



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 46 ฉบับที่ 35 : 11 กันยายน 2558

Volume 46 Number 35 : September 11, 2015

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

 การสอบสวน
ทางระบาดวิทยา

การสอบสวนกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (H1N1) 2009
ใน อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ เดือนกุมภาพันธ์ 2557
Influenza A (H1N1) 2009 Dead Cases Investigation
in Chiang Dao District, Chiang Mai, Thailand, February 2014

✉ alitnap@hotmail.com

กันทิลา ทวีวิทยาการและคณะ

บทคัดย่อ

เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557 สำนักโรคระบาดวิทยาได้รับแจ้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ว่า พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 จำนวน 3 ราย ในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ สำนักโรคระบาดวิทยาร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และรพ.เชียงดาว จึงร่วมกันออกสอบสวนโรคเพื่อยืนยันการระบาดและหาปัจจัยที่อาจมีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยการทบทวนสถานการณ์ของไข้หวัดใหญ่ในอำเภอเชียงดาว ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเสียชีวิต และสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ทำการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมทั้งในครอบครัวและเพื่อนบ้าน และศึกษาสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นปัจจัยของการแพร่ระบาด ผลการศึกษาพบว่าในเดือนกุมภาพันธ์ 2557 ในอำเภอเชียงดาว มีอัตราป่วยของอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) 8.8 ต่อประชากรพันคน มีผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่เสียชีวิตทั้งสิ้น 3 ราย และทั้ง 3 รายติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 (อัตราป่วยตาย 4.18 ต่อผู้ป่วย ILI พันคน) ปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อความรุนแรงของโรค ได้แก่ การมีโรคประจำตัว การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า ดังนั้น มาตรการป้องกัน

การเสียชีวิตจึงควรเน้นย้ำการให้วัคซีนในกลุ่มเสี่ยง การให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในการป้องกันไข้หวัดใหญ่เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ส่งเสริมสถานพยาบาลเอกชน หรือร้านขายยา ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีอาการรุนแรง

คำสำคัญ : ไข้หวัดใหญ่, A (H1N1) 2009, เสียชีวิต, เชียงดาว, เชียงใหม่

ความเป็นมา

เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 ถูกค้นพบครั้งแรกเมื่อเดือนเมษายน 2552 ทางตอนใต้ของรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁾ และได้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก คาดประมาณว่ามีผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้มากกว่า 400,000 ราย และเสียชีวิตเกือบ 5,000 ราย โดยกลุ่มผู้เสียชีวิตมักเป็นประชากรกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กเล็ก และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว อย่างไรก็ตาม เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 ถูกพิจารณาให้เป็นเชื้อไวรัสไข้หวัดตามฤดูกาล (seasonal flu) ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2553 เป็นต้นมา^(2,3)



| | |
|---|-----|
| ◆ การสอบสวนกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (H1N1) 2009 อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ เดือนกุมภาพันธ์ 2557 | 545 |
| ◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 35 ระหว่างวันที่ 30 สิงหาคม – 5 กันยายน 2558 | 553 |
| ◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 35 ระหว่างวันที่ 30 สิงหาคม – 5 กันยายน 2558 | 555 |

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งใน และต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาตล
นายแพทย์ธวัช ฉายนัยโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาศ ตักดีศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์

กองบรรณาธิการ

บริมาศ ตักดีศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังษิวงศ์ สุวดี ติวงษ์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สยมภูจินันท์ ศศิธรณ์ มาแอดิเยน พัชรีย์ ตรีหมอก
สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา คล้ายพ้อแดง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาศ ตักดีศิริสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาศ ตักดีศิริสัมพันธ์ พิรยา คล้ายพ้อแดง

ผู้เขียนบทความ

กันทิลา ทวีวิทยการ¹, จิรภัทร กัลยาณพจน์พร²,
ชูพงศ์ แสงสว่าง³, สุรเชษฐ์ อรุโณทอง⁴,
ศุภฤกษ์ ถวิลลาภ¹, พรเอื้อ บุญยไพศาลเจริญ¹,
สุชาดา จันทสิริยากร¹, ธีระพล ศิริศมน⁵,
กรรณิการ์ รับทองสุขสกุล⁵, มยุริญ สอนบาลี⁵,
จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์¹

¹ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

² รพ.เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

³ รพ.ฝาง จังหวัดเชียงใหม่

⁴ สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 10 เชียงใหม่

⁵ รพ. เชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 ในปี 2552 เช่นกัน จากรายงาน 506 มีอัตราป่วย 1.90 ต่อประชากรพันคน และอัตราป่วยตาย 1.91 รายต่อผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่พันคน หลังจากปี 2552 พบว่าอัตราป่วยและอัตราป่วยตายลดลงในแต่ละปี โดยในปี 2556 นั้นพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่เพียง 60 ราย ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตายเข้าใกล้ศูนย์

แม้ว่าสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในเดือนกุมภาพันธ์ 2557 ของประเทศไทยและจังหวัดเชียงใหม่ไม่เปลี่ยนแปลงจากปีก่อนๆ แต่สำนักกระบาดวิทยาได้รับรายงานว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 จำนวน 3 ราย จากอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ สำนักกระบาดวิทยาร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และ รพ.เชียงดาว จึงร่วมกันออกสอบสวนโรคในพื้นที่ อำเภอเชียงดาว เพื่อยืนยันการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในอำเภอเชียงดาว พร้อมทั้งหาปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตในผู้ป่วยทั้ง 3 ราย

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยทบทวนสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลเชียงดาว ฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรค 506 ฐานข้อมูลเฝ้าระวังผู้ป่วย ILI ฐานข้อมูลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงและข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเชื้อไข้หวัดใหญ่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำหรับการศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วย ILI จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลนั้น ใช้นิยามผู้ป่วย ILI ว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส ICD-10 ดังต่อไปนี้ J00, J02.9, J06.9, J09, J10, J11 และ J18 นอกจากนี้ยังศึกษาประวัติผู้ป่วยเสียชีวิตจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ รพ. เชียงดาว และ รพ.นครพิงค์ สัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ญาติผู้ป่วยและเพื่อนบ้านใกล้เคียง เพื่อสอบถามประวัติเสี่ยงรับเชื้ออาการป่วย การรักษา ค้นหาผู้สัมผัสและผู้ป่วยเพิ่มเติมในครัวเรือนและบ้านใกล้เคียง

นิยามสำหรับการค้นหาผู้สัมผัสและผู้ป่วย ได้แก่

ผู้สัมผัส ได้แก่ ผู้ที่อยู่ร่วมบ้าน หรืออยู่บ้านใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่สัมผัสผู้ป่วยในช่วงเวลาระหว่าง 1 สัปดาห์ก่อนที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

ผู้ป่วยสงสัย ได้แก่ ผู้สัมผัสที่มีอาการอย่างน้อย 2 อาการจากอาการดังต่อไปนี้ ไข้ มีน้ำมูก ไอ หอบเหนื่อย และปวดกล้ามเนื้อ

ผู้ป่วยยืนยัน ได้แก่ ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการให้ผลบวกต่อเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอเชียงดาวอยู่ทางตอนเหนือของ จังหวัดเชียงใหม่ มีชายแดนติดต่อกับประเทศเมียนมาร์ ประกอบด้วย 7 ตำบล มีประชากรทั้งสิ้นโดยประมาณ 81,594 คน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 12 กุมภาพันธ์ 2557 จากรายงาน 506 มีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ทั้งสิ้น 158 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1.93 ต่อประชากรพันคน แต่จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลเชียงดาวพบผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่จำนวนทั้งสิ้น 717 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 7.18 รายต่อประชากรพันคน (รูปที่ 1) ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย ILI พบว่าอัตราผู้ป่วย ILI ที่มาตรวจที่ห้องผู้ป่วยนอกเท่ากับร้อยละ 15 สูงกว่าอัตราผู้ป่วย ILI ในช่วงเดียวกันของปี 2556 (ร้อยละ 5)

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 10 กุมภาพันธ์ 2557 พบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่เสียชีวิตในอำเภอเชียงดาวรวมทั้งสิ้น 3 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 ทั้งสิ้น คิดเป็นอัตราป่วยตาย 4.18 ต่อผู้ป่วย ILI พันคน ตำบลที่มีอัตราป่วย ILI สูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตำบลเชียงดาว 12.3 ต่อประชากรพันคน ตามด้วย ตำบลแม่่นะ (9.2) และ ตำบลปิงโค้ง (8.5)

2. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้ง 3 ราย ไม่พบความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยา ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยชาย อายุ 59 ปี โรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไช้มันในเลือดสูง รับประทาน รพ.เอกชน มีประวัติกินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่เคยได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เริ่มป่วยเมื่อ 29 มกราคม 2557 มีอาการ ไข้ ไอมีเสมหะ ไปรักษาที่คลินิกเอกชน รับประทานยาแต่อาการไม่ดีขึ้น ต่อมาวันที่ 31 มกราคม 2557 แพทย์ที่คลินิกจ่ายยาต้านไวรัส ผู้ป่วยยังคงมีอาการไอแต่ไม่มีไข้ จนถึงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2557 ตอนกลางคืนผู้ป่วยไอมากขึ้นเป็นชุดๆ ขณะนั้นผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหนื่อย แต่ไม่มีมีรูด และญาติคิดว่าน่าจะทนไหวจึงรอจนเช้า รุ่งขึ้นวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2557 ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอกมากขึ้น หอบเหนื่อย ญาติจึงนำส่ง รพ. เชียงดาว ผลตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/74 มม.ปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดร้อยละ 20 แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พร้อมให้ยา Oseltamivir 1 เม็ดทางสายให้อาหารทางจมูก ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะส่งต่อ รพ.นครพิงค์ ผลตรวจตัวอย่างจากเสมหะ (tracheal

suction) ให้ผลบวกต่อเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 ประวัติการสัมผัส ระหว่างวันที่ 23 - 27 มกราคม 2557 ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ รพ. เอกชน ได้รับการวินิจฉัยใช้สมอแอกเสบจากเชื้อไวรัส หลังจากกลับจาก รพ. อากการปกติ มาอยู่ที่วัดแห่งหนึ่งในอำเภอเชียงดาว เป็นคนขับรถให้พระในวัด โดยในวัดแห่งนั้นไม่มีพระรูปโตป่วยหรือมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่

ผู้สัมผัสร่วมบ้าน หลังจากเริ่มป่วย ผู้ป่วยได้มาอาศัยที่บ้านกับหลานชายอายุ 6 ปี ต่อมาหลานชายมีอาการป่วยในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557 มีอาการไข้ ไอ นอกจากนี้ มีผู้สัมผัสสะแวกบ้านจำนวนทั้งสิ้น 8 ราย โดยมีอาการป่วย 3 รายทั้งหมดไม่มีผู้ใดมีอาการรุนแรง

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิง อายุ 59 ปี โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ รับประทาน รพ.เชียงดาว ปฏิเสธประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ น้ำหนักตัว 57 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร เริ่มป่วยเมื่อ 31 มกราคม 2557 มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ต่อมาวันที่ 2 กุมภาพันธ์ ไปพบแพทย์ที่คลินิกแต่ประวัติการรักษาไม่ชัดเจน วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2557 มีอาการไอ หายใจเหนื่อย เข้ารับการรักษาที่ รพ.เชียงดาว อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 136/92 มม.ปรอท ตรวจปอดพบเสียง Crepitation ทั้ง 2 ข้าง ผลตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดพบความเข้มข้นเลือดร้อยละ 47.6 จำนวนเม็ดเลือดขาว 6,900 เซลล์/ลบ.มม. (นิวโทรฟิลร้อยละ 77 และลิมโฟไซต์ร้อยละ 17) จำนวนเกล็ดเลือด 161,000 เซลล์ต่อลบ.มม. ภาพถ่ายรังสีพบรอยโรค (infiltration) ที่บริเวณปอดล่างทั้งสองข้าง ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นในวันเดียวกัน แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อ รพ.นครพิงค์ รับประทาน Ceftriaxone ทางหลอดเลือดดำ, Azithromycin และ Oseltamivir ต่อมาผู้ป่วยยังมีอาการหอบเหนื่อยแม้ใส่ท่อช่วยหายใจ และเสียชีวิตในวันที่ 11 กุมภาพันธ์

ผลตรวจตัวอย่างเสมหะ (tracheal suction) พบผลบวกต่อเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 ผลตรวจเสมหะด้วยวิธีการย้อมแกรมและตรวจวัฒนธรรมให้ผลลบ

ประวัติสัมผัส ผู้ป่วยมีอาชีพเป็นแม่บ้านในโรงเรียน ตำรวจตระเวนชายแดน อาศัยอยู่กับหลานชายอายุ 6 ปี ที่บ้านพักในโรงเรียนฯ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ไม่พบว่ามีนักเรียนหรือบุคลากรในโรงเรียนดังกล่าวมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ระหว่างวันที่ 25 - 26 มกราคม 2557 ผู้ป่วยเดินทางไปเยี่ยมบุตรที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ สอดถามไม่พบผู้มีอาการป่วยในครอบครัวบุตรชายในช่วงเวลาดังกล่าว ต่อมาวันที่ 29 มกราคม 2557 หลานชายที่อาศัยอยู่ด้วยกันมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก ไม่ได้ไป

รักษาที่โรงพยาบาล ในห้องเรียนที่หลานชายเรียนอยู่นั้นมีเด็กนักเรียนป่วยมาก่อน 2 ราย สอบถามครูพยาบาลไม่พบว่ามึนนักเรียนป่วยมากขึ้นผิดปกติ หรือมีนักเรียนลาเรียนมากกว่าปกติในช่วงเวลานั้นๆ

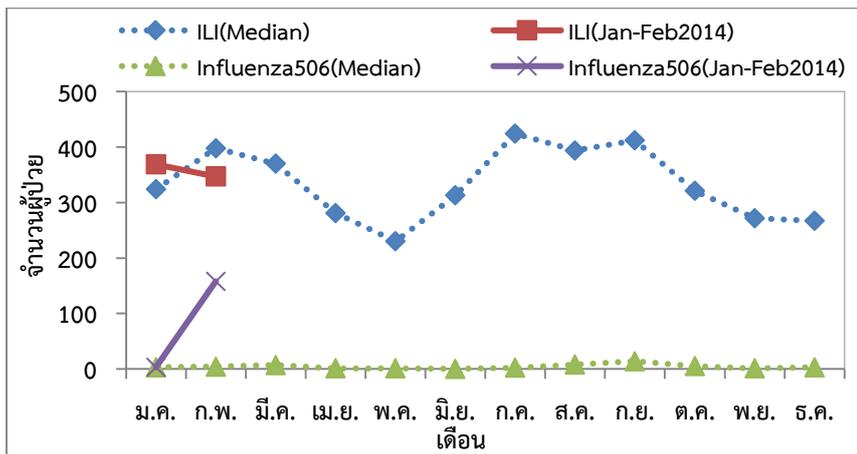
ผู้ป่วยรายที่ 3 ผู้ป่วยหญิงอายุ 74 ปี โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ซ้อยารับประทานเอง ไม่ได้พบแพทย์ต่อเนื่อง ไม่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เริ่มป่วยเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2557 มีอาการ ไข้ ไอ ต่อมาวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2557 ยังมีไข้และมีอาการหอบมากขึ้น ญาตินำส่ง รพ. เชียงดาว ที่รพ. แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจที่ห้องฉุกเฉินและส่งต่อรพ. นครพิงค์ อุณหภูมิกาย 37.9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 148/49 มม.ปรอท ตรวจพบเสียง fine crepitation ที่บริเวณปอดด้านล่างทั้งสองข้าง

ผลตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด พบจำนวนเม็ดเลือดขาว 5,550 เซลล์ต่อลบ.มม. (นิวโทรฟิล ร้อยละ 71 และลิมโฟไซต์ ร้อยละ 14) ความเข้มข้นเลือด ร้อยละ 47.6 เกล็ดเลือด 113,000

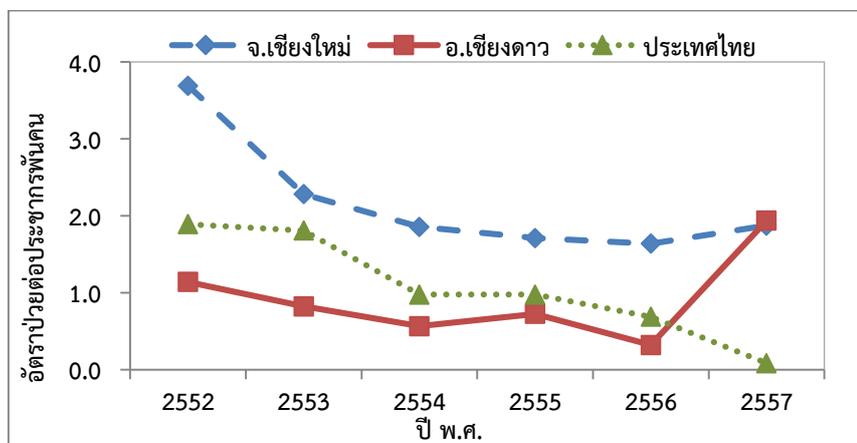
เซลล์ต่อลบ.มม. ผลตรวจตัวอย่างเสมหะ (tracheal suction) พบผลบวกต่อเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 ที่รพ. เชียงดาว แพทย์ได้ให้ยา Oseltamivir แก่ผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2557 ก่อนจะส่งตัว ที่รพ. นครพิงค์ ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิต BP 60/40 มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดปกติ (atrial fibrillation) 143 ครั้งต่อนาที ขาบวมกดบวมทั้งสองข้าง แพทย์ได้ให้ยากระตุ้นหัวใจ Norepinephrine ทางหลอดเลือดดำแต่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองและเสียชีวิตในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2557

ประวัติสัมผัส ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยสามารถเดินไปเดินมาในบ้านได้ แต่ไม่ค่อยได้ออกจากบ้าน ช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนป่วยผู้ป่วยไม่ได้ออกจากบ้านและไม่มีผู้ใดมาเยี่ยมเยียน หลานสาวผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ ในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2557 ซึ่งหลานสาวผู้ป่วยได้ไปร่วมงานตรุษจีนของหมู่บ้านในวันที่ 31 มกราคม 2557

ผู้สัมผัสร่วมบ้าน นอกจากผู้ป่วยและหลานสาวที่มีอาการป่วยแล้ว ยังมีผู้สัมผัสร่วมบ้านอีก 3 รายแต่ไม่มีผู้มีอาการป่วย



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่จากรายงาน 506 และผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) จากฐานข้อมูลโรงพยาบาล ในอำเภอเชียงดาว เดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2557 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง



รูปที่ 2 อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในอำเภอเชียงดาว และจังหวัดเชียงใหม่ และภาพรวมประเทศไทยจากระบบเฝ้าระวัง 506 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 - 2557

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค

ทีมสอบสวนได้ให้สุศึกษาแก่ประชาชนและในโรงเรียน เช่น การแยกผู้ป่วย การดูแลสัญลักษณ์ส่วนบุคคล เช่น การล้างมือ เป็นต้น ย้ำเตือนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลให้เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น นอกจากนี้ โรงพยาบาลเชียงดาวยังได้จัดพื้นที่สำหรับคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ จัดเตรียมห้องแยกในกรณีที่มีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ได้เน้นย้ำเรื่องระบบเฝ้าระวังแก่โรงพยาบาลต่าง ๆ จัดการประชุมทางไกลเพื่อส่งข้อมูลข่าวสาร เตรียมความพร้อมของห้องปฏิบัติการสำหรับส่งตรวจตัวอย่าง เตรียมยาฆ่าเชื้อไวรัส Oseltamivir และ Zanamivir รวมทั้งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น หน้ากากอนามัย

อภิปรายผล

ผลการสอบสวนพบการระบาดของกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ในพื้นที่ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จากจำนวนผู้ป่วยในช่วงเดือนมกราคม 2557 ที่สูงกว่าค่ามัธยฐานในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ขณะที่สถานการณ์ของจังหวัดเชียงใหม่และภาพรวมประเทศไทยไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก อย่างไรก็ตามการที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมากหลังจากพบผู้ป่วยยืนยันรายแรกอาจเกิดจากการที่มีความตระหนักมากขึ้นทำให้มีการวินิจฉัยไข้หวัดใหญ่และมีการส่งตรวจเพิ่มมากขึ้นในจังหวัดเชียงใหม่ในเวลาต่อมา จากการสอบสวนโรคพบว่า การใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง ILI จะมีความไวในการตรวจพบการระบาดมากกว่าการใช้ข้อมูลจากรายงาน 506 แต่ข้อจำกัดของระบบ ILI คือ การที่เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลชุมชน อัตราป่วยรายตำบลที่ห่างไกลจึงอาจต่ำกว่าความเป็นจริงหากใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลนี้ เนื่องจากอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่นั้นมักมีอาการไม่รุนแรงและหายได้เอง ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนห่างไกลหรือพื้นที่ที่เดินทางมาโรงพยาบาลลำบาก อาจซื้อยารับประทานเองหรือไปรักษายังสถานพยาบาลในชุมชน

อัตราตายด้วยไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 ในอำเภอเชียงดาวในปี 2557 เท่ากับ 4.18 รายต่อผู้ป่วย ILI พันราย (ใช้ตัวเลขจากจำนวนผู้ป่วย ILI จากฐานข้อมูลโรงพยาบาล) สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา หน่วยงานควบคุมโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา (USCDC) ได้รายงานว่าการเสียชีวิตด้วยไข้หวัดใหญ่โดยรวมอยู่ที่ 0.2 ต่อผู้ป่วยพันราย⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม การจะหาจำนวนผู้ป่วยมีอาการทั้งหมดอาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจากเชื้อไวรัสชนิดนี้สามารถก่อให้เกิดอาการได้หลากหลาย ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงอาจไม่มาโรงพยาบาล หากใช้ตัวหารที่เป็นผู้ป่วยที่มารับการ

รักษาที่โรงพยาบาลอาจทำให้ได้อัตราป่วยตายสูงกว่าความเป็นจริง ข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้รายงานว่าการระบาดของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 ที่สุ่มเก็บตัวอย่างในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2557 ไม่พบว่ามีการดื้อยาที่เพิ่มขึ้นจากปี 2556⁽⁵⁾

จากการสอบสวนผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) 2009 ทั้ง 3 รายนั้น ผู้ป่วย 2 รายมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจได้รับเชื้อจากบุตรหลานที่เป็นวัยเรียน เด็กนักเรียนจึงอาจมีบทบาทสำคัญในการแพร่กระจายเชื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งไปสู่ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน กลุ่มประชากรเด็กมักเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยด้วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอายุอื่น การศึกษาในปี พ.ศ. 2547 ยังแสดงให้เห็นว่าการที่สัมผัสเด็กป่วยในบ้านทั้งวัยเรียนและวัยก่อนเรียน มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อมากกว่าการสัมผัสกับผู้ป่วยในบ้านที่เป็นผู้ใหญ่⁽⁶⁾ ผลการสอบสวนยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่าเด็กที่ป่วยในบ้านมักเป็นแหล่งโรคให้กับสมาชิกในบ้านรายอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงเมื่อติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ เช่น ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว⁽⁷⁾ ดังนั้นการให้วัคซีนแก่เด็กวัยเรียน นอกจากจะเป็นการป้องกันอัตราป่วยและอัตราตายของโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กเองแล้ว อาจช่วยเป็นภูมิคุ้มกันกลุ่ม (herd immunity) ให้กับสมาชิกในโรงเรียนและครอบครัวได้อีกด้วย ทั้งนี้ ผู้ป่วย 2 ใน 3 รายเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าข่ายที่ควรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่แต่ไม่ได้รับวัคซีน สาเหตุเพราะไม่ทราบว่ามีอาการให้วัคซีน อาจเป็นเพราะไม่ได้เข้ารับการรักษาโรคเรื้อรังในสถานบริการของรัฐอย่างเป็นระบบ

ระยะวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสามรายนับจากวันเริ่มป่วยอยู่ที่ 1 - 7 วัน โดย ผู้ป่วย 2 รายป่วยอยู่นานถึง 7 วันกว่าจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ระยะเวลานานเช่นนี้อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับผลการสอบสวนโรคที่ผู้ป่วยทั้งสองรายมาถึงโรงพยาบาลด้วยอาการรุนแรง การศึกษาในประเทศเม็กซิโกพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยที่ผลยืนยันว่าพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A H1N1 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้ามีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะเสียชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักเข้ารับการรักษาพยาบาลช้ากว่า (เฉลี่ย 4.8 วันหลังวันเริ่มป่วย) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่หายดีและกลับบ้านได้ (เฉลี่ย 2.8 วันหลังจากวันเริ่มป่วย)⁽⁸⁾ ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยทั้งสองรายดังกล่าวเคยมีประวัติว่าเคยไปตรวจรักษาด้วยอาการที่ไม่รุนแรงมาก่อน ดังนั้นคลินิกเอกชนหรือร้านขายยาจึงมีบทบาทในการให้ข้อมูลแก่ประชาชนว่าเมื่อไรที่ผู้ป่วยควรจะไป

รับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากคำแนะนำแล้วแพทย์ที่ปฏิบัติ-
งานอยู่ในคลินิกเอกชนอาจมีบทบาทในการส่งจ่ายยาฆ่าเชื้อไวรัส
ให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดย CDC แนะนำว่าสามารถจ่ายยาฆ่าเชื้อ
ไวรัสในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นการรักษาแบบ empirical treatment
ได้หากพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสงสัยหรือยืนยันว่าจะเป็นไข้หวัดใหญ่⁽⁹⁾

จากการทบทวนประวัติผู้ป่วยพบว่า เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่า
ผู้ป่วยทั้ง 3 รายมีลักษณะของปอดอักเสบรุนแรงที่ต้องใส่ท่อช่วย
หายใจ แพทย์ได้สั่งยาฆ่าเชื้อไวรัส Oseltamivir ให้ผู้ป่วยทุกราย
ซึ่งสอดคล้องกับคู่มือแนวทางการรักษาของ หน่วยงานควบคุมโรค
ของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่แนะนำให้แพทย์สั่งยาฆ่าเชื้อไวรัส
ให้กับผู้ป่วยสงสัยหรือยืนยันการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่มีอาการ
รุนแรง ถึงแม้ว่าเป็นการให้ยาหลังจาก 48 ชั่วโมงหลังเริ่มป่วย บาง
การศึกษากล่าวว่าการให้ยาที่ช้ากว่า 48 ชั่วโมงยังมีประโยชน์ใน
การลดอัตราป่วยตายในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง⁽⁹⁾

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ระบบฐานข้อมูล 506 และฐานข้อมูลเฝ้าระวัง ILI อาจ
ให้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ต่ำกว่าความเป็น
จริง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงอาจไม่ได้ไปรับการรักษาที่
โรงพยาบาล

2. ขณะทำการสอบสวนผู้ป่วยเสียชีวิตนั้น ผู้สัมผัสที่มี
อาการได้หายป่วยหรือรับยา Oseltamivir แล้ว ทำให้ไม่สามารถ
เก็บตัวอย่างตรวจเพื่อหาเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1)
2009 ได้

3. การสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยอาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน
เช่น ประวัติการสัมผัส และประวัติการรักษาก่อนถึงโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ในช่วงฤดูการระบาด การเฝ้าระวังการเกิดโรคไข้หวัด
ใหญ่ระดับอำเภอควรใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล นอกเหนือจากใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน (รายงาน
506 หรือฐานข้อมูลเฝ้าระวัง ILI)

2. ส่งเสริมการให้วัคซีนในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่
ไม่ได้มารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลของรัฐเป็นประจำ
โดยให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ในชุมชนเพิ่ม
มากขึ้น

3. ส่งเสริมคลินิกเอกชน และร้านขายยาให้มีบทบาทในการ
เฝ้าระวังผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่รุนแรง เช่น ให้ผู้ป่วยรีบไปโรงพยาบาล
หากป่วยอยู่นานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป หรือให้รีบไปโรงพยาบาล
หลังจากให้การรักษาเบื้องต้นแล้วไม่ดีขึ้น

4. ในจังหวัดที่มีพื้นที่ที่เดินทางไกลและลำบาก ควรมีการ
เตรียมพร้อมรถฉุกเฉินหรือประสานงานกับหน่วยมูลนิธิ พร้อมทั้ง
ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบหมายเลขโทรศัพท์เพื่อเรียกรถ
ฉุกเฉินเพื่อนำส่งผู้ป่วย

5. ให้ความสำคัญกับเรื่องไข้หวัดใหญ่ในเด็ก ให้สุศึกษา
แก่ผู้ปกครองหากมีเด็กป่วยในบ้านต้องเน้นย้ำเรื่อง contact และ
droplet precaution ส่งเสริมสุขลักษณะส่วนบุคคล เช่น การใช้
ผ้าปิดปากจมูก กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ

6. ควรมีการศึกษาประโยชน์และความคุ้มค่าของการให้
วัคซีนไข้หวัดใหญ่ในเด็กวัยเรียนต่อไป

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ชนิด A
(H1N1) 2009 จำนวน 3 รายที่เสียชีวิตในช่วงมกราคม -
กุมภาพันธ์ 2557 ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่มีการระบาดของไข้หวัด
ใหญ่ในอำเภอเชียงดาว อำเภอเชียงใหม่ โดยปัจจัยที่อาจมีผลต่อ
การเสียชีวิตที่พบ คือ การมีโรคประจำตัว ไม่ได้รับวัคซีนป้องกัน
ไข้หวัดใหญ่ และการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลล่าช้า
ดังนั้นเพื่อป้องกันการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง ควรส่งเสริม
การประชาสัมพันธ์เรื่องวัคซีนและให้ความรู้ในการเฝ้าระวังการเกิด
ไข้หวัดใหญ่รุนแรงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอย่างทั่วถึง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ฝ่าย
เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์และโรงพยาบาลเชียงดาว
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลแกน้อย โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลอรุโณทัย อาสาสมัครสาธารณสุข
หมู่บ้าน และ FETP ที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรคครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. CDC.gov [internet]. Atlanta: The 2009 H1N1 Pandemic:
Summary Highlights, April 2009-April 2010. [updated
2010 August 3; Cited 2014 April 25]. Available from:
<http://www.cdc.gov/h1n1flu/cdcreponse.htm>
2. Flu.gov. [homepage on the internet] About the flu:
H1N1 (originally referred to as swine flu) [cited 2014
April 25] Available from: [http://www.flu.gov/about_ the_flu/h1n1/index.html](http://www.flu.gov/about_the_flu/h1n1/index.html)
3. Who.int [internet]. Geneva: Pandemic (H1N1) 2009
[cited 2014 April 25] Available from: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/>

4. CDC.gov [internet]. Atlanta: The 2009 H1N1: Overview of the pandemic. [update 2010 December 9; Cited 2014 April 27]. Available from: http://www.cdc.gov/h1n1flu/yearinreview/images/slide_42a_image.jpg
5. Thainihnic.org [internet]. นนทบุรี: รายงานการเฝ้าระวังการกลายพันธุ์และการดื้อยาของเชื้อไข้หวัดใหญ่ ประจำเดือนมกราคมและกุมภาพันธ์ 2557. [สืบค้นวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thainihnic.org/influenza/main.php?option=newsletter>
6. Viboud C, Boëlle PY, Cauchemez S, Lavenu A, Valleron AJ, Flahault A, et al., Risk factors of influenza transmission in households. Br J Gen Pract. 2004 Sep 1; 54(506): 684-9.
7. Modernmedicine.com [internet]. Ohio: Why vaccinated school-aged children against influenza?; c2015 [updated 2013 August 01; cited 2015 February 19]. Available from: <http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contemporary-pediatrics/news/why-vaccinate-school-aged-children-against-influenza>
8. Chowell G, Viboud C, Simonsen L, Miller MA, Echevarria-Zuno S, Gonzalez-Leon M, et al. Impact of antiviral treatment and hospital admission delay on risk of death associated with 2009 A/H1N1 pandemic influenza in Mexico. BMC infectdis. 2012;12:97. Epub 2012/04/24.
9. CDC.gov [internet]. Atlanta: Updated Interim Recommendations for the Use of Antiviral Medications in the Treatment and Prevention of Influenza for the 2009-2010 Season [updated 2009 December 7; Cited 2015 February 19]. Available from: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/recommendations.htm>

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

กันทิลา ทวีวิทยการ, จิรภัทร กัลยาณพจน์พร, ชูพงศ์ แสงสว่าง, สุรเชษฐ์ อรุณทอง, ศุภฤกษ์ ถวิลลาภ, พรเอื้อ บุญยไพศาลเจริญ และคณะ. การสอบสวนกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (H1N1) 2009 ใน อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ เดือนกุมภาพันธ์ 2557. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2558; 46: 545-52.

Suggested Citation for this Article

Taweewiyakarn P, Kanlayanaphotporn J, Sangsawang C, Arunothong S, Thawillarp S, Boonyapaisarncharoen P, et al. Influenza A (H1N1) 2009 Dead Cases Investigation in Chiang Dao District, Chiang Mai, Thailand, February 2014. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2015; 46: 545-52.

Influenza A (H1N1) 2009 Dead Cases Investigation, Chiang Dao District, Chiang Mai, Thailand, February 2014

Authors: Pantila Taweewiyakarn¹, Jirapat Kanlayanaphotporn², Chupong Sangsawang³, Surachet Arunothong⁴, Supharek Thawillarp¹, Poneau Boonyapaisarncharoen¹, Suchada Jansiriyakorn¹, Theeraphol Keereesamon⁵, Kannikar Rubthongsuksakul⁵, Mayurin Sonbalee⁵, Chakkarat Pittayawonganon¹

¹ Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Thai Ministry of Public Health

² Chaophraya Yommarat Hospital, Suphan Buri Province

³ Fang Hospital, Chiang Mai province

⁴ Office of Disease Prevention and Control 10, Chiang Mai province

⁵ Chiang Dao Hospital, Chiang Mai province

Abstract

On 7th February 2014, the Bureau of Epidemiology (BoE) was notified there were 3 deaths caused by Influenza A H1N1 (2009) within a week in Chiang Dao district, Chiang Mai, Thailand. Dead cases investigation was conducted to confirm the outbreak and find the potential fatality risks. Medical record of the confirmed H1N1 (2009) dead cases were reviewed. Healthcare personnel and patients' families were interviewed for the clinical course. Active case findings and environmental study were conducted among household and neighborhood contacts. Environmental study was also conducted. The morbidity of influenza-like illness (ILI) were 8.8 per 1,000 population and symptomatic case-fatality rate was 4.18 deaths/1,000 ILI cases. There are 3 confirmed H1N1 (2009) deaths without epidemiological linkage. All of them had comorbidities, did not receive flu vaccine and delayed to adequate treatment. Vaccination in high risk group, adequate contact and droplet precaution in family with ILI patients and severity awareness among high risk group were recommended.

Keywords: influenza, A (H1N1) 2009, Death, Chiang Dao