



การประเมินความเสี่ยงอย่างรวดเร็ว (RAPID RISK ASSESSMENT)

ชื่อเรื่อง ประเมินความเสี่ยงการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 9

วันที่ 20 มิถุนายน 2563

โดย นายณัฐพล จำปาสาร
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

ส่วนที่ 1 บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive summary)

บทสรุปหลัก (Main conclusions)

โรคไข้หวัดใหญ่ เป็นการติดเชื้อไวรัสที่ระบบทางเดินหายใจที่มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ มีไข้สูง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ไอแห้ง เจ็บคอ อ่อนเพลีย เยื่อโพรงจมูกอักเสบ มีระยะฟักตัวเฉลี่ย 2 วัน อยู่ในช่วง 1-4 วัน ระยะติดต่อในผู้ใหญ่ 3-5 วัน ในเด็กเล็กนานกว่าผู้ใหญ่ อาจถึง 7-10 วัน

ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม-14 มิถุนายน 2563 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ 102,404 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 154.19 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 3 ราย เขตสุขภาพที่ 9 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-14 มิถุนายน 2563 พบผู้ป่วย 11,104 ราย อัตราป่วย 164.07 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:1.13 มีผู้เสียชีวิต 2 ราย (นครราชสีมา 2 ราย) อัตราป่วยตายร้อยละ 0.02 ในปัจจุบันมีแนวโน้มผู้ป่วยลดลงในทุกจังหวัด ซึ่งอาจเป็นผลจากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เช่น การรักษาระยะห่าง การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น แต่ก็ยังมีโอกาสแพร่กระจายในวงกว้างสูง เนื่องจากเริ่มเข้าสู่ช่วงที่มีผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นคือ ช่วงเดือน มิถุนายน-ตุลาคม

มีความเสี่ยง ในระดับปานกลาง จากปัจจัยของเชื้อที่มีขาด้านไวรัส และวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับแนวโน้มผู้ป่วยที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากมาตรการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ซึ่งเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ที่ใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคแบบเดียวกัน

ทางเลือกและข้อเสนอแนะสำหรับการตอบโต้ (Options for response)

1. เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการ ILI ถ้าพบผู้ที่มีอาการเข้าได้กับโรคไข้หวัดใหญ่ต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย Rapid test และให้ยา Oseltamivir และช่วงนี้มีการระบาดของ COVID-19 ดังนั้นในกรณีที่ Rapid test ไข้หวัดใหญ่ให้ผลเป็นลบ (Negative) ต้องเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab ส่งตรวจหาเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี PCR ทุกราย

2. เฝ้าระวังในกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยต่ำแต่มีอัตราป่วยตายสูง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวด้วยโรคเรื้อรังและไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

3. ในสถานที่ที่มีคนอยู่หนาแน่นและพักค้าง เช่น เรือนจำ ค่ายทหาร โรงเรียน การเข้าค่ายพักแรม ควรมีการคัดกรองผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หากพบผู้ป่วยต้องมีการแยกผู้ป่วย โดยให้แยกห้องนอน หรือหยุดเรียน หยุดงาน

4. ดำเนินการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม โดยเน้นที่กลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีโรคประจำตัวด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ และมีอัตราตายสูงเหมือนกับกลุ่มอื่นๆ

คำถามการประเมินความเสี่ยง (Risk assessment question(s))

- โรคไข้หวัดใหญ่ มีโอกาสระบาดเป็นวงกว้างในเขตสุขภาพ ที่ 9 ได้หรือไม่

ผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษา (Consulted experts)

ผู้เชี่ยวชาญภายในหน่วยงาน: 1. นางกาญจนา ยิงขาว นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา
2. แพทย์หญิงคณินิจ เยื่อใย นายแพทย์ปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 รายละเอียดเพิ่มเติม

ข้อมูลพื้นฐานของโรค

โรคไข้หวัดใหญ่ เป็นการติดเชื้อไวรัสที่ระบบทางเดินหายใจที่มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ มีไข้สูง ปวดเมื่อย-กล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ไอแหว่ง เจ็บคอ อ่อนเพลีย เยื่อโพรงจมูกอักเสบ มีระยะฟักตัวเฉลี่ย 2 วัน อยู่ในช่วง 1-4 วัน ระยะติดต่อในผู้ใหญ่ 3-5 วัน ในเด็กเล็กนานกว่าผู้ใหญ่ อาจถึง 7-10 วัน⁽¹⁾

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่มีความแตกต่างกันในแต่ละปี รูปแบบการระบาดสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงของคุณสมบัติแอนติเจนของเชื้อไวรัสโรคไข้หวัดใหญ่โดยเฉพาะเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A ที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮีแมกกลูตินิน (Hemagglutinin: H) และนิวรามินิเดส (Neuraminidase: N) ซึ่งเป็นแอนติเจนที่อยู่เปลือกหุ้มภายนอกของเชื้อไวรัสเป็นระยะๆ การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นตลอดเวลาจึงทำให้มีการระบาดเล็กน้อยได้เกือบทุกปี ที่เรียกว่าไข้หวัดใหญ่ประจำปี หรือไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (annual หรือ seasonal influenza) บุคคลทั่วไปที่ไม่เคยมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อสายพันธุ์ใหม่ จะติดเชื้อได้ง่ายทำให้มีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางและรุนแรงได้ ส่วนไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด B มีการเปลี่ยนแปลงน้อย มักพบการระบาดในระดับภูมิภาค⁽²⁾

เชื้อไวรัส Influenza มี 3 type ได้แก่ A, B และ C โดย type A ทำให้เกิดโรคในคน สัตว์ปีก หมู ม้า สัตว์ทะเล สัตว์ป่าจะเป็นพาหะของโรค เป็น type ที่ทำให้เกิดการระบาดไปทั่วโลก ซึ่ง type A สามารถแบ่งเป็นชนิดย่อยตามความแตกต่างของโปรตีน และจะมีการกลายพันธุ์อยู่เสมอ ทำให้เกิดการระบาดของไข้หวัดใหญ่เป็นระยะๆ การเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่มี 2 วิธี ได้แก่⁽³⁾

1. Antigenic drift เป็นการเปลี่ยนแปลงแอนติเจนเพียงเล็กน้อย เนื่องจากเกิด RNA point mutation ทำให้ amino acid เพียงหนึ่งหรือมากกว่านั้นเปลี่ยนไป แต่ไม่มากพอที่จะทำให้ H หรือ N เปลี่ยนไป antigenic drift ทำให้เกิดการระบาดในวงไม่กว้างนัก⁽³⁾

2. Antigenic shift เกิดขึ้นจากขบวนการ gene reassortant คือการที่ไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A 2 สายพันธุ์เกิดการติดเชื้อในเซลล์หนึ่งเซลล์ มีการนำยีนจากไวรัสสายพันธุ์หนึ่งไปใส่ในอนุภาคของไวรัสอีกสายพันธุ์หนึ่งในเซลล์เดียวกัน ทำให้เกิดอนุภาคของไวรัสชนิดใหม่ ซึ่งแอนติเจนเปลี่ยนไปจนทำให้ H หรือ N เปลี่ยนไปจนเกิดชนิดย่อย (subtype) ใหม่ ทำให้เกิดการระบาดใหญ่ (pandemic) มาแล้วในอดีต⁽³⁾

type A ที่พบในคนปัจจุบันได้แก่ A(H1N1), A(H1N2), A(H3N2), A(H5N1) และ A(H1N1) type B เกิดโรคเฉพาะในคนไม่มีแบ่งชนิดย่อย type C มักเป็นการติดเชื้อที่แสดงอาการอย่างอ่อนหรือไม่แสดงอาการ และไม่ทำให้เกิดการระบาด⁽³⁾

ข้อมูลพื้นฐานของเหตุการณ์

ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม-14 มิถุนายน 2563 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ 102,404 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 154.19 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายน้อยละ 0.02 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:1.08 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ 0-4 ปี อัตราป่วย 682.05 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี อัตราป่วย 537.55 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุ 10-14 ปี อัตราป่วย 320.74 ต่อประชากรแสนคน⁽⁴⁾

เขตสุขภาพที่ 9 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-14 มิถุนายน 2563 มีรายงานผู้ป่วย 11,104 ราย อัตราป่วย 164.07 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:1.13 มีผู้เสียชีวิต 2 ราย (นครราชสีมา 2 ราย) อัตราป่วยตายร้อยละ 0.02 โดยผู้เสียชีวิตรายที่ 1 อายุ 77 ปี ไม่มีโรคประจำตัว BMI 33.77 ไม่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ และรายที่ 2 อายุ 45 ปี ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ มีโรคประจำตัว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง อัตราป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ 0-4 ปี อัตราป่วย 639.18 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี อัตราป่วย 555.93 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุ 10-14 ปี อัตราป่วย 305.11 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽⁵⁾

การกระจายของโรคตามเวลาพบว่าตั้งแต่ปี 2553-2562 มีแนวโน้มการเกิดโรค 2 ช่วง คือ มกราคม-มีนาคม และ มิถุนายน-ตุลาคม โดยในปี 2563 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคไขหวัดใหญ่กับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (2558-2562) พบว่าปี 2563 ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-9 มีความผิดปกติของการเกิดโรคไขหวัดใหญ่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมากกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง แต่ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 9-ปัจจุบัน มีแนวโน้มการเกิดโรคลดลงอย่างต่อเนื่องและน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 12 ซึ่งสอดคล้องกับค่าสัดส่วน ILI น้อยกว่าร้อยละ 5 ทั้ง 4 จังหวัด⁽⁵⁾

การกระจายของโรคตามลักษณะพื้นที่พบว่า จังหวัดที่มีอัตราป่วยโรคไขหวัดใหญ่สูงสุด คือ จังหวัดนครราชสีมา 242.57 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ จังหวัดชัยภูมิ 155.88 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดบุรีรัมย์ 136.88 ต่อประชากรแสนคน และจังหวัดสุรินทร์ 53.46 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อจำแนกอัตราป่วยโรคไขหวัดใหญ่ระดับอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดคือ อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา 742.19 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคืออำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา 487.53 ต่อประชากรแสนคน และอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 420.84 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽⁵⁾

รายละเอียดการประเมินความเสี่ยง

โอกาสการแพร่กระจายของโรคและภัยสุขภาพในวงกว้าง

ในปัจจุบันมีแนวโน้มผู้ป่วยลดลงในทุกจังหวัด ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 เช่น การรักษาระยะห่าง การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น แต่ก็ยังมีโอกาสแพร่กระจายในวงกว้างสูง เนื่องจากเริ่มเข้าสู่ช่วงที่มีผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นคือ ช่วงเดือนมิถุนายน-ตุลาคม

ผลกระทบทางสาธารณสุข (affected population)

ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไขหวัดใหญ่ มี 7 กลุ่มเสี่ยง ซึ่งต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลทุกปี ได้แก่

1. หญิงตั้งครรภ์อายุ 4 เดือนขึ้นไป

2. เด็ก 6 เดือนถึง 2 ปี

3. ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป

4. ผู้พิการทางสมอง

5. ผู้ป่วยโรคอ้วน

6. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

7. โรคธาลัสซีเมีย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ)

โดยกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญของโรคไขหวัดใหญ่คือ กลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ทั้งนี้ ด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรม มีภาวะโรคเรื้อรัง ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ อีกทั้งเมื่อมีอาการป่วยคล้ายไขหวัดใหญ่จะรับประทานยาเอง หรือไปรักษาที่คลินิก เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงเป็นสาเหตุให้ได้รับยาต้านไวรัสล่าช้า เกิดอาการแทรกซ้อนได้ง่าย และมีโอกาสที่จะนอนโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ นอกจากนี้กลุ่ม

อายุต่ำกว่า 15 ปี กลุ่มนี้มีอัตราป่วยที่สูงกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ได้ง่าย จากการมีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกัน เช่น นั่งเรียนในห้องเรียน การสัมผัสใกล้ชิด การไอจามโดยไม่มีการป้องกัน อีกทั้งเมื่อมีอาการเจ็บป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่ส่วนใหญ่จะไม่หยุดพักที่บ้าน แต่ยังคงมาเรียนอยู่เหมือนเดิม ทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อให้กับผู้อื่น

ความรุนแรงของโรคหรือภัยสุขภาพ

ปัจจัยด้านอายุ กลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีโอกาสป่วย 3.3 เท่า และกลุ่มอายุ 5-14 ปี มีโอกาสป่วย 3.2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ แต่อัตราการเสียชีวิตกลุ่มผู้สูงอายุจะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุอื่น 1.6 เท่า และผู้ป่วยที่เป็นไข้หวัดใหญ่ 2009 ที่มีแนวโน้มมีอาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาที่ห้อง ICU ยังคงพบมากในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี เช่นเดียวกัน⁽⁶⁾

ปัจจัยเกี่ยวกับโรคประจำตัว กลุ่มบุคคลที่มีโรคประจำตัว จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่มากกว่าคนที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมีโอกาสป่วย 3.3 เท่า (95%CI 2.0-5.8) และมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิต 7.8 เท่า (95%CI 4.9-26.6) ผู้ป่วยโรคหอบหืด มีโอกาสป่วย 1.8 เท่า (95%CI 1.2-2.6) โอกาสเสียชีวิต 1.7 เท่า (95%CI 1.5-2.1) ผู้ที่มีโรคหัวใจมีโอกาสป่วย 2 เท่า (1.5-2.2) และมีโอกาสเสียชีวิต 9.2 เท่า (95%CI 5.4-10.7) ผู้ป่วยโรคไตมีโอกาสป่วย 4.4 เท่า (4.2-4.5) และมีโอกาสเสียชีวิตถึง 22.7 เท่า (95%CI 21.0-25.4) เมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติทั่วไป⁽⁶⁾

นอกจากนั้นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นไข้หวัดใหญ่ที่มีอาการรุนแรง ได้แก่⁽⁷⁾

- หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดภายใน 14 วัน
- อ้วนมาก ดัชนีมวลกาย (BMI) > 35, น้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม
- ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี และบุคคลอายุ 65 ปีขึ้นไป
- เด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี ที่กำลังรับประทานยาแอสไพริน

วิธีการรักษา/วิธีป้องกันได้ที่มีประสิทธิภาพของโรคหรือภัยสุขภาพ

วัคซีน: ไข้หวัดใหญ่ เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยจากการศึกษาของ ทิรัญวูฒิ แพทย์คุณธรรม และคณะ ที่ได้ศึกษาผลของวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 ต่อการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่พบว่า ประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสสูงถึงร้อยละ 80⁽⁸⁾ ดังนั้นจึงควรดำเนินการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ทุกปีในประชากรกลุ่มเสี่ยงในกลุ่ม หญิงตั้งครรภ์อายุ 4 เดือนขึ้นไป, เด็ก 6 เดือนถึง 2 ปี, ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป, ผู้พิการทางสมอง, ผู้ป่วยโรคอ้วน, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรคธาลัสซีเมีย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ) โดยเน้นที่กลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีโรคประจำตัวด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ และมีอัตราตายสูงเหมือนเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ

กลุ่มยาต้านไวรัส 2 กลุ่ม⁽¹⁾

- กลุ่มยับยั้งเอนไซม์ neuraminidase inhibitors ซึ่งได้แก่ oseltamivir และ zanamivir มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพทั้งในการป้องกันและรักษาไข้หวัดใหญ่ Type A และ B โดย oseltamivir เป็นยาชนิดรับประทาน ใช้ในผู้ป่วยอายุ 1 ปีขึ้นไป ส่วน zanamivir เป็นยาผงชนิดพ่นเข้าทางจมูกได้รับการรับรองในการรักษาผู้ป่วยอายุ 7 ปีขึ้นไป และได้รับการรับรองในการป้องกัน สำหรับผู้ป่วยอายุ 5 ปีขึ้นไป ขนาดของยาต้านไวรัส oseltamivir ในการรักษาให้รับประทาน 2 ครั้งต่อวัน ติดต่อกัน 5 วัน และ 1 ครั้งต่อวัน สำหรับการป้องกันปริมาณ oseltamivir สำหรับเด็กให้ปรับตามน้ำหนักตัว การให้ยาเพื่อป้องกันหลังสัมผัสโรคควรให้ทานติดต่อกัน 7-10 วัน หลังการสัมผัส⁽¹⁾

- กลุ่ม adamantanes ได้แก่ amantadine และ rimantadine เป็นยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาโรคไข้หวัดใหญ่ Type A แต่ไม่มีผลกับ Type B ยาต้านไวรัสกลุ่มนี้ใช้ในผู้ป่วยอายุ 1 ปีขึ้นไป ซึ่งในช่วงการรักษาพบผู้ป่วยร้อยละ 15-30 ตื้อต่อยา adamantanes และไวรัสที่ดื้อยาสามารถแพร่โรคได้ ทั่วโลกมีรายงานเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอตื้อต่อยากลุ่มนี้สูงต้งนั้นจึงไม่แนะนำให้ใช้ยานี้ในการรักษา⁽¹⁾

ลักษณะของภัยคุกคาม (Hazard)

เป็นเชื้อไวรัสที่มีการกลายพันธุ์ได้ง่าย มียาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพถ้าได้รับภายใน 48 ชั่วโมงนับจากเวลาเริ่มป่วย ซึ่งการระบาดของไข้หวัดใหญ่ มีทั้งการระบาดในท้องถิ่น (endemic) มักเกิดทุก 1-3 ปี และการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemics) พบทุก 10-40 ปี เกิดจากการที่เชื้อมี antigenic shift และมีการผสมกัน ของไวรัสในคนและในสัตว์หลายชนิด เช่น สุกร สัตว์ปีก ม้า เป็นต้น เมื่อมีไวรัสชนิดย่อยใหม่เกิดขึ้นและสามารถทำให้เกิดการเจ็บป่วยในคนและแพร่ระบาดจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง ประชากรทั่วโลกยังไม่มีภูมิคุ้มกัน โรคจะกระจายไปอย่างรวดเร็วในทุกกลุ่มอายุเกิดการระบาดไปทั่วโลกได้⁽³⁾

ลักษณะของการสัมผัส (Exposure assessment : ลักษณะ, จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง)

ประชากรทุกกลุ่มอายุมีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้ได้ โดยเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ติดต่อทางการหายใจ ได้รับเชื้อที่ออกมาปนเปื้อนอยู่ในอากาศเมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือพูด ในพื้นที่ที่มีคนอยู่รวมกันหนาแน่น เช่น โรงเรียน โรงงาน การแพร่เชื้อจะเกิดได้มาก นอกจากนี้การแพร่เชื้ออาจเกิดโดยการสัมผัสฝอยละอองน้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย (droplet transmission) จากมือที่สัมผัสกับพื้นผิวที่มีเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ แล้วใช้มือสัมผัสที่จมูกและปาก⁽³⁾

ปัจจัยที่ส่งผลหรือควบคุมต่อภาวะ/โรค/ภัยสุขภาพในครั้งนี้ (context assessment)

โรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยช่วงการระบาดมี 2 ช่วง คือ มกราคม-มีนาคม และมีถุนายน-ตุลาคม มีมาตรการป้องกันโรคที่สำคัญคือ หลีกเลี่ยงการอยู่ในพื้นที่ปิดที่มีคนหนาแน่น และสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีการมีอาการของการติดเชื้อทางเดินหายใจ รักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะการล้างมือ ซึ่งในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากมาตรการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ที่ทำอย่างจริงจังและต่อเนื่องทั้งประเทศ เช่น การรักษาระยะห่าง การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น มาตรการดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่

การประเมินระดับความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพ (จากการวิเคราะห์ Risk estimation)

จากการประเมินความเสี่ยงโดยใช้เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง (Single overall risk level) ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁽⁹⁾ โรคไข้หวัดใหญ่มีความเสี่ยงในระดับปานกลาง เนื่องจากเป็นโรคที่มีวิธีการรักษาและป้องกันที่มีประสิทธิภาพ มียาต้านไวรัส และวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับแนวโน้มผู้ป่วยที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากมาตรการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ซึ่งเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ ที่ใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคแบบเดียวกัน

แหล่งอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. 2555. โรคไข้หวัดใหญ่. ใน: วรยา เหลืองอ่อน, รจนา วัฒนรังสรรค์ และอัจฉรา วรารักษ์ (บรรณาธิการ), คู่มือการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปี 2554 (79-103). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
2. สุทธนันท์ สุทธชนพ และนพรัตน์ วิหารทอง. 2559. การวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง 5 มิติของโรคไข้หวัดใหญ่ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน. ใน: เสาวพัทธ์ อึ้งจ้อย, กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์ c]tพิมพ์ภา เตชะกมลสุข (บรรณาธิการ), สรุ

แนวทางการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ปี พ.ศ. 2559 (43-51). สมุทรปราการ: บริษัท ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด.

3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). โรคไข้หวัดใหญ่ (Seasonal Influenza) https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=13. ค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2563
4. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานเฝ้าระวังโรค 506 โรคไข้หวัดใหญ่. จาก: <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?ds=15>. ค้นเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2563.
5. กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข. โรคไข้หวัดใหญ่. จาก โปรแกรม 506. ค้นเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2563.
6. Maria D. Van Kerkhove et al. Risk Factors for Severe Outcomes following 2009 Influenza A (H1N1) Infection: A Global Pooled Analysis. National Center for Biotechnology Information Search database. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3130021/>. Accessed 16 June 2020.
7. รศ.พญ.วนัทปรียา พงษ์สามารถ. ไข้หวัดและไข้หวัดใหญ่. จาก: <http://www.thaipediatics.org/Media/media-20161218145555.pdf>. ค้นเมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2563.
8. หิรัญวุฒิ แพร์คุณธรรม และคณะ. (2553). ผลของวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 ต่อการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ เดือนสิงหาคม-กันยายน 2553. วารสาร Weekly Epidemiological Surveillance Report. ปีที่ 42 ฉบับที่ 15 : 22 เมษายน 2554.
9. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์การประเมินความเสี่ยง (Single overall risk level)