

การสวมหมวกนิรภัย

- ผู้บาดเจ็บที่ใช้จักรยานยนต์ (รวมผู้ขับขี่และโดยสาร) ที่ทราบสถานะของการสวมหมวกนิรภัยทั้งหมด 1,806 คน มีผู้สวมหมวก 134 คน (ร้อยละ 7.4)

การนำส่งผู้บาดเจ็บมาโรงพยาบาล

การมาโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุโดยมีผู้นำส่ง จำนวน 979 คน นำส่งโดยเจ้าหน้าที่มูลนิธิกู้ภัยสูงสุดร้อยละ 29, โดยหน่วยฉุกเฉินโรงพยาบาล (EMS) ร้อยละ 12, โดยตำรวจ ร้อยละ 2 และอื่น ๆ ร้อยละ 57

ผู้นำส่ง	จำนวน	(%)
หน่วยฉุกเฉินโรงพยาบาล	120	(12.3)
มูลนิธิ, กู้ภัย	284	(29.0)
ตำรวจ	18	(1.8)
อื่น ๆ	557	(56.9)
รวม	979	(100.0)

การปฐมพยาบาลขณะนำส่งและระหว่างนำส่งโรงพยาบาล

ผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ควรได้รับการปฐมพยาบาลก่อน/ขณะนำส่งโรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลการหายใจ การห้ามเลือด การเข้าเฝือกชั่วคราว และการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ แต่ไม่มีการปฐมพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง ในกรณีการนำส่งจากที่เกิดเหตุสูงถึงร้อยละ 73 -80 สำหรับผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น โดยไม่มีการปฐมพยาบาลนั้น มีสัดส่วนสูงเกินเป้าหมายซึ่งกระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ไม่เกินร้อยละ 5 พบไม่มีการดูแลการหายใจ ร้อยละ 13, ไม่ได้เข้าเฝือกชั่วคราว ร้อยละ 12

การปฐมพยาบาล	นำส่งจากที่เกิดเหตุ			ส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น		
	ทั้งหมด*	ไม่มี ^a	(%)	ทั้งหมด*	ไม่มี ^a	(%)
ดูแลการหายใจ	116	91	(78.4)	331	42	(12.7)
การห้ามเลือด	503	402	(79.9)	845	35	(4.1) ^b
เข้าเฝือกชั่วคราว	318	231	(72.6)	708	82	(11.6)
ให้สารน้ำทางหลอดเลือด	268	216	(80.6)	980	45	(4.6) ^b

*ทั้งหมด หมายถึง ผู้บาดเจ็บทั้งหมดที่จำเป็นต้องมีการปฐมพยาบาลขณะนำส่ง

^aไม่มี หมายถึง ไม่มีการปฐมพยาบาล

^bหมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการด้านการบำบัดรักษาที่กำหนดไว้

แหล่งข้อมูล : โรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 26 แห่ง : รพม.นครราชสีมา, รพม.นครราชสีมา, รพศ.ราชบุรี, รพศ.ลำปาง, รพศ.สวรรค์ประชารักษ์(นครสวรรค์), รพศ.ยะลา, รพศ.เชียงรายฯ, รพศ.หาดใหญ่, รพศ.พระปกเกล้า(จันทบุรี), รพม.พุทธชินราช(พิษณุโลก), รพศ.ขอนแก่น, รพศ.อุดรธานี, รพศ.ชลบุรี, รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ (ปราจีนบุรี), รพศ.ตรัง, รพศ.สุราษฎร์ธานี, รพศ.บุรีรัมย์, รพศ.สุรินทร์, รพศ.เจ้าพระยารามราช(สุพรรณบุรี), รพศ.อุดรดิตถ์, รพศ.ระยอง, รพศ.พระนครศรีอยุธยา, รพศ.สระบุรี, รพศ.นครปฐม, รพ.พระนั่งเกล้า(นนทบุรี) และ รพ.เลิดสิน(กทม)

รวบรวมและวิเคราะห์โดย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ประสบการณ์การจัดการเรื่อง SARS ที่หาดใหญ่

ช่วงวันที่ 19 มีนาคม ถึง 17 เมษายน พ.ศ. 2546

บทความนี้ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ในการเตรียมพร้อมจัดบริการและป้องกันการแพร่กระจายโรค SARS ในเขตจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นผลงานร่วมกันของหน่วยราชการหลายภาคส่วน ทั้งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา การเตรียมพร้อมทางด้านวิชาการและการประสานงานในการบริหารจัดการ เป็นหัวใจของเรื่องนี้

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้ลงทุนจัดตั้งหน่วยควบคุมโรคติดเชื้อมานานกว่า 15 ปี โดยมีวิสัยทัศน์ที่เห็นว่า ปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่ในอนาคต เมื่อผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและมีการรักษาที่มี

ความเสี่ยงสูง การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นโครงสร้างพื้นฐานในการประกันคุณภาพ และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น หน่วยควบคุมโรคติดเชื้อทำงานวิชาการหลายอย่าง รวมทั้งการหาทางลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจภายในโรงพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมา ใช้การติดเชื้อโรควัณโรค (ตรวจดู tuberculin conversion) ซึ่งเป็น air-borne infection เป็นตัวแทน (surrogate) ในการประเมินความเสี่ยง และได้เตรียมห้องแยกส่วนหนึ่ง สำหรับรักษาผู้ป่วยที่อาจจะแพร่เชื้อโรคทางระบบหายใจ โดยมีระบบดูดตัวไอโอเลต (UV) และ negative pressure ตลอดจนมีหน้ากากป้องกันระดับ N95 และ HEPA ไว้จำนวนหนึ่ง

เมื่อกลางเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546 องค์การอนามัยโลกประกาศ global alertเตือนการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) ในฮ่องกงและเวียดนาม และมีข่าวว่าแพทย์ผู้ติดเชื้อรายหนึ่งเดินทางเข้ามาับการรักษาในประเทศไทย ช่วงวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2546 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรียกประชุมฉุกเฉินระหว่างเวลา 19.00 น - 22.00 น. โดยเชิญคณะเจ้าหน้าที่ จากโรงพยาบาลหาดใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 เข้าร่วมหารือมาตรการเตรียมรับมือ เช้าวันรุ่งขึ้น มาตรการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในโรงพยาบาลอย่างเข้มข้นเริ่มทำงาน มีการแจก mask แก่ผู้ป่วยที่มีอาการของระบบทางเดินหายใจทุกราย และให้เจ้าหน้าที่ซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงทุกคน มีการซักซ้อมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่อาจจะเป็น SARS ผ่านระเบียงและผ่านลิฟท์พิเศษซึ่งล็อกไว้ เพื่อขนส่งผู้ป่วยโรคนี้โดยเฉพาะ จากห้องฉุกเฉินไปยังห้องแยก ซึ่งตรวจสอบการทำงานของระบบดังกล่าวไว้แล้วทุกขั้นตอน พยายามป้องกันการติดเชื้อจากระบบสัมผัส และระบบทางเดินหายใจอย่างเข้มงวดที่สุด หอผู้ป่วยบางส่วนต้องเตรียมถูกปิดเพื่อจัดระดมเจ้าหน้าที่พยาบาลมาดูแลผู้ป่วย SARS ซึ่งอาจจะมาโรงพยาบาลเมื่อไรก็ได้ มีการบรรยายทางวิชาการเรื่อง SARS ให้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลหลายครั้ง และการให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งทางแผ่นพับ อีเมลถึงทุกคนในมหาวิทยาลัย รวมทั้งวิทยุและโทรทัศน์

วันที่ 31 มีนาคม ผู้ป่วยชายอายุ 79 ปี ถือสัญชาติจีนฮ่องกง ได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งให้มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยปัญหาไข้ ไอ หอบมา 2 - 3 วัน ผลการตรวจร่างกายและเอกซเรย์ปอด ทำให้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น probable case of SARS ระบบที่เตรียมไว้แล้วเริ่มดำเนินการตามแผนการที่วางไว้ทันที หอผู้ป่วย SARS เริ่มทำงาน ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลจากพยาบาลเวรละ 3 คน โดย 2 คนช่วยกันดูแลผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ ส่วนคนที่สามทำงานอยู่ที่ nurse station โดยไม่สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 เริ่มดำเนินการมาตรการการควบคุมผู้สัมผัสโรคในครอบครัว ที่วางแผนไว้เริ่มทำงาน แล้วรายงานไปยังกระทรวงสาธารณสุข ข่าวแพร่ไปทางสื่อมวลชน ความตื่นตระหนกเกิดขึ้นทั่วไปในชุมชนและในมหาวิทยาลัย ประชาชนหวาดระแวงว่าโรงพยาบาลจะเป็นแหล่งแพร่เชื้อและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอาจจะนำเชื้อกระจายสู่ชุมชน ทำให้เจ้าหน้าที่พยาบาลไม่เป็นที่ต้อนรับของพ่อค้าแม่ค้าบางราย ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับ SARS โดยตรง ในช่วงเดียวกัน มีอาจารย์และนักศึกษาของมหาวิทยาลัยหลายสิบคน เดินทางกลับจากประเทศจีน เนื่องจากเป็นช่วงปิดภาคฤดูร้อนของไทย มีการติดต่อระหว่างประเทศทั้งสองมาก มาตรการกักโรค (quarantine) ทำได้ยากทั้ง home quarantine (จำกัดให้อยู่บ้าน) สำหรับอาจารย์ และ dormitory quarantine (จำกัดให้อยู่ในหอพัก) สำหรับนักศึกษา

ผู้ป่วย SARS รายแรกนี้เสียชีวิตในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2546 การจัดการศพเป็นปัญหาค้นต่อไป ตั้งแต่พนักงานเวรเปล ไม่ยอมขนศพ การยับยั้งของกงสุลจีนเพื่อให้ได้รับอนุญาตจากญาติในประเทศจีน จนกระทั่งสัปเหร่อ พระและชาวบ้านรอบ ๆ วัดที่อยู่ใกล้กับโรงพยาบาล และเคยเผาศพผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไม่ยอมให้เผาศพในวัดนั้น ถึงแม้จะมีการชี้แจงให้การศึกษาแก่นคนเหล่านั้นแล้วก็ตาม ในที่สุดด้วยความช่วยเหลือของฝ่ายปกครอง ทั้งผู้ว่าราชการจังหวัดและรองผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ตลอดจนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ในที่สุดก็สามารถจัดการเผาศพอย่างถูกหลักการแพทย์ในวัดแห่งหนึ่งอย่างเป็นความลับ

ด้านการสร้างขวัญและกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ ซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับ SARS และส่วนที่เตรียมพร้อม เป็นสิ่งสำคัญ หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ได้มีการประชุมรับฟังความเห็นและประสบการณ์ ตลอดจนให้คำปรึกษา (post-exposure counselling) แก่เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายนี้ สอบถามความรู้และการผ่านการซ้อมปฏิบัติการก่อนรับผู้ป่วยจริง ตลอดจนอาการต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ปฏิบัติงาน 4 - 5 รายต้องพักผ่อนเพื่อคลายเครียด อย่างไรก็ตาม สองสัปดาห์หลังผู้ป่วยเสียชีวิต ทั้งญาติที่ใกล้ชิด 7 คน และทีมงานของโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงรวม 33 คน ไม่ได้มีอาการของการติดเชื้อแต่อย่างใด ทีมงานดังกล่าวของโรงพยาบาล ได้เข้าร่วมตรวจเลือดเพื่อหาระดับแอนติบอดีต่อเชื้อ สองครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ โดยวิธีการทางห้องปฏิบัติการในอนาคต เมื่อเทคนิคการตรวจหาแอนติบอดีดังกล่าวเป็นเทคนิคที่ได้มาตรฐานแล้ว

หลังจากการดูแลผู้ป่วย SARS รายแรกสิ้นสุดลง มีการถ่ายทอดประสบการณ์จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยไปยังโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเพิ่มความพร้อมแก่โรงพยาบาลต่าง ๆ

มาตรการของส่วนกลางที่ออกมาทั่วประเทศในการกักโรคจากประเทศที่เสี่ยง น่าจะช่วยให้ช่วยป้องกันการระบาดของโรคภายในประเทศได้ดี ผู้ป่วยเพียงรายเดียวได้สร้างความโกลาหลกับระบบบริการสาธารณสุขของพื้นที่อย่างมาก ถ้ามีผู้ป่วยจำนวนมากจนเกินไป ระบบควบคุมการติดเชื้อคงไม่สามารถทำงานได้อย่างได้ผล

หนึ่งเดือนแรกของการเตรียมรับและเผชิญกับผู้ป่วย SARS ผ่านไป สิ่งที่ทีมงานได้เรียนรู้และต้องการถ่ายทอดไปยังทีมงานในท้องถิ่นอื่นของประเทศได้แก่

1. การสะสมความรู้ที่ทันสมัยไว้วางหน้า (knowledge pool) ประสานกับการรับรู้ ตระหนักภาวะฉุกเฉินของสถานการณ์ (alertness) ที่ถูกต้อง เป็นสิ่งสำคัญมาก โรงพยาบาลและระบบสาธารณสุขที่ดี ต้องมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพดังกล่าว การจัดให้มีการติดตามสถานการณ์และความรู้อย่างใกล้ชิดผ่าน internet เป็นประโยชน์อย่างมาก

2. การเตรียมพร้อม (preparedness) สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ทั้งด้านอุปกรณ์อำนวยความสะดวก และความปลอดภัยทั้งอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม การมีคู่มือปฏิบัติงานและการซักซ้อมปฏิบัติการก่อนรับผู้ป่วยจริง ทำให้เกิดทักษะและความมั่นใจเมื่อต้องเผชิญปัญหาจริง

3. การประสานงาน ระหว่างหน่วยงานย่อยต่าง ๆ จัดแบ่งงานอย่างชัดเจน มีการติดต่อสื่อสารและประชุมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้งานราบรื่นไปได้ระดับหนึ่ง

4. การจัดให้ความรู้ แก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งบุคลากร และประชาชน ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เหมาะสม ทำให้เกิดความตระหนักถึงภัยคุกคามและยินดีให้ความร่วมมือ ในขณะเดียวกันก็หลีกเลี่ยงความตระหนกจนเกินเหตุ ทำให้เกิดความรู้ที่เป็นเอกภาพ อำนาจความสะดวกในการทำงาน ภัยทางกายจากโรคร้ายเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ภัยจากความตระหนกจนเกินเหตุก็เป็นภาวะการระบาด ซึ่งทำอันตรายต่อภาวะสุขภาพทางสังคมได้ไม่น้อยไปกว่ากัน

5. การสร้างขวัญและกำลังใจ และการเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับในการควบคุมทางเทคนิค และเผชิญความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วย สร้างความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวในการทำงาน และติดตามให้การศึกษาและดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ดีขึ้น

จุดอ่อนที่ควรได้รับการพัฒนาในอนาคตของทีมงานนี้ คงได้แก่การมีส่วนในการสอบสวนเชื้อสาเหตุของโรค เพื่อยืนยันคำวินิจฉัย ความคล่องตัวที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย SARS รายแรก ทำให้ไม่ได้เก็บสิ่งส่งตรวจเช่น เสมหะ, throat swab ตัวอย่างเลือด และชิ้นเนื้อ อย่างเป็นระบบ ผู้ป่วย probable SARS รายนี้จึงเป็น probable case ตลอดไป ไม่สามารถยืนยันได้แน่นอนว่า **ใช่หรือไม่ใช่** ในขณะที่เขียนบทความนี้ มีการค้นพบที่สำคัญทางจุลชีววิทยาของเชื้อ *coronavirus* ซึ่งเป็นสาเหตุของ SARS อย่าง

มากมายและรวดเร็ว จนถึงปัจจุบันประเทศไทยนับเป็นประเทศที่มีระบบสาธารณสุขในการควบคุม SARS ที่ดีประเทศหนึ่งในโลก จากการที่เชื่อไม่ได้ระบาดร้ายแรงดังเช่นที่ประเทศอื่นประสบอยู่ แต่ด้านการพัฒนาการประสานงานระหว่างควบคุมโรคภาคโรงพยาบาล และภาคสนามกับงานด้านจุลชีววิทยาของประเทศไทยเอง ควรได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ควรเร่งดำเนินการทำให้ชุดสำหรับการตรวจวินิจฉัยเชื้อ *coronavirus* ดังกล่าว มีพร้อมในประเทศไทยภายในระยะเวลาอันสั้นนี้ เพื่อทำให้การวิจัยทางระบาดวิทยา และการควบคุมโรค ตลอดจนการรักษาพยาบาลทำได้ถูกต้องแม่นยำและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

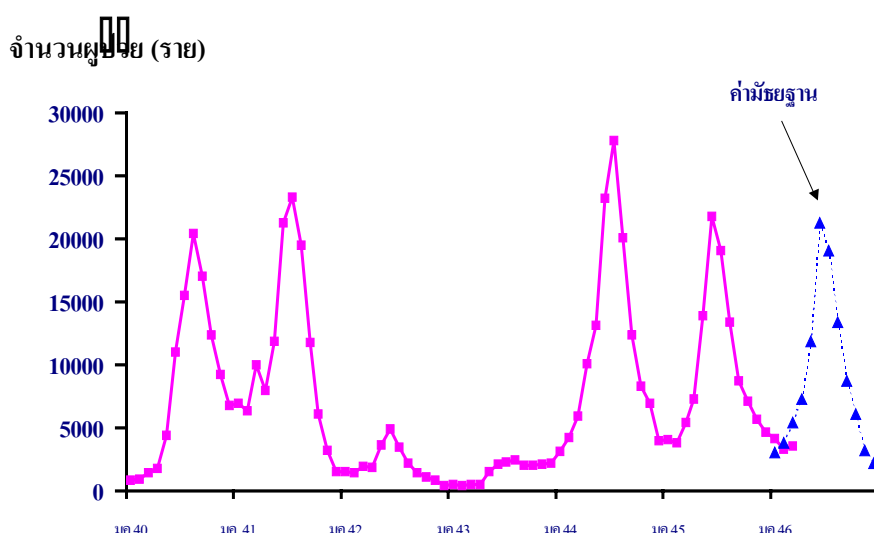
รายงานโดยทีมงาน SARS จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสงขลา

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2546
ข้อมูล ณ วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2546

1. สถานการณ์ในภาพรวม

ตั้งแต่ต้นปีถึงวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2546 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รวม 12,224 ราย เสียชีวิต 12 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 19.62 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.10 ในเดือนมกราคม 2546 พบผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐาน (พ.ศ. 2541 – 2545) และจำนวนผู้ป่วยใกล้เคียงกับปีที่แล้วในช่วงเดือนเดียวกัน เดือนกุมภาพันธ์และเดือนมีนาคม พบผู้ป่วยน้อยกว่าค่ามัธยฐาน(พ.ศ.2541 – 2545) และน้อยกว่าปี 2545 ในวันที่ 1 – 19 เมษายน พ.ศ. 2546 (ซึ่งยังคงมีความล่าช้าในการส่งรายงานของบางจังหวัด) ได้รับรายงานผู้ป่วย 1,034 ราย เสียชีวิต 1 ราย ซึ่งในภาพรวมของประเทศ ข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ มีนาคม และเมษายน มีแนวโน้มน้อยกว่าปี 2545 (รูปที่ 1)

**รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรค DF + DHF + DSS จำแนกรายเดือน
ประเทศไทย พ.ศ. 2540 - 2546และค่ามัธยฐาน(2541 - 2546)**



ภาคกลาง มีอัตราป่วยสูงสุด (28.86 ต่อประชากรแสนคน)รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ อัตราป่วย 26.01 ต่อประชากรแสนคน, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราป่วย 13.70 ต่อประชากรแสนคน, และภาคเหนือ อัตราป่วย 10.19 ต่อประชากรแสนคน โดยเขต 4 อัตราป่วยสูงสุด 33.92 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็น เขต 12, เขต 1, เขต 3, เขต11 และเขต 7 ตามลำดับ (รูปที่ 2 – 3)