

อาการแสดงทางคลินิกของการติดเชื้อ H1N1 2009 ในผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ดวงพร อัสวราชันย์ พ.บ.

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Abstract Clinical Manifestation of H1N1 2009 Influenza in Pediatric Patients in Phranakhon Sri Ayutthaya Hospital

Asawarachun D.

Department of Pediatrics, Phranakhon Sri Ayutthaya Hospital, Thailand

Bull Dept Med Serv 2010; 35:138-44.

This descriptive-retrospective study was to study clinical symptoms, treatment, natural history and laboratory results by collecting data of 60 in-patients who had Influenza like symptoms and positive result on PCR to H1N1 2009 from Department of Pediatric, Ayutthaya Hospital between 1 July to 31 August 2009. The in-patients were made up of 24 female children and 36 male children. The average age was 5.8 years old. The clinical symptoms that were found in all the patients were fever. On initial admission to the hospital, the average level of fever was 38.93 ± 0.08 °C. 50 percent of 60 patients received Oseltamivir had fever reduction within 24 hours and 13.3 percent had fever reduction after more than 48 hours after receiving Oseltamivir. The average WBC counts of these patients were 7353 ± 525 cell per millimeter. 52 Patients had pneumonia, majority of the patients came from non-risk group (per PCG).

Key words: H1N1 2009 infection, pediatric patients

เรื่องย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา อาการทางคลินิก การรักษา การดำเนินของโรค และผลทางห้องปฏิบัติการ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่และมีผลการตรวจ PCR เป็นบวกต่อเชื้อเอช 1 เอ็น 1 2009 จำนวน 60 รายจากแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2552 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2552 โดยเป็นผู้ป่วยหญิง 24รายและชาย 36 ราย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 5.8 ปี โดยอาการทางคลินิกที่พบในผู้ป่วยทุกรายคืออาการไข้ มีระดับไข้วันแรกที่รับเป็นผู้ป่วยในเฉลี่ย 38.93 ± 0.08 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยที่มีอาการไข้ลดหลังจากได้รับยา Oseltamivir ภายใน 24 และ มากกว่า 48 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 50 และ 13.3 ตามลำดับ การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีจำนวนเม็ดเลือดขาวเฉลี่ย 7353 ± 525 เซลล์ต่อมิลลิลิตร ผู้ป่วยมีอาการปอดบวม 52 รายโดยโดนส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ: การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ H1N1 2009 ในผู้ป่วยเด็ก

บทนำ

ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009 นับเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ระบาดทั่วโลก^{1,2} (pandemic influenza) ที่เกิดจากการกลายพันธุ์ (antigenic shift)³⁻⁵ ทำให้ติดต่อกันในคนอย่างกว้างขวางและรวดเร็วทั่วโลกเนื่องจากคนยังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคนี้^{1,2} ส่งผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจอย่างมาก ในศตวรรษที่ผ่านมาได้มีการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่เกิดขึ้นแล้ว 3 ครั้ง

สำหรับไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ 2009 ในครั้งหลังสุดนี้เริ่มระบาดเข้ามาในประเทศไทยโดยมีรายงานผู้ป่วยยืนยันรายแรกเมื่อวันที่ 12 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 และรายงานทั้งสิ้น 4 รายในเดือนดังกล่าว¹⁻⁴ หลังจากนั้นเริ่มมีการแพร่กระจายของโรคอย่างรวดเร็วและกว้างขวางในเดือนมิถุนายนโดยเริ่มจากกรุงเทพมหานครและพญาไปยังต่างจังหวัดโดยมากมักเริ่มที่เขตเมืองและระบาดในวงกว้างโดยเฉพาะในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 เนื่องจากประชากรไม่เคยมีภูมิคุ้มกันต่อโรคนี้มาก่อน โรคนี้มีอัตราป่วยตาย น้อยกว่าร้อยละ 0.5^{1,2} มักแสดงอาการรุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง เช่น หญิงตั้งครรภ์ อ้วน โรคประจำตัวเรื้อรังเช่น หอบหืด โรคหัวใจ ภูมิคุ้มกันต่ำ เด็กที่ได้รับสเปคไฟรินเป็นเวลานาน และกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคน้อยกว่า เช่น เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี^{1,2}

อาการทางคลินิกไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009⁵⁻⁸ มีอาการทางคลินิกคล้ายกับไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ไข้สูง ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ และมักมีภาวะปอดบวมได้บ่อยกว่าไข้หวัดตามฤดูกาล^{1,2} ส่วนในผู้ป่วยเด็กจะมีอาการแสดงของระบบทางเดินอาหาร และอาการขาดน้ำในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่⁵⁻⁸

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบ Retrospective study โดยศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่รับเป็นผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 - วันที่ 31 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552

การเก็บข้อมูล ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยศึกษา อาการ อาการแสดงทางคลินิก การรักษา การดำเนินโรค และผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ A H1N1 2009 ที่รับเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยศึกษาในรายที่ผลการตรวจ PCR for H1N1 2009 Positive

การวิเคราะห์ข้อมูล

การบันทึกข้อมูลใช้โปรแกรม Microsoft Excel และการวิเคราะห์เชิงสถิติใช้โปรแกรมสถิติทางคอมพิวเตอร์ การแจกแจงข้อมูลเป็นร้อยละ

ผล

ในระยะเวลาที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกเข้าได้กับ ILI (Influenza like illness) ไข้สูง ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชกรรม จำนวน 280 ราย สำหรับการศึกษานี้จะรายงานเฉพาะผู้ป่วยในที่มีผลการตรวจ PCR Positive for H1N1 2009 จำนวน 60 ราย (ร้อยละ 21.4) โดยมีสัดส่วน หญิง : ชาย 1 : 1.5 หรือ 24 : 36 ราย ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 5.8 ± 4.2 ปี พบผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 26.7 อายุ 2 - 5 ปี ร้อยละ 23.3 อายุ 5 - 10 ปี ร้อยละ 31.7 และ อายุ 10 - 15 ปี ร้อยละ 18.3 อาการทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยมีอาการทางคลินิก ILI และมีระยะเวลาเริ่มอาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.93 ± 1.69 วัน ก่อนได้รับการรักษาด้วยยา Oseltamivir โดยมีความสูงของไข้วันแรกรับเป็นผู้ป่วยในเฉลี่ย 38.93 ± 0.08 องศาเซลเซียส พบว่า อายุ ระดับไข้ ระยะเวลาก่อนได้รับการรักษาไม่มีความแตกต่างทางสถิติของผู้ป่วยทั้งสองเพศ

พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ และได้รับยา Oseltamivir หลังจากมีอาการภายใน 2 วัน ร้อยละ 40 มีเพียง 4 ราย ที่มาพบแพทย์หลังจากมีอาการมากกว่า 5 วัน โดย 3 รายเป็นโรคหอบหืด ซึ่ง 1 รายอาการรุนแรงจนภาวะหายใจล้มเหลว ส่งต่อสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหิดล และอีก 1 ราย underlying cow

milk protein allergy มีอาการหอบมากต้องดูแลที่ ICU แต่ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลวแต่ระยะวันนอนนานถึง 5 วัน ทั้ง 4 รายที่เริ่มได้รับยาหลังจากมีอาการเกินกว่า 5 วัน มีการตอบสนองต่อยา Osetamivir โดยไข้ลดลง หลังจากได้ยานานมากกว่า 24 ชั่วโมง

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยเด็กที่รับเข้ารับการรักษา เป็นผู้ป่วยในมีไข้สูงร้อยละ 100 มักมีอาการทางระบบหายใจส่วนล่างโดยมีอาการไอมากกว่าน้ำมูก ร้อยละ 93.3 และ 43.3 ตามลำดับ มีอาการ ไข้ ไอ เสมหะ ร้อยละ 68.3 อาการไข้ น้ำมูก เจ็บคอ ร้อยละ 16.7 อาการไข้ ไอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 36.7

การศึกษานี้มีผู้ป่วยเด็กชายอายุ 8 ปี มีอาการไข้ ไอ เสมหะ เจ็บคอ ปวดเมื่อย และ ปวดขาจนเดินไม่ได้ 1 รายมีค่า CPK ในวันที่รับเป็นผู้ป่วยในวันที่ 1,2 และ 3 เป็น 4,011 U/L, 1600 U/L และ 809 U/L ตามลำดับ และมีภาวะชกจากไข้สูง 1 ราย ท้องเสีย 11 ราย

ประวัติสัมผัสโรคชัดเจนในโรงเรียนร้อยละ 11.7 ในครอบครัว ร้อยละ 20 นอกนั้นไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าติดต่อมาจากไหน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวเฉลี่ย $7,353 \pm 525$ เซลล์ต่อมิลลิลิตร โดยตรวจหลังจากมีอาการภายใน 5 วันร้อยละ 93.3 ผลทางห้องปฏิบัติการพบว่าเม็ดเลือดขาวเฉลี่ยน้อยกว่า $7,353$ เซลล์ต่อมิลลิลิตร ร้อยละ 75 โดยในกลุ่มนี้ตรวจในวันที่ 1,3,4,5 และ 6 หลังจากมีอาการ แต่ยังไม่พบเม็ดเลือด

ตารางที่ 1 ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับยา Osetamivir (วัน) ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับยา (วัน)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1	11	18.3
2	13	21.7
3	12	20
4	14	23.3
5	6	10
มากกว่า 5	4	6.7

ตารางที่ 2 อาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา จำนวน 60 ราย

อาการทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ไข้	60	100
ไอ	56	93.3
เสมหะ	45	75
น้ำมูก	26	43.3
เจ็บคอ	23	38.3
ปวดศีรษะ	15	25
อ่อนเพลีย	21	35
เหนื่อย	25	41.6
ท้องเสีย	11	18.3
ชก (จากไข้สูง)	1	1.7
ปวดขามากจะเดินไม่ได้	1	1.7

ขาวสูงกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 25 โดยในกลุ่มนี้ตรวจในวันที่ 2,7 และ 8 หลังจากมีอาการ

จากตารางที่ 3 สำหรับการวินิจฉัยว่าเป็นปอดบวมร้อยละ 86.7 (52 ราย) โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หอบหืดร้อยละ 26.6 และเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 13.3 ผู้ป่วยที่รับเป็นผู้ป่วยในไม่มีปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 48.3 โดยผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงรับเป็นผู้ป่วยในวินิจฉัยเป็นปอดบวมร้อยละ 93.1 โดยร้อยละ 6.9 วินิจฉัยว่าเป็นไข้หวัด ซึ่งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกร่วมคือ ภาวะแห้ง น้ำและกล้ามเนื้ออ่อนแออย่างรุนแรงส่วนผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นปอดบวม พบว่า ร้อยละ 48 มีปัจจัยเสี่ยง โดยมีปัจจัยเสี่ยงหอบหืดร้อยละ 26.9

ระยะเวลาที่ไข้ลดลงหลังจากที่ได้รับยา Osetamivir ภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 50 (30 ราย) ระยะเวลาที่ไข้ลดลงหลังจากที่ได้รับยา Osetamivir ภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 86.7 (52 ราย) ไข้ลดลงหลังจากที่ได้รับยา Osetamivir มากกว่า 48 ชั่วโมง ร้อยละ 13.3 (8 ราย) ระยะเวลาที่ไข้ลดลงหลังจากที่ได้รับยา Osetamivir ภายใน 72 ชั่วโมง ร้อยละ 96.7 (58 ราย) โดยพบว่าระยะเวลาไข้ลดลงหลังได้รับยานานสุด 80 ชั่วโมง 2 ราย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย

ตารางที่ 3 การวินิจฉัย และปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

กลุ่มเสี่ยงตาม CPG*	URI	Bronchitis	Pneumonia	Severe Pneumonia**	Sepsis	Total	ร้อยละ
ไม่มี	2	0	27	0	0	29	48.3
< 2 ปี	1	1	5	0	1	8	13.3
Asthma	1	1	12	2	0	16	26.6
Epilepsy	0	0	1	0	0	1	1.6
Obesity	0	0	2	0	0	2	3.2
Allergy	0	1	1	0	0	2	3.2
Epilepsy & DM & Obesity	0	0	1	0	0	1	1.6
Thalassemia	0	0	0	0	0	1	1.6
Total	4	3	49	3	1	60	100

*CPG = แนวทางการวินิจฉัยดูแลรักษาผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009; ฉบับวันที่ 27 ก.ค. 2552

**Severe pneumonia ภาวะปอดบวมที่ผู้ป่วยหอบมากอาจมีภาวะหายใจล้มเหลว

ได้รับยาปฏิชีวนะร่วมด้วยร้อยละ 70 โดยใช้ชนิดฉีด
เข้าเส้นร้อยละ 69 และชนิดกินร้อยละ 31

จากตารางที่ 4 ลักษณะภาพรังสีปอด (x-ray
finding) ที่ผิดปกติร้อยละ 86.7 โดยมีลักษณะ perihilar
infiltration เป็นส่วนใหญ่

วิจารณ์

ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 เป็นไข้หวัดใหญ่
ระบาดใหญ่ (pandemic)^{1,2} เกิดจากไวรัสไข้หวัดใหญ่
ชนิด A H1N1 2009 เป็นเชื้อชนิดใหม่โดยมี antigenic
shift⁵ มีการผสมผสานกันระหว่างไข้หวัดใหญ่คน นก
และสุกร ติดต่อกันโดยละออง (droplets) หรือโดย
สัมผัสโดยตรงสิ่งของปนเปื้อนสารคัดหลั่งจากจมูกและ
คอของผู้ป่วย¹⁻⁴ สาเหตุที่มีการระบาดในวงกว้าง
เนื่องจากคนยังไม่ภูมิคุ้มกันต่อโรคนี้อันตรายและยังขาด
ความตระหนักและความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ
ในช่วงแรกที่มีการระบาด¹⁻³ เช่นโรงเรียนในระยะแรกที่ยัง
จัดให้มีการเรียนการสอนโดยเฉพาะการสอนทำให้
การควบคุมโรคยากในช่วงแรก

อาการทางคลินิกไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่
2009^{1-3,5-8} คล้ายไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล เพียงแต่เชื้อ

ตารางที่ 4 ลักษณะภาพรังสีปอด (x-ray finding) ของ
ผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

x-ray finding	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
normal	8	13.3
patchy infiltration	4	6.7
perihilar infiltration	47	78.3
ARDS	1	1.7

นี้มักทำลายเนื้อเยื่อทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่า
โดยเฉพาะที่หลอดลมและปอด ทำให้มีภาวะปอดบวม
สูงกว่าไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล^{1,2,7,8} มักพบมากในกลุ่ม
เด็กวัยเรียนและวัยทำงาน^{2,3} การศึกษาในผู้ป่วยมีไข้สูง
แรกเริ่มเฉลี่ย 38.93±0.08 องศาเซลเซียส ร่วมกับอาการ
ไอ เสมหะ น้ำมูก เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวด
ศีรษะ บางรายมีอาการเหนื่อยหอบ

การศึกษานี้พบเด็กมีภาวะ Febrile convulsion 1
ราย ท้องเสีย 11 ราย (ร้อยละ 18.3) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
เนื้อจนเดินไม่ได้ 1 รายซึ่งเป็นเด็กชาย เช่นเดียวกับ
การศึกษาอาการทางคลินิกของ แฮคเก็ต (Hackett
S)⁹ ช่วงที่มีการระบาดต้องเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์

ใหม่ 2009 ในเด็กที่มี Febrile convulsion ภาวะห้องเสีย โดยอาศัยอาการทางคลินิก ประวัติสัมผัสโรคร่วมด้วย และในรายที่ยังมีไข้สูงเกิน 48 ชั่วโมง ที่ยังหาสาเหตุไม่ได้ ควรเฝ้าระวังและให้การรักษาร่วมด้วย

พบว่าระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับการรักษาด้วยยา Oseltamivir เฉลี่ย 2.9 ± 1.69 วัน การตอบสนองของไวรัสต่อยา Oseltamivir โดยดูจากระยะเวลาตั้งแต่ได้รับยาจนระดับไข้ลดลงเฉลี่ย 1.3 ± 0.77 วัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิทเลย์ และคณะ (Whitley, et al)¹⁰ ไข้ลดลงหลังได้รับยาเฉลี่ย 36 ชั่วโมง ในขณะที่การศึกษาของวงศ์สวัสดิ์ (Wongsawat J)¹¹ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับการรักษาด้วยยา Oseta-mivir 3.23 ± 1.96 วัน และระยะเวลาตอบสนองต่อยา Oseltamivir 1.55 ± 1.02 วัน ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยเด็กในการศึกษานี้สามารถเข้าถึงบริการ และได้รับยาอย่างรวดเร็วตามแนวทางการรักษา^{1,2} เพราะผู้ปกครองส่วนใหญ่ให้ความสนใจ กังวลในการเจ็บป่วยของบุตรหลาน

การรับเป็นผู้ป่วยในส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 วินิจฉัยเป็นปอดบวม วินิจฉัยไข้หวัดร้อยละ 13.3 ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย^{1,2} เช่น ภาวะแห้งน้ำ กล้ามเนื้ออักเสบอย่างรุนแรงจนเดินไม่ได้ และมีปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 51.7 การรักษาไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009 แนะนำให้รักษาตามแนวทางการทรวงสาธารณสุขที่ปรับปรุง วันที่ 27 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552^{1,2} โดยให้ยาทันทีในรายที่มีอาการรุนแรง และกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคที่รุนแรง¹²⁻¹⁴ โดยเฉพาะโรคหอบหืด¹⁵ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยโดยไม่ต้องรอผล PCR for H1N1 2009 ควรให้ยาภายใน 48 ชั่วโมง¹²⁻¹⁴ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และ อัตราตาย¹⁶ ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในรายที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ได้รับยาช้าเกินกว่า 5 วัน^{1,2}

เชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009 ตอบสนองดีต่อยา Oseltamivir^{17,18} ซึ่งยาถูกดูดซึมได้ดีทางเดินอาหาร แต่การให้พร้อมอาหารช่วยลดผลข้างเคียงทางเดินอาหารได้ พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 1 ได้แก่ อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ

โดยใช้จะลดอย่างรวดเร็ว การศึกษานี้ใช้ลดลงหลังจากได้รับยาภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 50 และไข้ลดลงเกิน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 13.3 ในกลุ่มนี้ที่มีการตอบสนองต่อยาช้า อาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย หรืออาจมีภาวะดี้อยา ซึ่งในอนาคตคงต้องเฝ้าระวังภาวะดี้อยา

พบว่าโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีข้อจำกัดในงบประมาณในการตรวจ PCR บางครั้งต้องให้ยาผู้ป่วยก่อนที่จะทราบผล ทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับยามากกว่า 1 ครั้ง คงต้องมีการศึกษาต่อไป แม้การตรวจ PCR ในครั้งแรก negative อาจมีภาวะ False negative เนื่องจากเทคนิคการเก็บทำให้ได้เนื้อเยื่อไม่เพียงพอ การให้ยา Oseltamivir ควรให้ยาให้ครบ 5 วัน เพื่อป้องกันภาวะเชื้อดี้อยา และอาจได้ผลดี กับเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิดอื่นด้วย^{17,18}

เชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009 นี้มักทำลายเนื้อเยื่อทางเดินหายใจ ทำให้มีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนได้ง่าย ควรใช้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วย⁶⁻⁸ จากการศึกษาพบว่าได้รับยาปฏิชีวนะร่วมด้วย ร้อยละ 70 โดยมีสัดส่วนชนิดคิดร้อยละ 69 และชนิดกินร้อยละ 31 ตามลำดับ ผลทางห้องปฏิบัติการ PCR ไม่ทราบผลในทันที และผลการตรวจ CBC (Complete Blood Count) พบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 10,000 เซลล์ต่อมิลลิลิตร ถึงร้อยละ 20 เมื่อดูกลุ่มที่เม็ดเลือดขาวมากกว่า 10,000 เซลล์ต่อมิลลิลิตร มีสัดส่วน neutrophil มากกว่า ร้อยละ 75 เพียงร้อยละ 25 การนัดดูอาการทางคลินิก และการตรวจ CBC ช่วยในการวินิจฉัย และให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป การให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วยในการศึกษานี้จึงมากเกินไป จำเป็นคงต้องมีการศึกษาทบทวนต่อไป

นอกจากอาการทางคลินิกแล้ว ประวัติสัมผัสโรคช่วยในการวินิจฉัยและควบคุมโรค การศึกษาครั้งนี้ไม่มีข้อมูลเพียงพอสำหรับประวัติสัมผัสโรค ร้อยละ 65 เนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลัง ข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ประกอบกับรายที่รับไว้ในโรงพยาบาลมีอาการรุนแรง และเป็นกลุ่มเสี่ยง ในขณะที่รายที่ไม่รุนแรงเป็นกลุ่มเด็กนักเรียนที่แข็งแรงดีให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ควรมีการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective) ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดบวม มีลักษณะภาพรังสีปอด (x-ray finding) เป็น perihilar infiltration เป็นส่วนใหญ่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เจน (Jain)¹⁹ ซึ่งแตกต่างจากผู้ใหญ่ อาจเป็นเพราะได้รับการรักษาเร็ว และส่งตรวจทางรังสีในระยะแรกอาจยังไม่เปลี่ยนแปลง แม้วัคซีนไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ยังนำมาใช้ไม่แพร่หลายในขณะนี้ การให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลยังคงมีความจำเป็นในกลุ่มเสี่ยงและบุคคลากรทางการแพทย์²⁰⁻²² ถ้าไม่มีข้อห้าม เช่นแพ้ไข่ หรือ แพ้วัคซีนมาก่อน

ข้อเสนอแนะ

การรักษาไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่เหมือนกับการรักษาไข้ไวรัสอื่น ๆ เป็นการรักษาแบบประคับประคอง เช็ดตัวลดไข้ให้ยาลดไข้ พักผ่อนให้เพียงพอ ดื่มน้ำมาก ๆ และรักษาตามอาการ แยกผู้ป่วยอย่างน้อย 7 วัน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรค ล้างมือและใส่หน้ากากอนามัย⁸ เน้นการสังเกตอาการสัญญาณอันตราย หายใจเร็ว ซึม ตื่นน้ำน้อย และการมารับการตรวจรักษาซ้ำ การให้ยาควรปฏิบัติตามแนวทางการดูแล (Clinical practice guideline) ที่กระทรวงสาธารณสุขปรับปรุงเมื่อวันที่ 27 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552^{1,2} โดยเน้นในกลุ่มเสี่ยง แม้อาการยังไม่รุนแรงควรให้การรักษาที่รวดเร็วเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนระยะวันนอนโรงพยาบาล และเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่นี้มักมีอาการทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่าไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ในช่วงที่มีการระบาดการให้ยา Oseltamivir กรณีที่สงสัยว่าปอดอักเสบจากชุมชนร่วมด้วย⁸ และอาการทางคลินิกในช่วงแรกของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ อาจต้องเฝ้าระวังไข้เลือดออกด้วย⁸ โดยให้สารน้ำอย่างระมัดระวัง ติดตามอาการทางคลินิก และผลทางห้องปฏิบัติการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วิระพล ชีระพันธ์เจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา แพทย์หญิงนงนุช สวรรค์ปัญญาเลิศ กรมการแพทย์ คุณ

ศรีสุรีย์ สุนพยานนท์ งานควบคุมการติดเชื้อ งานเวชกรรมสังคม ที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย และศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health [homepage on the internet] available from: <http://www.moph.go.th/> (accessed; 1 Aug, 2010)
2. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [homepage on the internet] available from: <http://beid.ddc.moph.go.th/> (accessed; 2 Aug, 2010)
3. ยง กุวัชรธรรม. ปัญหาที่คงอยู่ของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2009;48:185-8.
4. ยง กุวัชรธรรม. Emerging and re-emerging disease: influenza 2009. ใน: นวลจันทร์ ปรามพาล, ศิริวรรณ วานุกูล, สุชาติ ศรีทิพย์วรรณ, สุชีรา ฉัตรเพ็ชรพราย, บรรณฉิการ. Current Issues in Pediatrics. กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2552. หน้า 7-14.
5. ทวี โชติพิทยสุนนท์. Human influenza. ใน: อุไรวรรณ โชติเกียรติ, ชัยณู พันธุ์เจริญ, อุษา ทิสยากร, บรรณฉิการ. Hot Issues in Pediatrics. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรส จำกัด; 2549. หน้า 25-34.
6. ประเสริฐ ทองเจริญ, ประเสริฐ เอื้อวรากุล. โรคไข้หวัดใหญ่. ใน: วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์, จุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา, ชัยณู พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อุษา ทิสยากร, บรรณฉิการ. วัคซีนและโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรส จำกัด; 2548. หน้า 641-57.
7. American Academy of Pediatrics. Influenza. In: Pickering LK, Baker CJ, Long SS, Kimberlin DW, editors. Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases. 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009: 400-412. Available from: www.aapredbook.org/flu
8. World Health Organization. Clinical management of human infection with pandemic (H1N1) 2009: revised guidance. November 2009 Available from: http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical_management/en/
9. Hackett S, Hill L, Patel J, Ratnaraja N, Ifeyinwa A, Farooqi M, et al. Clinical characteristics of paediatric H1N1 admissions in Birmingham, UK. Lancet 2009;374:605.
10. Whitley RJ, Hayden FG, Reisinger KS, Young N, Dutkowski R, Ipe D, et al. Oral oseltamivir treatment of influenza in children. Pediatr Infect Dis J 2001;20:127-33.
11. Wongsawat J, Siripongpreeda N, Suwanvattana P. Clinical outcome of confirmed Influenza A(H1N1) 2009 among children during early phase of school outbreaks in Thailand. Bamrasnaradura Infectious Disease Institute ในการประชุม "The 2nd Thailand Human Influenza Research Meeting"

- ระหว่างวันที่ 21-22 ตุลาคม 2552 ณ โรงแรม เซอรادتัน แกรนด์ สุขุมวิท.
12. Uyeki TM. Influenza diagnosis and treatment in children: A review of studies on clinically useful tests and antiviral treatment for influenza. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:164-77.
 13. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA. Guidelines and recommendations, Influenza antiviral medication: 2004-05 Interim Chemoprophylaxis and Treatment Guidelines. Available from: <http://www.cdc.gov/flu> (accessed February 2, 2005)
 14. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA. Update Interim Recommendations for the Use of Antiviral Medications in the Treatment and Prevention of Influenza for the 2009-2010 Season. (cited 2009 September 22.) Available from: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/>
 15. British Guideline on the Management of Asthma. *Thorax* 2008;63 Suppl 4:iv1-121.
 16. Smith KJ. Cost-effectiveness of newer treatment strategies for influenza. *Am J Med* 2002;113:300-7.
 17. Hayden FG. Antiviral agents. In: Hardman JG, Limbird LE, editors. *Goodman & Gilman's the Pharmacological Basis of therapeutics*. 10th ed. New York: McGraw-Hill; 2001: 1313-47.
 18. McEvoy GK, ed. *Antivirals*. AHFS Drug Information 2004. Bethesda: American Society-System Pharmacists Inc; 2004. p. 590-9, 762-5.
 19. Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, Schmitz AM, Benoit SR, Louie J, et al. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April-June 2009. *N Engl J Med* 2009;361:1935-44.
 20. American Academy of Pediatrics. Policy Statement Recommendations for the Prevention and Treatment of influenza in children, 2009 2010. *Pediatrics* 2009;124: 1216-26.
 21. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Prevention of influenza: recommendations for influenza immunization of children, 2007-2008. *Pediatrics*. 2008;121. Available from <http://www.Pediatrics.org/cgi/content/full/121/4/e1016>
 22. Nichol KL, Margolis KL, Lind A, Murdoch M, Mctadden R, Hauge M, et al. Side effects associated with influenza vaccination in healthy working adults. A randomized, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* 1996;156:1546-50.