



บทที่ 9

บทเรียนการควบคุม

ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในประเทศไทย

1. บทนำ

ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 หรือที่เรียกกันโดยย่อและโดยง่ายว่า “ไข้หวัดใหญ่ 2009” เป็นเชื้อไข้หวัดใหญ่กลุ่ม A (H1N1) แต่จัดเป็นเชื้อสายพันธุ์ที่เพิ่งถูกค้นพบในคนและมีการรายงานครั้งแรกในเดือนเมษายน ค.ศ. 2009 โดยเชื้อสายพันธุ์ดังกล่าวมีองค์ประกอบพันธุกรรม ที่เป็นผลรวมจากเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่พบในนก ในหมูและในมนุษย์ ยังไม่ทราบว่าเชื้อดังกล่าวเกิดขึ้นได้อย่างไร ที่ไหน และผ่านจากสัตว์มาสู่มนุษย์คนครั้งแรกเมื่อไหร่ และเนื่องจากสามารถแพร่ติดต่อจากคนไปสู่คนได้อย่างรวดเร็ว จึงจัดเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญ

การควบคุมโรคติดต่อโดยทั่วไป (Disease Control) มีมาตรการซึ่งเป็นตัวกำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญดังนี้คือ

1.1 ตรวจพบให้เร็ว (Early detection) เน้นความสำคัญในเรื่องการเฝ้าระวัง การศึกษาวิจัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถค้นพบเชื้อเร็วที่สุด เนื่องจากเชื้ออุบัติใหม่อายุแค่ 60 เกิดในสัตว์และติดต่อกันมาเรื่อยๆ จึงจำเป็นต้องมีระบบการเฝ้าระวังโรคในสัตว์และในคนที่เชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกัน เพื่อว่าทันทีที่พบเหตุการณ์ระบาดในสัตว์ที่อาจมาสู่คนดังกล่าวจะได้รับดำเนินการเข้าควบคุมมิให้มีการแพร่กระจาย ขยายวงจากคนสู่คนอย่างกว้างขวาง เหตุการณ์การค้นพบเชื้อไข้หวัดใหญ่ 2009 ในครั้งนี้เป็นการค้นพบในคนก่อนพบในสัตว์และล่าช้าเกินไป เนื่องจากมีการแพร่กระจายค่อนข้างที่จะกว้างขวาง คือพบทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและในเม็กซิโกในเวลาไล่เลี่ยกัน

1.2 คุมให้อยู่ (Containment) โดยทฤษฎีหากพบการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่ชนิดใหม่จากคนสู่คนในระยะแรกเริ่มมากๆ เช่นภายใน 3 สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยยังมีอยู่ไม่มาก มีโอกาสที่จะทำการสกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรค โดยใช้มาตรการที่เข้มข้นทุกมาตรการ เช่น การตรวจคัดกรองผู้มีอาการแล้วนำมาแยกรักษา (Isolation) การแยกและเฝ้าคุมผู้สัมผัสหรือผู้ที่เพิ่งมาจากบริเวณระบาด (Quarantine) จนมั่นใจว่าไม่ป่วยจึงให้ใช้ชีวิตตามปกติได้ หรืออาจถึงขั้นให้ยาป้องกันในผู้สัมผัสโรคทุกคน (Antiviral prophylaxis of contacts) หรือทั้งชุมชน (Targeted antiviral prophylaxis) หรือทั้งเขตพื้นที่เช่นทั้งอำเภอหรือจังหวัด (Geographical antiviral prophylaxis) มาตรการสกัดกั้น เพื่อยุติการแพร่ระบาดนั้น จะมีผลกระทบต่อเสรีภาพของบุคคลรวม ตลอดไปถึงการเดินทางติดต่อและการค้าขายภายในและระหว่างประเทศ จึงสงวนไว้เฉพาะในระยะแรก แต่เนื่องจากการค้นพบเหตุการณ์ระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่ 2009 ค่อนข้างช้า มีการระบาดข้ามประเทศแล้ว โอกาสการสกัดกั้นเพื่อยุติการแพร่ระบาดนั้นไม่สามารถทำได้และไม่คุ้มที่จะทำเมื่อเทียบกับความรุนแรงของโรค จึงเป็นเหตุผลที่ประเทศสหรัฐอเมริกา แม้จะเป็นประเทศที่มีความเข้มแข็งทางวิชาการ และมีความพร้อมในเกือบทุกด้านก็ไม่เลือกใช้มาตรการนี้



1.3 ลดความเสี่ยง (Mitigation) การควบคุมโรคเมื่อโรคแพร่ขยายตัวอย่างกว้างขวางแล้ว ต้องหันกลับมาทำเฉพาะในสิ่งที่จำเป็น อันได้แก่ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการ (Treatment) การป้องกันไม่ให้มีการแพร่และติดโรครายใหม่ ซึ่งมีทั้งมาตรการที่ไม่ต้องพึ่งพิงเวชภัณฑ์ (Non-pharmaceutical interventions) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่นการล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อป่วย การหยุดกิจกรรมทางสังคม โดยการให้ผู้ป่วยหยุดอยู่บ้าน การหยุดชั้นเรียน การปิดโรงเรียน การหยุดงาน หรือการยุติกิจกรรมทั้งหมดของสังคมช่วงเวลาหนึ่ง ฯลฯ ตัวอย่าง ดังเช่นที่ประธานาธิบดีของประเทศเม็กซิโก ประกาศภาวะฉุกเฉินและสั่งปิดโรงเรียนทั่วประเทศ และงดกิจกรรมทางสังคมที่ผู้คนจะมารวมตัวกันระหว่างวันที่ 25 เมษายน ถึง 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ในขณะที่ทำการควบคุมการระบาด ก็จะต้องทำการศึกษาวิจัยเพื่อหามาตรการทางการแพทย์ที่ต้องพึ่งพิงเวชภัณฑ์ (Pharmaceutical interventions) เช่นยา หรือ วัคซีนเพื่อลดการป่วยการตายให้น้อยที่สุดเท่าที่จะยอมรับได้

1.4 กวาดล้างและกำจัด (Elimination and Eradication) หากเชื้อก่อโรคมียังมีชีวิตที่ต้องพึ่งพิงและขยายจำนวนในคนเท่านั้น และคนป่วยส่วนใหญ่มีอาการที่เห็นชัดเจน โอกาสที่จะทำการกวาดล้างและกำจัดโรคให้หมดไปโดยอาศัยมาตรการต่างๆ ก็มีความเป็นไปได้สูง แต่เนื่องจากเชื้อไข้หวัดใหญ่เป็นเชื้อที่มีวงจรชีวิตอยู่ในนก ในสัตว์ปีกพื้นบ้าน ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมหลายชนิด เช่นหมู รวมไปถึงคน ตลอดจนคนป่วยจำนวนหนึ่งในสามอาจ ติดเชื้อแต่มีอาการน้อย ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่จะกวาดล้างหรือกำจัดโรคไข้หวัดใหญ่ให้หมดไป จะมีเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่เกิดขึ้นเรื่อยๆ โดยเชื้อสายพันธุ์ใหม่บางตัวอาจใกล้เคียงกับตัวเดิมที่ มนุษย์พอมิภูมิคุ้มกันอยู่บ้าง หรืออาจเป็นเชื้อที่แตกต่างจากสายพันธุ์เดิมเกือบสิ้นเชิง ซึ่งในกรณีหลังนี้จะก่อให้เกิดการระบาด อย่างรวดเร็วไปทั่วโลก

2. เหตุการณ์สำคัญในไทยและต่างประเทศ (Chronology)

เหตุการณ์เกี่ยวกับการระบาดที่สำคัญเรียงตามลำดับเวลา มีสังเขปดังนี้

2.1 มีนาคม พ.ศ. 2552	(1) 18 มีนาคม ทางกรมเม็กซิโก สังเกตพบการเพิ่มจำนวนอย่างผิดปกติของผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ “Influenza-like-illness” แต่เข้าใจว่าเป็นไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
2.2 เมษายน พ.ศ. 2552	(1) 12 -21 เมษายน มีรายงานผู้ป่วยปอดบวมที่ไม่ทราบเชื้อ (Atypical pneumonia) เสียชีวิตอย่างน้อย 2 รายและมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากในเมือง Oaxaca ของเม็กซิโก (2) 23 เมษายน ศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ประกาศพบเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่จากผู้ป่วยในรัฐคาลิฟอร์เนีย โดยเป็นเชื้อชนิด A ที่ไม่สามารถแยกแยะได้ด้วยวิธีมาตรฐานแบบเดิม (Untypable Influenza A) (3) 24 เมษายน กระทรวงสาธารณสุขประเทศเม็กซิโกประกาศเตือนการแพร่ระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่มีอาการรุนแรง องค์การอนามัยโลกส่งสัญญาณเตือนภายในให้ประเทศต่างๆ ผ่านผู้รับผิดชอบกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation Focal Points) (4) 25 เมษายน กระทรวงสาธารณสุขไทย โดยกรมควบคุมโรคเริ่มเปิดศูนย์ปฏิบัติการเพื่อรับมือเหตุการณ์ในเม็กซิโก สื่อมวลชนเริ่มตีพิมพ์ข่าวที่ถ่ายทอดจาก CNN โดยเรียกชื่อ “ไข้หวัดหมู” (5) 27 เมษายน องค์การอนามัยโลกประกาศยกระดับการเตือนภัย ไข้หวัดใหญ่จากระดับ 3 เป็นระดับ 4 หมายความว่ามีการแพร่ระบาด จากคนสู่คน แต่เกิดเพียงพื้นที่เดียว



	<p>(6) 27 เมษายน กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยเสนอให้เรียกชื่อ “ไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก” แทนที่จะเรียกเป็น “ไข้หวัดหมู” เพื่อหลีกเลี่ยงความสับสนและผลกระทบที่ประชาชนอาจไม่ทานเนื้อหมู และแจ้งความเห็นเป็นการภายในห้องคณะกรรมการอนามัยโลกทราบ</p> <p>(7) 29 เมษายน ประชุมคณะกรรมการควบคุมไข้หวัดใหญ่แห่งชาติ พิจารณามาตรการในประเทศ</p> <p>(8) 29 เมษายน องค์การอนามัยโลกประกาศยกระดับการเตือนภัยจาก ระดับ 4 เป็นระดับ 5 หมายความว่ามีการระบาดข้ามพื้นที่แต่ยังอยู่ภายในไม่เกินสองภูมิภาค</p>
2.3 พฤษภาคม พ.ศ. 2552	<p>(1) 7-8 พฤษภาคม ประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขประเทศสมาชิก ASEAN+3 วาระพิเศษที่กรุงเทพฯ เพื่อพิจารณามาตรการในภูมิภาค ASEAN+3 Health Minister's special meeting on Influenza A (H1N1)</p> <p>(2) 12 พฤษภาคม รายงานผู้ป่วยคนไทยที่ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2 รายแรก เป็นผู้เดินทางจากประเทศเม็กซิโก สื่อมวลชนตั้งข้อสังเกตว่ากระทรวงสาธารณสุขไม่โปร่งใสที่ไม่ยอมเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับอายุ ที่อยู่และโรงพยาบาลที่รับรักษา กระทรวงสาธารณสุขให้เหตุผลว่าได้รับการขอร้องจากคนไข้และญาติ เนื่องจากเกรงสังคมรังเกียจ</p> <p>(3) 30 พฤษภาคม วันเริ่มป่วยของผู้ติดเชื้อภายในประเทศไทยที่ได้รับรายงานเป็นรายแรกในครอบครัวหนึ่ง ที่คุณพ่อคุณแม่เพิ่งเดินทางกลับจากประเทศสหรัฐอเมริกา และแพร่เชื้อสู่ลูกชายที่ไม่ได้เดินทางไปด้วยกัน</p>
2.4 มิถุนายน พ.ศ. 2552	<p>(1) 9 มิถุนายน กระทรวงสาธารณสุข ยืนยันพบการแพร่ระบาดในประเทศ ในกลุ่มพนักงานสถานบันเทิงที่พัทยา โดยเริ่มต้นจากการได้รับแจ้งผ่านทางหน่วยงานควบคุมโรคของไต้หวันว่ามีชาวไต้หวันติดเชื้อจากการมาเที่ยวประเทศไทย</p> <p>(2) 10 มิถุนายน ยืนยันพบการแพร่ระบาดในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร</p> <p>(3) 11 มิถุนายน องค์การอนามัยโลกประกาศยกระดับการเตือนภัยเป็นระดับ 6 หรือระดับสูงสุด หมายความว่ามีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกแล้ว มีผู้ติดเชื้อใน 74 ประเทศ ซึ่งหมายถึงว่าการแพร่ระบาดไม่สามารถหยุดยั้งได้อีกต่อไป และจะแพร่ขยายไปทั่วโลกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้</p> <p>(4) 13 มิถุนายน ยืนยันพบการแพร่ระบาดในโรงเรียนของรัฐในเขตจังหวัดปทุมธานี หนังสือพิมพ์ตีพิมพ์ข่าวว่าเกิดการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวาง</p> <p>(5) 21 มิถุนายน กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับอาจารย์จากคณะแพทยศาสตร์ต่างๆออกรายการทางโทรทัศน์ทำความเข้าใจกับประชาชนมิให้ตื่นตระหนก</p> <p>(6) 20 มิถุนายน ผู้ป่วยเสียชีวิตรายแรก แต่กระทรวงสาธารณสุขได้รับแจ้งวันที่ 26 มิถุนายน เนื่องจากทางโรงพยาบาลเอกชนที่ดูแลผู้ป่วย ไม่ได้แจ้งให้กระทรวงสาธารณสุขทราบ มีการแถลงข่าวให้สื่อมวลชน วันที่ 27 มิถุนายน ทำให้เกิดการตั้งข้อสงสัยว่ากระทรวงสาธารณสุขปกปิดข้อมูล</p>



	<p>(7) 23 มิถุนายน ได้รับรายงานและออกสอบสวนการแพร่ระบาด ในค่ายฝึกทหารเรือที่อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ต่อมา มีพลทหารเสียชีวิต 1 ราย ในวันที่ 29 มิถุนายน</p> <p>(8) สิ้นเดือนมิถุนายนมีรายงานการพบผู้ป่วยใน 39 จังหวัด และมีผู้เสียชีวิตสะสมรวม 3 ราย</p>
2.5 กรกฎาคม พ.ศ. 2552	<p>(1) 4-8 กรกฎาคม วันหยุดยาวเนื่องในโอกาสเข้าพรรษา ประชาชนเดินทางไปต่างจังหวัดมีผลให้เกิดการกระจายการแพร่ระบาดไปทั่วประเทศอย่างกว้างขวาง</p> <p>(2) 7 กรกฎาคม กรมฯ มีมติให้โรงเรียนกวดวิชาหยุดการสอนเป็นเวลาสองสัปดาห์ เนื่องจากเป็นที่รวมตัวของนักเรียนจากโรงเรียนต่างๆ ของหลายจังหวัด โรงเรียนกวดวิชาขอพบรัฐมนตรีและผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขเพื่อแสดงความไม่เห็นด้วย</p> <p>(3) ผู้ป่วยแน่นทุกโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครทั้งของรัฐ และเอกชน ถึงขนาดต้องจองห้องล่วงหน้า</p> <p>(4) กระทรวงสาธารณสุขถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักว่า ประเมินสถานการณ์ผิดพลาด และทำให้ประชาชนประมาทในการป้องกันตนเอง ยังผลให้มีการป่วยการตายมากมาย</p> <p>(5) 14 กรกฎาคม คณะรัฐมนตรี มีมติที่สำคัญ 3 ข้อคือให้ผู้ป่วยใช้หวัดใหญ่หยุดงาน ได้โดยไม่ถือเป็นวันลา เพิ่มการจัดหายาด้านไวรัสอีก 10 ล้านเม็ด (วงเงิน 250 ล้านบาท) และสั่งจองวัคซีน 2 ล้านชุด (วงเงิน 600 ล้านบาท)</p> <p>(6) 14 กรกฎาคม ผู้บริหารกรุงเทพมหานคร ประกาศให้โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครทั้งหมด รวม 435 แห่ง หยุดการเรียนการสอน 1 สัปดาห์</p> <p>(7) มีการจัด concert ดนตรีของวงวัยรุ่นจากเกาหลี นักเรียนมัธยมจากต่างจังหวัดเดินทางมาชม concert และกลับไปแพร่เชื้อที่จังหวัดต่างๆ เช่นจังหวัดอุบลราชธานี โคราช ขอนแก่น รวมถึงเสียชีวิตที่จังหวัดมหาสารคาม</p> <p>(8) กิจกรรมนั่งสมาธิที่วัดพระธรรมกายจังหวัดปทุมธานี มีนักเรียนมาร่วมกิจกรรมกว่าแสนคน พบนักเรียนกลับไปป่วยที่จังหวัดของตนเอง และเกิดการระบาดต่อเนื่อง</p> <p>(9) 17 กรกฎาคม ประกาศใช้ Clinical Practice Guidelines ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3 เพื่อเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ</p> <p>(10) 17 กรกฎาคม นายกรัฐมนตรีในฐานะประธานคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการป้องกัน ควบคุม และการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009 เพื่อร่วมรณรงค์ให้ประชาชนและทุกภาคีร่วมมือต้านภัยไข้หวัดใหญ่</p> <p>(11) สิ้นเดือนกรกฎาคม มีรายงานพบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ใน 76 จังหวัด เสียชีวิตสะสม 65 ราย</p>
2.6 สิงหาคม พ.ศ. 2552	<ul style="list-style-type: none">■ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาด้านไวรัสโอเซลทามิเวียร์เร็วขึ้น กระทรวงสาธารณสุขขอให้ clinic แพทย์เอกชนเข้าร่วมโครงการรักษาผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ แต่ได้รับการตอบรับน้อย (ประมาณร้อยละ 10)■ กระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก ทบทวนการดำเนินงานควบคุมการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย



	<ul style="list-style-type: none"> ■ สิ้นเดือนสิงหาคม มีรายงานพบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในทุกจังหวัด มีรายงานผู้ป่วยร้อยละ 85 ของอำเภอทั้งหมดทั่วประเทศเสียชีวิตสะสม 130 ราย
2.7 กันยายน พ.ศ. 2552	<ul style="list-style-type: none"> ■ สถานการณ์แพร่ระบาดของลดความรุนแรงลง สิ้นเดือนกันยายนมีรายงานเสียชีวิตสะสมรวม 165 ราย
2.8 ตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2552	<ul style="list-style-type: none"> ■ การระบาดระลอกแรกลดความรุนแรงลงและถึงจุดต่ำสุดในเดือนพฤศจิกายน
2.9 ธันวาคม พ.ศ. 2552	<ul style="list-style-type: none"> ■ กระทรวงสาธารณสุขเริ่มเตือนให้ระวังการระบาดระลอกที่สอง
2.10 มกราคม พ.ศ. 2553	<ul style="list-style-type: none"> ■ เริ่มพบการระบาดระลอกที่สอง ■ 11 มกราคม เริ่มรณรงค์การฉีดวัคซีนชนิดเชื้อตายที่สั่งซื้อ 2 ล้านชุด
2.11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553	<ul style="list-style-type: none"> ■ หนังสือพิมพ์ลงข่าวทารกตายในครรภ์ของหญิงท้องที่ฉีดวัคซีน ทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไม่กล้ามารับวัคซีน ■ มีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและยืนยันทารกที่เสียชีวิต และการเจ็บป่วยของมารดาว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีนหรือไม่
2.12 เมษายน พ.ศ. 2553	<p>จนถึงวันที่ 2 เมษายน 2553 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการฉีดวัคซีนให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์รวม 28,674 ราย มีรายงานผู้ป่วยอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน 31 ราย โดยเป็นอาการไม่ร้ายแรง 15 ราย และร้ายแรง 16 ราย (ทารกเสียชีวิต 9 ราย แท้ง 4 ราย อุบัติเหตุทางศรีษะ 1 ราย แพ้รุนแรง 1 ราย มี pulmonary hypertension 1 ราย) ในจำนวนนี้คณะกรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่ายืนยันว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีนเพียง 1 รายคือรายที่มีอาการแพ้รุนแรงและอาจเกี่ยวข้องกับ 1 รายคือรายที่มี pulmonary hypertension ที่เหลือไม่เกี่ยวข้อง</p>
2.13 มิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2553	<p>คณะกรรมการได้ให้ข้อเสนอแนะให้ฉีดวัคซีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ต่อไป เนื่องจากอัตราการเกิดความผิดปกติในครรภ์ในกลุ่มที่ได้รับวัคซีน ไม่ได้สูงกว่าอัตราการเกิดความผิดปกติในครรภ์ที่มีอยู่เดิมของประเทศไทยก่อนการรณรงค์ให้วัคซีน</p>
2.14 ธันวาคม พ.ศ. 2553	<p>กระทรวงสาธารณสุขเตือนการระบาดของไข้หวัดใหญ่ทั้งสายพันธุ์ใหม่และสายพันธุ์เก่า โดยจะเป็นลักษณะไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลซึ่งยังมีไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่เป็นส่วนใหญ่</p> <p>รวมตั้งแต่ต้นปีจนถึงวันที่ 11 ธันวาคม ได้รับรายงานผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ทุกสายพันธุ์ 110,815 ราย เสียชีวิต 168 ราย ในจำนวนผู้เสียชีวิตเป็นสาเหตุจากเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 143 ราย ไม่ทราบสายพันธุ์ 25 ราย</p>

3. ยุทธศาสตร์การลดการป่วย

เนื่องจากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่เป็นโรคติดต่อจากคนสู่คน การพบผู้ป่วยหลายๆ รายในเวลาใกล้เคียงกันในสถานที่เดียวกันจึงถือเป็นตัวชี้เบื้องต้นว่าเกิดการระบาดในสถานที่นั้น เพื่อให้ง่ายในทางปฏิบัติ กรมควบคุมโรคได้เสนอว่าหากพบผู้ป่วยมากกว่า 5 รายในระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ถือว่ามีการระบาดในสถานที่นั้น มาตรการควบคุมโรคที่สำคัญหากพบการระบาดประกอบด้วย

- 1) Self-isolation การให้ผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจหรือคล้ายไข้หวัดใหญ่ หยุดเพื่อรักษาตัวอยู่ที่บ้าน 7 วัน (กรณีอาการรุนแรงหรือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะป่วยรุนแรงให้พบแพทย์ทันที)



- 2) School or public closure การหยุดกิจกรรมต่างๆในสถานที่ซึ่งมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่นการหยุดชั้นเรียนหรือหยุดเรียนทั้งโรงเรียน หรือหยุดโรงงาน ฯลฯ ให้พิจารณาหากอัตราการป่วยมากกว่าร้อยละ 15 ทั้งนี้ให้ใช้ความเห็นร่วมกันของผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้องเช่นสมาคมผู้ประกอบการและฝ่ายสาธารณสุข โดยคำนึงถึงผลกระทบในด้านต่างๆ
- 3) Hand hygiene รณรงค์การล้างมือสำหรับทุกคน
- 4) Clean touching-surface ทำความสะอาดข้าวของเครื่องใช้ที่จับต้องโดยคนจำนวนมาก เช่นโทรศัพท์ แป้นพิมพ์ ลูกบิดประตู ฯลฯ
- 5) Face mask แนะนำให้ผู้มีอาการหวัดใส่หน้ากากอนามัย
- 6) Screening การคัดกรองเพื่อมิให้ผู้มีอาการป่วยด้วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่มาร่วมกิจกรรม

หลังจากมีรายงานยืนยันพบการแพร่ระบาดภายในประเทศเมื่อต้นเดือนมิถุนายน ก็เกิดการระบาดในสถานที่ต่างๆ ซึ่งสมควรที่จะนำมากล่าวถึงโดยสังเขป เฉพาะในสถานการณ์ที่พบบ่อยและน่าสนใจดังนี้

3.1 โรงเรียน

ประเทศไทยมีโรงเรียนสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ กระจายในทุกตำบล อำเภอ จังหวัด มีประชากรที่เป็นนักเรียนประมาณ 12 ล้านคน และนักศึกษาประมาณ 2 ล้านคน ตามตัวเลขของคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ได้รับรายงานการระบาดและปิดโรงเรียนไป 476 โรงเรียน ลักษณะสำคัญของการการระบาดเท่าที่มีรายงานการสอบสวนโรค มีดังนี้

- 1) อัตราการป่วยรวม: ประมาณร้อยละ 9.2 - 65.1 แล้วแต่ลักษณะของโรงเรียนและกิจกรรม
- 2) กิจกรรมที่ส่งเสริมการระบาด: การรับน้อง การเข้าค่ายที่ต้องกินนอนร่วมกัน การแข่งกีฬาระหว่างโรงเรียน การฝึกหลักสูตรรักษาดินแดน การเข้าค่ายฝึกวงโยธวาทิต การดูคอนเสิร์ต การไปเข้าค่ายวิปัสณา
- 3) ลักษณะทางกายภาพที่ส่งเสริมการระบาด: ห้องเรียนติดแอร์ โรงเรียนขนาดใหญ่ จำนวนนักเรียนในแต่ละชั้นมากเกินไปจนความจุมาตรฐานทำให้ต้องนั่งติดกันจนเกินไป
- 4) อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการ: นักเรียนที่ป่วยไม่ยอมหยุด เนื่องจากกลัวเรียนไม่ทันหรือไม่มีใครอยู่เฝ้าที่บ้าน มีการปิดเรียนทั้งโรงเรียนในขณะที่การระบาดมีไม่มาก เนื่องจากเป็นความต้องการของครูและผู้ปกครอง เมื่อเปิดใหม่จึงเกิดการระบาดซ้ำอีก การใช้มาตรการคัดกรองที่ไม่สามารถดำเนินการได้ในทางปฏิบัติเช่นการวัดไข้ หรือนักเรียนไม่มีห้องเรียนประจำ (เดินเรียน) นักเรียนที่ป่วยระหว่างเรียนไม่มีห้องแยกให้รักษา ว่างที่รอกกลับบ้าน

3.2 สถานบันเทิง

สถานบันเทิงที่สำคัญในประเทศไทยมีจำนวนมาก แต่ที่มีรายงานพบการระบาดได้แก่สถานบันเทิงประเภทไนต์คลับที่มีการเต้นรำและร้องเพลงของจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญ นอกจากนี้ยังพบมีการแพร่ระบาดในงาน concert แสดงดนตรี และในโรงภาพยนตร์ จากการสอบสวนโรคมีข้อมูลที่น่าสนใจ คือ

- 1) อัตราการป่วยรวมของพนักงาน: ร้อยละ 33
- 2) กิจกรรมที่ส่งเสริมการระบาด: เป็นสถานที่ร้องและเต้นรำอย่างใกล้ชิดและแออัด ไม่มีภาชนะแยกสำหรับการดื่มของพนักงาน
- 3) ลักษณะทางกายภาพที่ส่งเสริมการระบาด: สถานที่ปิดทึบ ติดแอร์ อากาศไม่ถ่ายเท จำนวนแขกมากเกินไปจนความจุที่ออกแบบไว้
- 4) อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค: การหยุดกิจกรรมทำให้สูญเสียรายได้และกระทบต่อพนักงาน ไม่สามารถให้ความรู้แก่แขกที่มาใช้บริการอย่างทั่วถึง การคัดกรองผู้มาใช้บริการทำไม่ได้ในทางปฏิบัติ



3.3 ค่ายทหาร

พบการระบาดในค่ายทหารโดยเฉพาะในช่วงที่มีการฝึกทหารใหม่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 เช่นที่ค่ายฝึกทหารเรือที่สัตหีบ เช่น ค่ายฝึกทหารของกองทัพบกที่จังหวัดเพชรบูรณ์ และที่จังหวัดนครราชสีมา (ติดต่อส่วนตัว พ.ต.ภฤติณ ศิลาพันธ์)

- 1) อัตราป่วย: ร้อยละ 16.8 - 29.5
- 2) กิจกรรมที่ส่งเสริมการแพร่ระบาด: การฝึกที่ต้องอยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน โดยผู้มาร่วมฝึกมาจากจังหวัดต่างๆ การฝึกที่ตรากตรำ
- 3) ลักษณะทางกายภาพที่ส่งเสริมการระบาด: การใช้ภาชนะบางอย่างร่วมกันเช่นแก้วน้ำ
- 4) อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรค: การคัดกรองผู้ป่วยรายแรกๆ เพื่อมิให้ร่วมการฝึก
- 5) ตัวอย่างที่ดี: เนื่องจากเป็นระบบที่สามารถสังเกตได้และมีการสนับสนุนที่ดี จึงสามารถจัดแยกผู้มีอาการให้อยู่รวมกลุ่มกันจนกว่าจะครบ 7 วัน (cohort ward)

3.4 เรือนจำ

กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานการระบาดอย่างน้อย 2 เรือนจำคือที่จังหวัด สระบุรี และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีข้อความรู้ที่น่าสนใจคือ

- 1) อัตราป่วย: ประมาณ 18.9 - 20.51
- 2) กิจกรรมที่ส่งเสริมการแพร่ระบาด: การที่ผู้ต้องโทษหรือต้องขังชั้นติดออกมาปฏิบัติงานในชุมชนและอาจสัมผัสกับผู้ป่วยแล้วจึงนำเชื้อเข้าไปแพร่ให้กับเพื่อนนักโทษ กิจกรรมการพบปะกับครอบครัวในวันเยี่ยมญาติ
- 3) ลักษณะทางกายภาพที่ส่งเสริมการระบาด: ความแออัด การต้องนอนรวมกันโดยไม่มีพื้นที่ว่าง การใช้ภาชนะทานน้ำร่วมกัน
- 4) อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรค: ไม่สามารถลดความแออัดของห้องขัง การขาดแคลนน้ำสำหรับการล้างมือ ขาดแคลนหน้ากากอนามัย
- 5) ตัวอย่างที่ดี: การตัดแปลงห้องขังมาทำเป็นห้องแยกสำหรับผู้ที่มีการป่วยให้มานอนรวมกัน (cohort ward)

3.5 โรงพยาบาล

มีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปกระจายทุกอำเภอและจังหวัด รวมถึงโรงพยาบาลเอกชน ประกอบด้วยบุคลากรรวมประมาณ 450,000 คน มีการระบาดในกลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาลหลายแห่งเช่นที่แผนกรังสีวิทยาของโรงเรียนแพทย์สองแห่ง แผนกห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดภาคใต้ และที่โรงเรียนแพทย์ในภาคกลาง และมีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาหรือมารับบริการด้วยโรคอื่นแต่อาจติดเชื้อใช้หวัดใหญ่เพิ่มเติมในโรงพยาบาล

- 1) อัตราป่วย: ไม่มีการสอบสวนโรคที่ยืนยันได้ อาจต้องใช้การศึกษาทางภูมิคุ้มกันวิทยาเพื่อดูว่าบุคลากรมีการติดเชื้อประมาณเท่าใด โดยการติดเชื่อนั้นเป็นไปได้ทั้งการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือติดจากชุมชน
- 2) กิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการแพร่ระบาด: ญาติที่ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่มาเยี่ยมผู้ป่วย คนป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ และโรคอื่นนอนในห้องเดียวกัน
- 3) ลักษณะทางกายภาพที่ส่งเสริมการระบาด: ห้องตรวจรวม การติดแอร์ในพื้นที่รวม
- 4) อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรค: การคัดกรองญาติที่มาเยี่ยม ทางเข้าออกของโรงพยาบาลมีหลายทางทำให้คัดกรองอาการไข้ได้ยากลำบาก
- 5) ตัวอย่างที่ดี: การจัดคลินิกตรวจผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเป็นการเฉพาะ (Flu clinic) การให้ผู้ป่วยและญาติทุกคนใส่หน้ากากอนามัยเมื่อเข้ามาในโรงพยาบาล การมีแอลกอฮอล์ในจุดต่างๆ



4. ยุทธศาสตร์การลดการตาย

เมื่อวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานผู้เสียชีวิตสะสมตั้งแต่เริ่มต้นการระบาดรวม 198 ราย โดยแยกเป็นเพศชาย 97 ราย หญิง 101 ราย อยู่ในช่วงอายุที่เป็นเด็กเล็กต่ำกว่า 5 ขวบรวม 11 ราย เด็กวัยเรียน และวัยรุ่น (5 ขวบ-14 ขวบ) รวม 10 ราย เป็นวัยรุ่นและผู้เริ่มเป็นผู้ใหญ่ (15 ปี - 24 ปี) รวม 27 ราย เป็นผู้อยู่ในวัยทำงาน (25 - 59 ปี) รวม 127 ราย และเป็นผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) รวม 23 ราย

ในจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด มีประวัติป่วยเป็นโรคอื่นๆหรือความเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วย (co-morbidity) รวม 129 ราย (ร้อยละ 65) ซึ่งรวมผู้ที่มีน้ำหนักมากหรืออ้วน 22 ราย และหญิงตั้งครรภ์ 12 ราย ฯลฯ เพื่อลดการตาย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดมาตรการที่สำคัญ 2 ด้านคือ

4.1 การวินิจฉัยให้รวดเร็วและรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ถึงแม้จะมีข้อเสนอแนะเรื่องการให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่นๆร่วมด้วย แต่เนื่องจากโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่เป็นโรคที่เพิ่งมีการระบาด ในระยะเดือนมิถุนายนและกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ปรากฏว่ามีความสับสนในเรื่องการดูแลรักษาอย่างมากทั้งฝ่ายประชาชนและแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยประชาชนที่ติดตามข่าวสารเมื่อป่วยจะรีบมาตรวจทั้งที่มีอาการไม่รุนแรง ในทางกลับกันผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการรุนแรงหรืออยู่ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีอาการรุนแรงกลับไม่ได้รับมารับการรักษา นอกจากนี้แพทย์เองก็ยังไม่ให้การรักษามือผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ทั่วไปที่ไม่ได้ให้ยาด้านไวรัส (Oseltamivir) จึงพบว่าในจำนวนผู้เสียชีวิตนั้น มีทั้งที่เกิดจากการมาพบแพทย์ช้าเกิน 48 ชั่วโมง หรือแพทย์ให้ยาด้านไวรัสช้าร่วมกันไปด้วย ดังนั้นในกลางเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยต่างๆได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (Clinical Practice Guidelines) ซึ่งระบุแนวทางการวินิจฉัย การรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อป่วย แนวทางดังกล่าวมีส่วนช่วยให้การรักษาทั่วประเทศเป็นไปอย่างมีมาตรฐานและช่วยลดความสับสนต่างๆลง แต่ก็ยังมีแพทย์อีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ทราบเรื่องแนวทางนี้ เป็นการชี้ให้เห็นถึงปัญหาของการสื่อสารในวงการแพทย์

4.2 การให้วัคซีนแก่กลุ่มเสี่ยงที่จะป่วยรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้

การจัดซื้อวัคซีนชนิดเชื้อตายจำนวน 2 ล้านชุด ในวงเงินประมาณ 600 ล้านบาท ได้ทำการสั่งซื้อตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 แต่กว่าจะได้วัคซีนมาก็ประมาณปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 และเริ่มทำการฉีดให้กลุ่มเป้าหมายตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2553 โดยกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย หญิงตั้งครรภ์ประมาณ 5 แสนคน คนอ้วนน้ำหนักตัวเกิน 100 กก จำนวน 1.8 แสนคน ผู้พิการทางสมองหรือที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ 7 หมื่นคน ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปจนถึง 65 ปี ที่มีโรคประจำตัว (ปอด หัวใจ ตับ ไต เลือด ภูมิคุ้มกัน เบาหวาน ฯลฯ) 8.4 แสนคน และบุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงอีกประมาณ 3.7 แสนคน

5. บทเรียนสำคัญต่อการบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต

ในภาพรวมทั้งหมดประเทศไทยสามารถดำเนินการควบคุมโรคได้เฉกเช่นเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้วอื่นๆ เมื่อเริ่มเกิดการระบาดได้มีการประเมินว่าอาจมีผู้เสียชีวิต 1,200 ราย เมื่อทบทวนดูแล้วการประเมินนี้อาจสูงไป หากจะปรับใหม่ อาจจะมีผู้เสียชีวิตโดยรวมเพียง 300 ถึง 400 คน ดังนั้นการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขน่าจะลดการเสียชีวิตได้เกือบ 500 ราย และที่ชัดเจนคือสามารถชะลอการป่วยโดยแทนที่จะเกิดการระบาดระลอกเดียวแต่เปลี่ยนเป็นเป็นการทยอยให้เกิดการป่วยเป็นหลายระลอก อย่างไรก็ตามก็ยังมีบทเรียนที่สำคัญในระยะสามเดือนแรกอันได้แก่



5.1 การประสานและการสั่งการ (Coordination and Command)

ช่วงแรกของการแพร่ระบาดที่มีเพียงผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากต่างประเทศ (เมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2552) การประสานและการสั่งการทำโดยใช้ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของกรมควบคุมโรค มีการประชุมทุกวันไม่เว้นแม้วันเสาร์-อาทิตย์ และในช่วงแรกๆ ยังมีการประชุมตอนบ่ายอีกด้วย ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคทั้ง 12 เขตได้เข้าร่วมประชุมโดยมีการใช้เทคโนโลยีสื่อสารทางไกล (Tele-conference) เมื่อเริ่มพบการแพร่ระบาดภายในประเทศซึ่งตรงกับช่วงที่องค์การอนามัยโลกประกาศว่าภาวะระบาดได้แพร่ขยายไปทั่วโลก (Pandemic) แล้ว จึงมีการยกระดับการประสานและสั่งการเป็นระดับกระทรวง แต่บทเรียนของการประสานและสั่งการในเหตุการณ์นี้ชี้ให้เห็นปัญหาที่สำคัญ คือ

ก) ขาดเอกภาพของการมอบหมายงานและอำนาจการสั่งการ เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่มีการระบาดของโรคซาร์ส ขนาดปัญหาของโรคซาร์สมีขนาดเล็กกว่า สลับซับซ้อนน้อยกว่า แต่ได้มีการจัดตั้งศูนย์บัญชาการ (War Room) โดยมีการมอบอำนาจเต็มในการประสานสั่งการและติดต่อสื่อสารให้กับรองปลัดฯหนึ่งท่านโดยได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่ แต่การแพร่ระบาดของโรคไขหวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในครั้งนี้ขนาดปัญหาใหญ่มากกว่า สลับซับซ้อนกว่า แต่ขาดเอกภาพในการสั่งการ รายงานจากหน่วยงานที่ส่งขึ้นไปสู่ระดับสูงไม่ได้มีการจัดระบบให้รับรู้อย่างทั่วถึง หน่วยปฏิบัติได้รับรู้ที่ข้อมูลผ่านการแถลงข่าวเป็นหลัก เช่นข้อมูลผู้ติดเชื้อหรือผู้เสียชีวิต

ข) การสื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติระดับจังหวัดและอำเภอ แนวทางวิชาการ (Guidelines) และประกาศกระทรวงต่างๆที่ออกมา ใช้วิธีการนำขึ้นเผยแพร่ทาง websites แต่ websites ที่ใช้ก็ไม่ได้ออกแบบให้ติดตามได้อย่างง่ายว่าอะไรเป็นของใหม่ อะไรที่เปลี่ยนแปลง และไม่ได้มีการแจ้งข่าวทางอื่นให้ผู้ปฏิบัติระดับจังหวัดได้รับรู้ทั่วกันและเข้ามาดูรายละเอียดที่ websites ได้ มีการส่ง Short message ผ่านโทรศัพท์มือถือไปให้แพทย์ทุกคนในภายหลัง

5.2 การสื่อสารความเสี่ยงและการสื่อสารในภาวะวิกฤต (Risk and crisis communication)

ในช่วงแรกกระทรวงสาธารณสุขสามารถสื่อสารเรื่องการระบาดได้ดีโดยทำความเข้าใจกับสื่อและประชาชนว่า การระบาดครั้งนี้เป็นไขหวัดใหญ่ที่แพร่จากคนสู่คน ไม่ควรเรียกว่าเป็นไขหวัดหมูเนื่องจากจะทำให้ประชาชนบางส่วนไม่ยอมรับโรคนี้ เนื้อหมู ชื่อที่เรียกจึงเริ่มจาก “ไขหวัดใหญ่เม็กซิกัน” และต่อมาเปลี่ยนเป็นไขหวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ซึ่งสื่อมวลชนและประชาชนยอมรับและใช้กันทั่วไป แต่ต่อมาการสื่อสารความเสี่ยงเกิดความล้มเหลว โดยเริ่มจากข้อสังเกตของสื่อมวลชนว่ากระทรวงสาธารณสุขปิดบังในการแถลงข่าวครั้งแรกที่ไม่ยอมให้รายละเอียดว่าผู้ป่วยอายุเท่าใด เดินทางมาจากประเทศใด รักษาตัวอยู่ที่ใด ทั้งนี้สาเหตุที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ให้รายละเอียดดังกล่าวเนื่องจากผู้ปกครองของผู้ป่วยสองรายแรกขอร้องให้ไม่เปิดเผยรายละเอียด ด้วยเกรงว่าผู้ป่วยจะได้รับการรังเกียจจากเพื่อนๆ จุดหักเหที่สำคัญต่อมาเกิดในช่วงประมาณวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ที่มีการแพร่ระบาดในสถาบันบันเทิงที่ชลบุรีและที่โรงเรียนเอกชนในกรุงเทพฯ และอีกหลายโรงเรียนในเขตปริมณฑล ผู้ปกครองเด็กนักเรียนต่างพากันหลนทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการมาตรวจหาการติดเชื้อเพื่อให้ทราบว่าเป็นไขหวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่หรือไม่ จนกระทั่งหน่วยบริการไม่สามารถตรวจได้ทัน กระทรวงสาธารณสุขพยายามสื่อกับสาธารณะว่าไขหวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ไม่ได้อันตรายเหมือนในตอนแรกที่มีรายงานจากเม็กซิโกว่าอัตราป่วยตายสูงถึง 5 % ทั้งนี้เพื่อมิให้เกิดความตื่นตระหนก และไม่จำเป็นต้องมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทุกราย แต่การณกลับปรากฏว่าเริ่มมีการเสียชีวิตเกิดขึ้น มีหน้าข่าวกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้รับรายงานผู้เสียชีวิตรายแรกจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ จนกระทั่งสื่อมวลชนรู้ระดับและระคายและสอบถามมายังกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเหตุการณ์ผ่านไปประมาณ 8 วัน เมื่อมีการตรวจสอบแล้วก็ปรากฏว่ามีกรณีเสียชีวิตจริง จึงจัดให้มีการแถลงข่าว ความล่าช้าและข้อมูลที่ได้อย่างไม่ครบถ้วนทำให้สื่อมวลชนเริ่มไม่มั่นใจในความโปร่งใส สื่อจึงเริ่มการเจาะข่าวโดยตระเวนไปตามโรงพยาบาลต่างๆและรายงานผู้เสียชีวิตที่สงสัยเป็นรายวันและรายชั่วโมง กระทรวงสาธารณสุขตกเป็นฝ่ายรับ ต้องออกมาให้ข้อมูลในแต่ละรายที่สื่อมวลชนรายงาน



ว่าใช่หรือไม่ใช่ และการออกมาให้ข้อมูลก็ไม่มีเวลาเตรียมการเพียงพอไม่เป็นระบบ โดยพิจารณาตัดสินใจเป็นกรณีไป มีคนออกมาให้ข้อมูลมากมาย และหลายครั้งที่การให้ข้อมูลไม่เป็นในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับมีเหตุการณ์ที่ค่อนข้างอ่อนไหวเช่น หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต ผู้ป่วยไม่ได้รับยา หรือการได้รับการวินิจฉัยล่าช้า หรือวินิจฉัยผิดพลาด ฯลฯ ความไม่พอใจของสังคม และสื่อมวลชนพุ่งสูงจนถึงระดับวิกฤตและลามไปจน ถึงเสถียรภาพของรัฐบาลว่าไม่สามารถจัดการปัญหาต่างๆได้

สำหรับการคลี่คลายสถานการณ์นั้น ได้อาศัยหลักการที่สำคัญคือ

ก) เปลี่ยนการแถลงข่าวรายวันเป็นรายสัปดาห์ ในช่วงปลายเดือนกรกฎาคม โดยมีการวิเคราะห์อารมณ์ของสังคมและเตรียมประเด็นดีขึ้น

ข) อาศัยบุคคลที่สามที่ได้รับการยอมรับมาร่วมแถลงข่าวด้วย เช่น อาจารย์มหาวิทยาลัย ผู้แทนองค์การอนามัยโลก ผู้แทนศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา

ค) ผ่อนปรนท่าทีการปกป้องตนเองเป็นการยอมรับฟังและเสียใจต่อเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังเช่นการได้ยาล่าช้า

5.3 การประเมินสถานการณ์และมาตรการ (Intelligence and assessment)

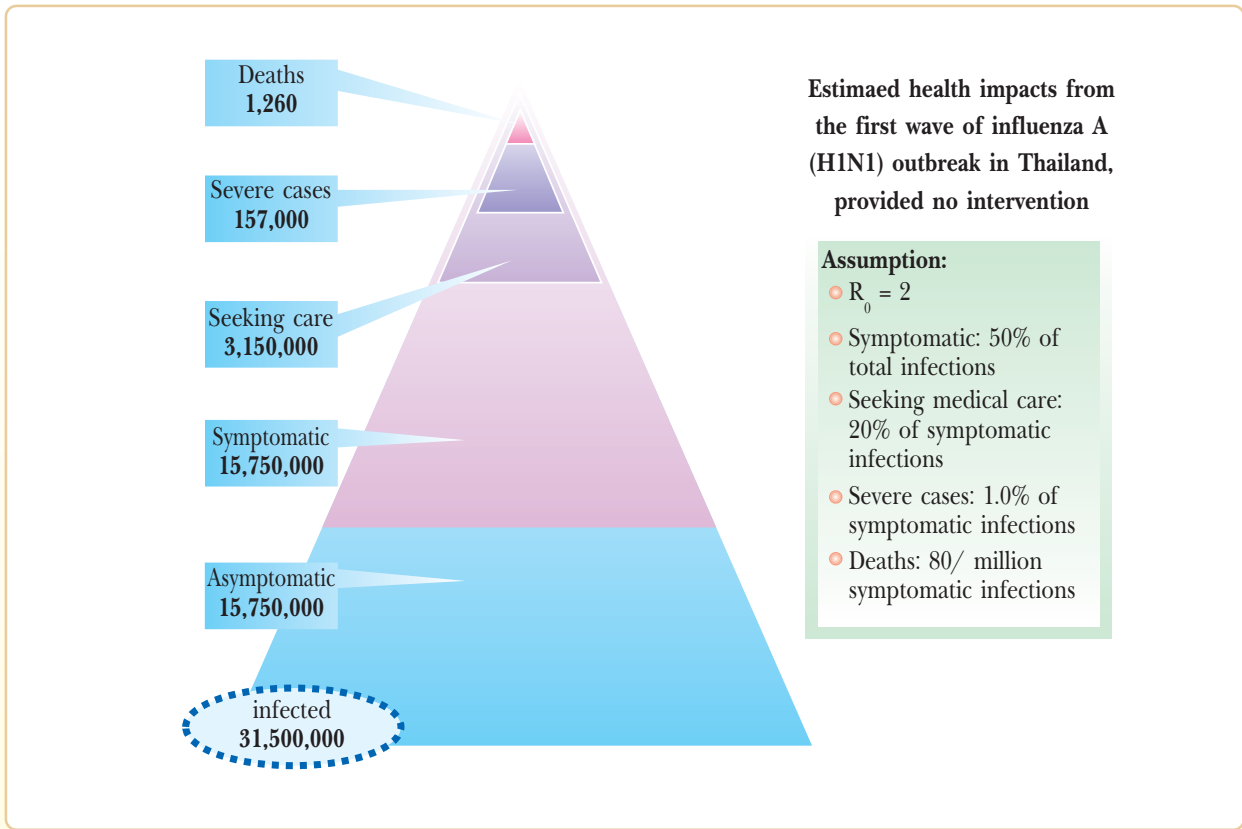
นักวิชาการที่รับผิดชอบได้ประเมินแล้วว่า ไม่สามารถที่จะทำให้ประเทศไทยพ้นจากการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ได้ สิ่งที่ทำได้คือการชะลอและยอมให้เกิดการระบาดที่ละน้อยๆที่สามารถอยู่ในวิสัยที่ควบคุมได้ (Mitigation) เพื่อให้ระบบสาธารณสุขและโรงพยาบาลมีความพร้อมและสามารถรองรับการป่วยได้อย่างเหมาะสม ได้มีการยกวางสถานการณ์และยุทธศาสตร์ที่แสดงให้เห็นจำนวนป่วย จำนวนตาย และมาตรการที่จะลดการป่วย การตาย แต่ไม่สามารถโน้มน้าวผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องอย่างน้อยในเรื่องต่อไปนี้

ก) การยกเลิกการตรวจคัดกรองที่สนามบิน เนื่องจากสังคมถูกทำให้เข้าใจว่าการตรวจคัดกรองผู้เดินทางกลับจากต่างประเทศเป็นมาตรการที่สำคัญและสามารถดักจับมิให้เกิดการแพร่เชื้อในประเทศได้ ประเทศไทยควรต้องดำเนินมาตรการเข้มข้นเหมือนโรคซาร์สและจริงจิ่งเต็มๆ เหมือนที่หลายประเทศในเอเชียเช่น ญี่ปุ่น ฮองกง สิงคโปร์ จีน ฯลฯ ตรวจคนเดินทางเข้าประเทศอย่างละเอียด ให้มีการแยกกัก หรือส่งตัวกลับ มาตรการคัดกรองจึงกลายเป็นมาตรการหลัก กำลังคนและการบริหารจัดการส่วนใหญ่จึงไปยุ่งอยู่กับมาตรการนี้ซึ่งในที่สุด แล้วก็ปรากฏว่าไม่สามารถสกัดกั้นการแพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทยได้ ประเทศอื่นๆที่ใช้มาตรการนี้ก็ไม่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดได้เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นญี่ปุ่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สิงคโปร์ ฮองกง แม้กระทั่งจีน

ข) การชี้แจงให้สังคมทราบอย่างชัดเจนว่าอะไรกำลังจะเกิดกับประเทศ ซึ่งจะมีการติดเชื้ออย่างน้อย 20 ล้านคน จะมีคนป่วยประมาณ 15 ล้านคน และอาจมีผู้เสียชีวิตประมาณ 1,200 คน หากปล่อยให้ไปไปตามธรรมชาติเหมือนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (ภาพที่ 9.1) พร้อมกับเสนอมาตรการที่จะชะลอการป่วยการตายโดยที่เริ่มจากน้อยไปหามากตามลำดับความรุนแรง แต่เนื่องจากต้องอาศัยสมมุติฐานต่างๆและการคาดประมาณ แทนที่จะได้ภาพรวมทั้งหมดก่อนที่จะเกิดการแพร่ระบาดในประเทศ และชี้แจงให้ประชาชนทราบ กลับได้ตัวเลขดังกล่าวในช่วงเวลาที่เริ่มมีการตายเกิดขึ้น การนำเสนอจึงได้รับการท้วงติงว่าอาจทำให้เกิดความตระหนกมากขึ้น จนกระทั่งการระบาดมาถึงจุดสูงสุดจึงเริ่มมีการพูดกันถึงตัวเลขดังกล่าวโดยให้คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านยุทธศาสตร์เป็นผู้แถลง และต่อมาท่านนายกรัฐมนตรีได้ใช้ตัวเลขดังกล่าวชี้แจงผ่านรายการวิทยุ



ภาพที่ 9.1 คาดประมาณผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และผู้เสียชีวิต จากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ในประเทศไทย (กรกฎาคม พ.ศ. 2552)



ที่มา: คณะทำงานวิชาการและยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค, 2552

5.4 การระดมกำลังสำรอง (Surge capacity)

แม้ว่าเหตุการณ์จะเข้าภาวะฉุกเฉินอย่างรุนแรง แต่เนื่องจากการขาดเอกภาพในการจัดการและไม่ได้เตรียมกำลังสำรอง จึงปรากฏว่าคนที่รับผิดชอบต่อการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมการแพร่ระบาดทั้งในส่วนกลางและในทุกจังหวัดจึงจำกัดวงอยู่ในเพียงคนจำนวนหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถรองรับกับเหตุการณ์ที่ต้องทำงานติดต่อกันไม่มีวันหยุดตั้งแต่เดือนพฤษภาคมจนถึงกันยายน (ประมาณ 150 วัน) นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องงบฉุกเฉินสำรอง มีความพยายามที่จะใช้งบฉุกเฉินที่อยู่ในอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัด โดยต้องมีการประกาศเขตภัยพิบัติ แต่ได้รับการท้วงติงจากกรมบัญชีกลางว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีแผนยุทธศาสตร์ที่ตั้งงบประมาณรองรับอยู่แล้ว จึงไม่เข้าข่ายเป็นภัยพิบัติ ทำให้ส่วนกลางต้องใช้วิธีการเสนอขอของงบประมาณกลางที่ต้องผ่านคณะรัฐมนตรีและจัดสรรไปยังกระทรวงอื่นๆ เป็นครั้งๆ การแก้ไขในเรื่องนี้จึงควรทำการประกาศภาวะฉุกเฉินหรือเขตติดโรคโดยอาศัยพระราชบัญญัติโรคติดต่อ อนึ่งควรมีการเพิ่มเติมพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็น พ.ร.บ. โรคติดต่อ เพื่อให้มีงบประมาณสำรองจำนวนหนึ่งที่ส่วนกลางซึ่งจะสามารถนำมาใช้ได้อย่างรวดเร็ว และทำการเบิกมาเพิ่มเติม โดยมีระบบตรวจสอบ

6. โอกาสในการพัฒนา

ในท่ามกลางปัญหาและความยุ่งยากต่างๆ ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ได้ให้โอกาสสำหรับการพัฒนาวงการศึกษาสาธารณสุขไทย เช่น

6.1 การพัฒนาด้านการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ในอดีตการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่มีเพียงรายงาน

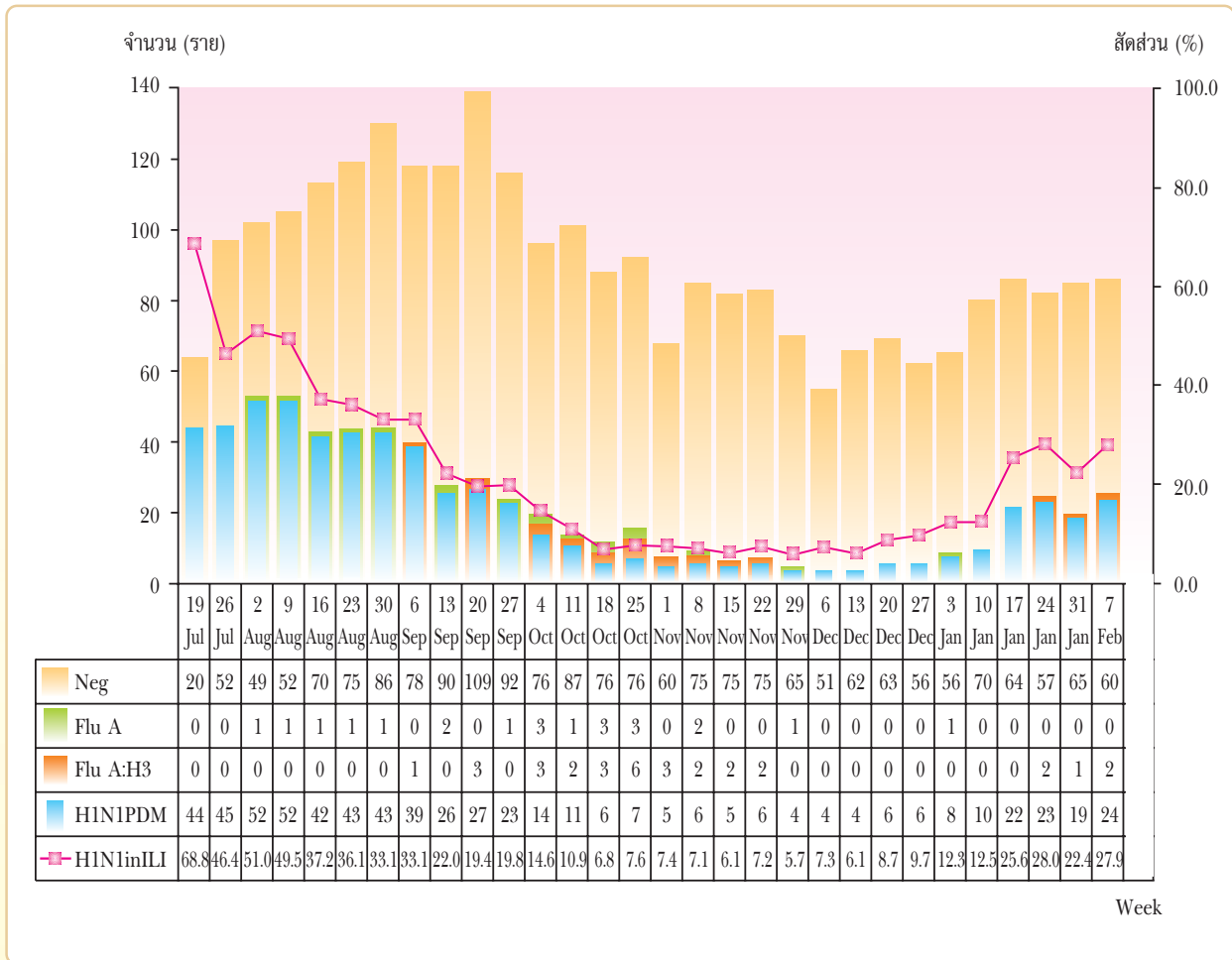


การป่วย และการตาย ซึ่งน้อยกว่าความเป็นจริงมาก การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ได้ทำให้เกิดการพัฒนาและเสริมสร้าง ระบบเฝ้าระวังต่อไปนี้

- การเฝ้าระวังผู้ป่วยด้วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) มีการติดตามอัตราส่วนผู้ป่วย ILI ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกเป็นรายสัปดาห์ เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยชี้เตือนให้ตรวจสอบว่าอะไรเป็นสาเหตุ ในกรณีที่เริ่มพบว่ามีอัตราส่วนเกินร้อยละ 10
- การเฝ้าระวังอัตราการตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่ในจุดเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ (Sentinel influenza surveillance) โดยการสุ่มตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพื่อคัดอัตราและแนวโน้มการพบเชื้อ เครื่องมือนี้ได้ช่วยแจ้งเตือนการระบาดในระลอกที่สองอย่างชัดเจน (ภาพที่ 9.2)
- การเฝ้าระวังข่าวการระบาด (outbreak reporting) ในโรงเรียน โรงงาน ค่ายทหาร เรือนจำ และสถานที่ต่างๆ ปรากฏว่ามีการแจ้งข่าวจำนวนมากมาอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน และมีการส่งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเข้าไปดำเนินการ ทำให้ควบคุมการระบาดได้รวดเร็วขึ้น
- การเฝ้าระวังการป่วยและการตาย มีการสอบสวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกรายเพื่อให้ทราบปัจจัยเสี่ยง และจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง ในส่วนของโรงพยาบาลก็มีการพยายามทำ dead case conference
- การเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์ภายหลังการฉีดวัคซีน (Adverse event following immunization หรือ AEFI) เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้สั่งซื้อวัคซีนเชื้อตายจำนวน 2 ล้านชุดเพื่อฉีดให้ประชากรกลุ่มเสี่ยง จึงให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีน มีการรับแจ้งเหตุการณ์และพิจารณากรณีที่มีอาการรุนแรงโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญอย่างถี่ถ้วน



ภาพที่ 9.2 จำนวนและสัดส่วน (%) ที่ตรวจพบเชื้อ H1N1 PDM ในผู้ป่วย ILI ที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล 13 แห่ง ที่เป็นจุดเฝ้าระวัง สัปดาห์ที่ 29/2552 ถึง 6/2553 (วันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 - 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553)



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

6.2 การพัฒนาห้องปฏิบัติการ จากการระบาดครั้งนี้ทำให้ห้องปฏิบัติการของหน่วยงานๆเพิ่มขีดความสามารถให้ทำการตรวจด้วยวิธี PCR ได้ ตัวอย่างเช่น การขยายการตรวจไปที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้ง 14 แห่ง สถาบันบำราศนราดูร คณะแพทยศาสตร์ต่างๆ รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนและห้องปฏิบัติการเอกชนบางแห่ง กระทรวงสาธารณสุขจึงควรมีการวางมาตรฐานกำกับคุณภาพของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาทั้งด้านจำนวนและคุณภาพ โดยควรกำหนดให้หน่วยตรวจต่างๆต้องรายงานอัตราการตรวจพบเชื้อใช้ทั่วโลกใหญ่ชนิดต่างๆ ซึ่งจะเป็นวิธีการเฝ้าระวังโรคร่วมไปด้วย นอกจากนี้ห้องปฏิบัติการบางแห่งเช่นของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ยังได้ทำการตรวจหาการดื้อยาของเชื้อ ซึ่งทางจุฬาฯ ได้ทำการตรวจไปประมาณ 850 สายพันธุ์พบการดื้อยาเพียง 1 สายพันธุ์ (ติดต่อด่วน นายแพทย์ ยง ภู่วรวรรณ) และทางกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ทำการสุ่มตรวจ 424 สายพันธุ์ พบการดื้อยา 5 สายพันธุ์ (ติดต่อด่วน นายแพทย์ รุ่งเรือง กิจผาติ) ซึ่งทั้งหมดไม่ได้มีนัยในด้านความรุนแรงของโรคแต่ประการใด



6.3 การพัฒนาวัคซีน ในช่วงเกิดการระบาดของไข้หวัดนกและเตรียมการรับมือการระบาดของไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทยโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้อนุมัติการขยายการใช้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ประจำฤดูกาล ให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงสูงตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ทำให้มีความต้องการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล เพิ่มจากปีละ 3 แสนโดส เป็นปีละ 4 ล้านโดส เป็นการสร้างอุปสงค์ไว้เพื่อรองรับการสร้างโรงงานวัคซีน

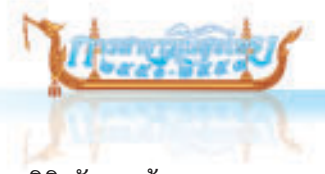
ขณะเดียวกัน เมื่อเกิดการระบาดครั้งนี้ขึ้น องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนให้องค์การเภสัชกรรมของประเทศไทย พัฒนาโรงงานต้นแบบ (pilot plant) ที่ได้มาตรฐาน GMP ขององค์การอนามัยโลก และทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาการผลิตวัคซีนชนิดเชื้อเป็น (Pandemic live-attenuated influenza vaccine) โดยองค์การอนามัยโลกได้เจรจาขอซื้อต้นแบบ (Pre-master seed) Influenza A (H1N1) pandemic strain ซึ่งพัฒนามาจากต้นแบบสายพันธุ์เลนินกราด 17 ของ Institute of Experimental Medicine ของรัสเซีย และได้มีการวิจัยพัฒนาและใช้ในรัสเซียมาแล้วกว่า 50 ปี เมื่อได้ซื้อต้นแบบมาแล้ว ได้ทำการเพาะเลี้ยงในไขฟักไข่เพิ่มจำนวน เพื่อทำวัคซีนชนิดเชื้อเป็นฉีดพ่นทางจมูก ณ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 การศึกษาทางคลินิกระยะที่สองสรุปผลแล้วและได้นำข้อมูลที่ได้ไปขึ้นทะเบียนกับทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้ว เมื่อสำเร็จแล้วองค์การเภสัชกรรมก็จะวิจัยพัฒนาวัคซีนเชื้อเป็นสำหรับไข้หวัดใหญ่ H5N1 และวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลต่อไป

ขณะเดียวกันองค์การเภสัชกรรมก็ได้รับงบประมาณลงทุน 1,400 ล้านบาทเพื่อสร้างโรงงานระดับอุตสาหกรรมเพื่อให้สามารถผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ชนิดเชื้อตาย ซึ่งอยู่ระหว่างการก่อสร้างคาดว่าจะแล้วเสร็จ สามารถทำการผลิตจำหน่ายได้ภายใน พ.ศ. 2556 ซึ่งหากมีการขยายกำลังการผลิตก็จะสามารถผลิตเพียงพอสำหรับ ความต้องการภายในประเทศและมีศักยภาพเพียงพอสำหรับการรองรับการระบาดใหญ่ในอนาคตด้วย

6.4 การพัฒนาเครือข่าย การจะทำการควบคุมโรคอุบัติใหม่หรือโรคระบาดที่มีความรวดเร็วรุนแรง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้มีเครือข่ายด้านระบาดวิทยาสำหรับการเฝ้าระวังสอบสวนโรค เครือข่ายทางห้องปฏิบัติการสำหรับการวินิจฉัยและเครือข่ายด้านการรักษา นอกจากนี้ยังจะต้องมีเครือข่ายด้านการณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน ซึ่งในเหตุการณ์ระบาดครั้งนี้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ช่วยในเรื่องเครือข่ายการให้ความรู้และรณรงค์พฤติกรรมอันพึงประสงค์สำหรับการป้องกันโรค สมควรอย่างยิ่งที่จะต้องสนับสนุนให้เครือข่ายต่างๆ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยง และเกื้อหนุนกัน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนทางนโยบาย

7. บทสรุป

การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ที่แพร่ไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วภายในเวลา 2 เดือน เป็นบทพิสูจน์ขีดความสามารถของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศต่างๆ สำหรับประเทศไทยได้เกิดการระบาดภายในประเทศอย่างรวดเร็วในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 โดยตัวขับเคลื่อนการระบาดที่สำคัญได้แก่กลุ่มเด็กนักเรียนประถมและมัธยม มีการระบาดในโรงเรียนต่างๆเริ่มจากกรุงเทพฯและปริมณฑลและแพร่ขยายไปทั่วทุกจังหวัด กลุ่มเด็กนักเรียนได้ส่งผ่านการระบาดต่อไปยังครอบครัวของตนเอง ผู้ปกครองที่ป่วยได้นำเชื้อไปแพร่สู่ที่ทำงานของตนเองและชุมชน ยังผลให้มีการติดเชื้อประมาณ 10 ล้านคนเมื่อสิ้นปี 2552 ฯลฯ ปัจจัยที่ส่งเสริมการระบาดในสถานที่หรือชุมชนต่างๆนั้นประกอบด้วยปัจจัยทางกายภาพเช่น ความหนาแน่นของนักเรียนต่อห้องเรียน แต่ที่สำคัญกว่าปัจจัยทางกายภาพคือปัจจัยด้านกิจกรรมการรวมกลุ่ม เช่น การเข้าค่ายฝึกค้างแรมที่เปิดโอกาสให้คนจากที่ต่างๆต้องมาทำกิจกรรมที่มีการสัมผัสใกล้ชิดรวมไปถึงการบันเทิงต่างๆเช่นการร่วมคอนเสิร์ตดนตรี แม้ว่าในภาพรวมทั้งหมดประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่ระบาดในครั้งนี้ได้โดยสามารถลดการตายได้ประมาณครึ่งหนึ่ง หรือประมาณ 500 ราย และชะลอการแพร่ระบาดเป็นหลายระลอก แต่ก็มียุทธวิธีที่สำคัญในระยะแรกหลายอย่าง เช่นการขาดเอกภาพของการจัดการในภาวะฉุกเฉินและภาวะวิกฤต การสื่อสารความเสี่ยง และการไม่สามารถทำให้ประชาชนเข้าใจในสถานการณ์และสิ่งที่ต้องร่วมมือ ตลอดจนขาดการระดมทรัพยากรเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ แต่ในขณะที่



เดียวกันก็ให้โอกาสในการพัฒนาหลายด้านเช่น ระบบการเฝ้าระวังโรค การขยายขีดความสามารถการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การพัฒนาด้านวัคซีนภายในประเทศ และการเสริมสร้างเครือข่ายด้านระบาดวิทยา เครือข่ายด้านห้องปฏิบัติการ เครือข่ายด้านการรักษา และเครือข่ายด้านการให้ความรู้และการรณรงค์สุขนิสัย บทเรียนและโอกาสที่เกิดขึ้นเหล่านี้สามารถนำมาปรับปรุงและเตรียมการสำหรับรับมือกับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลและสายพันธุ์ใหม่ๆ อื่นๆ ที่จะทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ รวมถึงโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เป็นภัยคุกคามในอนาคต

