซีน MMR) อยู่ในรายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หรือ EPI ฉีดแก่เด็กอายุ 1 ปี ในตอนนั้น ความครอบคลุมของวัคซีนสูงถึงร้อยละ 95 (ซึ่งสูงมากอยู่แล้ว) แต่ก็ยังเกิดการระบาดของโรคหัดอยู่เป็นหย่อมๆ ทำให้มีผู้เจ็บป่วยจำนวนมาก บางรายพิการหรือเสียชีวิต จึงขอให้ช่วยหาแนวทางการป้องกันให้ด้วย

Dr Losos ตั้งความหวังไว้สูง เพราะการระบาดของโรคหัดในขณะนั้นเป็นประเด็นร้อนในสังคม ท่านได้จัดห้องทำงานให้ 1 ห้อง สั่งคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะชุดใหม่เอี่ยมมาให้ใช้ และมอบหมายให้นักสถิติของศูนย์ 1 คนมาคอยช่วยเหลือ หาข้อมูลสถิติของประเทศมาให้ และให้ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามที่มอบหมาย

ในตอนนั้น ระบบข้อมูลข่าวสารทางอินเทอร์เน็ตยังไม่มี พัฒนาการค่อนข้างจำกัด แต่ก็เพียงพอที่จะช่วยให้ทราบว่า การกำจัดโรคหัดเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ เพราะตอนนั้นมีประเทศหนึ่งในยุโรป ที่ไม่มีรายงานผู้ป่วย คือ ประเทศฟินแลนด์ โดยมีมาตรการดำเนินการด้วยการให้วัคซีนหัด 2 เข็ม คือเข็มแรกเมื่ออายุ 1 ขวบ และฉีดกระตุ้นตอน 2 ขวบ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 (พ.ศ. 2525) ในระยะนั้น ผู้ป่วยโรคหัดที่พบในฟินแลนด์ล้วนเป็นชาวต่างชาติ ข้อมูลดังกล่าวเป็นการยืนยันว่า สามารถกำจัดโรคหัดได้ หากดำเนินการให้บริการวัคซีนแก่เด็ก ฉีด 2 ครั้ง โดยต้องให้มีความครอบคลุมสูง

หลังจากได้ข้อสรุป ก็นำแนวคิดมาคำนวณความคุ้มค่า

หากประเทศแคนาดาต้องให้วัคซีน 2 เข็ม และทางเลือกต่าง ๆ ในแง่ของกลุ่มอายุที่มีความคุ้มทุนมากที่สุด ก็พบว่า ต้องให้เข็มแรกเมื่อตอน 1 ขวบ และเข็มที่ 2 ตอนสองขวบครึ่ง ซึ่งจะมีความคุ้มทุนกว่ากรณีที่ให้เข็มที่ 2 เมื่ออายุ 4 ขวบหรือ 12 ขวบ ซึ่งทั้ง 2 ช่วงอายุสัมพันธ์กับวัยที่เด็กเข้าโรงเรียนในระดับประถมและมัธยม ตามลำดับ

เมื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ต่อ Dr Losos ท่านพอใจมาก เพราะแนวทางการวิเคราะห์เป็นไปตามหลักเกณฑ์ทางระบาดวิทยา และทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และตัดสินใจเลือกนโยบายให้วัคซีน 2 เข็ม โดยเข็มที่ 2 ให้เมื่อตอนสองขวบครึ่ง

เพื่อให้แพทย์ที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั่วประเทศเห็นชอบ Dr Losos ได้มอบหมายให้ไปบรรยายในงานประชุม EPI (Expanded Programme on Immunization) ประจำปี ซึ่งปีนั้น จัดที่เมืองโตรอนโต โดยทาง LCDC รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ซึ่งก็ได้รับความยอมรับเป็นอย่างดี รวมทั้งยังขออนุญาตจาก Dr Losos นำเอาผลงานไปทำเป็นรายงานวิจัยนำเสนอในชั้นเรียนวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในเทอมถัดไป ที่มหาวิทยาลัยคาร์ลตัน ซึ่งต้องนำเสนอด้วยวาจาหน้าชั้นเรียน และทำเป็นเอกสารรายงานส่งอาจารย์ ทำให้ได้คะแนนเกรด A ตามฟอร์ม (เหมือนเช่นวิชาอื่นๆ ที่เรียนในปีนั้น)

จากการติดตามความก้าวหน้าหลังกลับประเทศไทย ก็พบว่า ประเทศแคนาดาเดินหน้าให้วัคซีนหัด 2 เข็มตามแนวทางที่นำเสนอ โดยตั้งเป้าให้เข็มที่ 1 ตอนหนึ่งขวบให้ครอบคลุมร้อยละ 97 และเข็มที่ 2 ตอนเริ่มเข้าอนุบาลให้ครอบคลุมร้อยละ 99 ภายในปี พ.ศ. 2543

ในช่วงนั้น โรคหัดยังไม่ได้ถูกบรรจุอยู่ในตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศไทย ซึ่งก็เริ่มในระยะต่อมา โดยให้เพียง 1 เข็มตอน 9-12 เดือน แต่ในปัจจุบันประเทศไทยบรรจุวัคซีนหัดประเภท MMR กำหนดให้ฉีด 2 เข็ม โดยเข็มแรกเมื่อ 9-12 เดือน และเข็มที่ 2 ตอน 18 เดือน

บทเรียนจากประเทศฟินแลนด์และแคนาดาทำให้เห็นว่า ถ้าจะกำจัดโรคหัดให้ได้ผล ความครอบคลุมของการ

ฉีดวัคซีนต้องสูงมาก เพราะแม้จะครอบคลุมถึงร้อยละ 95 ก็ยังกำจัดได้ไม่หมด จึงเป็นภาระหนักของระบบสาธารณสุขไทยที่จะดำเนินการให้ได้ผล เท่าที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่สามารถสร้างความครอบคลุมของวัคซีนหัดให้ถึงร้อยละ 95 ได้เลยทั้ง 2 เข็ม และพบว่า เข็มที่ 1 มีอัตราความครอบคลุมต่ำกว่าเข็มที่ 2 ในทุกเขตสุขภาพ และเขตที่มีอัตราต่ำสุดคือ เขตสุขภาพที่ 12 จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่จะพบรายงานการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคหัดให้เห็นทุกปี

ขณะนี้ในประเทศสหรัฐกำลังมีข่าวใหญ่ที่ดังไปทั่วโลกคือการกลับมาระบาดของของโรคหัดในรอบเกือบ 30 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันตกของรัฐเท็กซัส โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็ก และกว่าร้อยละ 20 มีอาการรุนแรงจนต้องนอนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 90 ไม่มีประวัติการรับวัคซีนหัด นักวิชาการกำลังกังวลว่าประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ ซึ่งกำลังตั้งหน้าตั้งตาลดงบประมาณภาคสาธารณสุข และเลิกจ้างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นจำนวนมาก ทั้งประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายอาร์ เอฟ เคนเนดี) ต่างก็มีความเห็นต่อต้านการใช้วัคซีน โดยกำหนดว่า ใครอยากฉีดก็ไปฉีด แต่ไม่มีการบังคับให้ต้องฉีด เช่นนี้ โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนก็น่าจะกลับมาระบาดอีกเป็นแน่ ตอนนี้มีรายงานโรคหัดมากกว่า 100 รายแล้วในสหรัฐ โดยพบใน 8 รัฐ และมีแนวโน้มขยายไปสู่รัฐอื่นๆ

ประเทศไทยต้องไม่เอาอย่างสหรัฐอเมริกา และเมื่อพิจารณาถึงประสิทธิผลที่สูงของวัคซีนหัด ก็น่าที่จะกำจัดโรคนี้ลงได้ โดยกระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดนโยบายให้ชัดเจน และดำเนินการให้วัคซีนเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่เคยมีความครอบคลุมต่ำ ซึ่งหากสามารถเพิ่มความครอบคลุมเกินร้อยละ 95 ได้ทั้ง 2 เข็ม ความสำเร็จที่พบในประเทศฟินแลนด์และแคนาดาก็จะเกิดในประเทศไทยได้อย่างแน่นอน

นพ. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

บรรณาธิการ