

นิพนธ์ต้นฉบับ

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ swine origin influenza A (H1N1) virus ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ มศว

อนุสรณ์ พัฒนประภาพพันธ์, พบ.¹, อรรถ ลลิตผสาน, พย.บ.²,
สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, พบ., FCCP³

¹แพทย์ใช้ทุน ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,

²หน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ, ³ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Abstract:

Objective: เพื่อศึกษาถึงลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ swine origin influenza A (H1N1) virus (S-OIV) ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ มศว และได้รับการส่งตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธีการ reverse-transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR)

Method: เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective) จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อ S-OIV ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ มศว ด้วยวิธี RT-PCR ตั้งแต่ช่วง 15 มิถุนายน-15 กันยายน 2552

Results: มีผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ S-OIV ด้วยวิธี RT-PCR ในช่วงเวลาดังกล่าวจำนวนทั้งสิ้น 11 ราย ร้อยละ 55 เป็นเพศชาย ผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 82) มีไข้สูงเกิน 37.8 °C โดยมีอุณหภูมิเฉลี่ย 39.1 °C ไอ 5 ราย (ร้อยละ 45) เจ็บคอและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 6 ราย (ร้อยละ 55) มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบติดเชื้อ 6 ราย (ร้อยละ 54.5) แต่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพียง 1 ราย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้น พบค่าเฉลี่ยของจำนวนเม็ดเลือดขาวเท่ากับ 13,050/mm³ ความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดบนภาพถ่ายรังสีทรวงอก ได้แก่ multilobar alveolar infiltrates (ร้อยละ 80) ทั้ง 11 รายได้รับยาต้านไวรัส oseltamivir โดยมีค่ามัธยฐานของวันเริ่มป่วยถึงวันที่ได้รับยาต้านไวรัสเท่ากับ 2 วัน (1-7 วัน) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต 1 ราย (ร้อยละ 9.1)

Conclusion: ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ S-OIV เกือบทุกรายมีไข้สูง ส่วนอาการอื่น ๆ นั้นไม่มีความจำเพาะเจาะจง การให้ยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็วอาจช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น

Key words: swine origin influenza A (H1N1) virus (S-OIV), reverse-transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) ปอดอักเสบติดเชื้อ oseltamivir

บทนำ

การติดเชื้อ swine origin influenza A (H1N1) virus (S-OIV) ได้เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในโลกที่ประเทศเม็กซิโกตั้งแต่ปลายเดือนมีนาคม พ.ศ.2552 จากนั้นได้ระบาดไปทั่วทุกภูมิภาคของโลกภายในระยะเวลาอันสั้น¹ สำหรับการระบาดในประเทศไทยนั้นได้เริ่มเกิดขึ้น

ตั้งแต่ต้นเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2552 เป็นต้นมา โดยนับตั้งแต่เริ่มระบาดจนถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2552 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อแล้วทั้งสิ้น 60,469 ราย²

แม้จะมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อชนิดนี้เป็นจำนวนมากในประเทศไทย แต่กลับมีรายงานเกี่ยวกับข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ติดเชื้อชนิดนี้ในประเทศไทยน้อยมาก ทำให้ยังคงเป็นปัญหาค้างคาในการวินิจฉัยการติดเชื้อชนิดนี้ ทางศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ คณะแพทยศาสตร์ มศว เป็นสถานพยาบาลแห่งหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของเชื้อชนิดนี้ มีบุคลากร นิสิตนักศึกษา และผู้ป่วย เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก จึงได้ทำการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อ S-OIV ด้วยวิธี reverse-transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR)

ระเบียบวิธีวิจัย

หน่วยควบคุมโรคติดเชื้อศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ คณะแพทยศาสตร์ มศว ได้เริ่มมีการเก็บบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อ S-OIV ที่เข้ารับบริการตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2552 ที่ผ่านมาทางคณะผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแฟ้ม

ประวัติและรวบรวมข้อมูลทางคลินิกย้อนหลังของผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อ S-OIV ที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลในระหว่าง 15 มิถุนายน-15 กันยายน 2552 ข้อมูลทางคลินิกที่ได้รวบรวมไว้ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่เริ่มป่วยจนถึงวันที่เข้ารับการรักษาประวัติโรคประจำตัวอาการทางคลินิกต่าง ๆ สัญญาณชีพระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากการวัดที่ปลายนิ้ว ความผิดปกติบนภาพถ่ายรังสีทรวงอก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ผลการตรวจคัดกรองชนิด rapid test การใช้ยาปฏิชีวนะ การใช้ยาต้านไวรัส และผลการรักษา ทั้งนี้การสังเกตทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับวิจรณ์ญาณของแพทย์เจ้าของไข้เป็นหลัก

สำหรับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ S-OIV ที่ใช้ในโรงพยาบาลนั้นอาศัยเทคนิคที่เรียกว่า RT-PCR โดยนำสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ โดยเฉพาะ naso-pharyngeal swab และ tracheal aspirates ในรายที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ โดยตัวอย่างสารคัดหลั่งจะถูกเก็บไว้ใน transport medium และถูกเก็บรักษาไว้ที่อุณหภูมิ 2-4 °C

ผลการศึกษา

ในช่วงระยะเวลาดังแต่ 15 มิถุนายน-15 กันยายน 2552 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR ทั้งสิ้น 11 ราย โดยมีลักษณะทางคลินิกดังแสดงไว้ในตารางที่ 1 พบผู้ป่วยเพศชายในสัดส่วนที่มากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (1.2:1) และมีอายุเฉลี่ยที่ประมาณ 27 ปี โดย 3 รายมีอายุน้อยกว่า 15 ปีและอีก 8 รายมีอายุ 15 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบมีโรคประจำตัวเป็น allergic rhinitis ในขณะที่มีผู้ป่วย asthma, COPD และ diabetes mellitus (DM) เพียงโรละ 1 รายเท่านั้น

ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 72 มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่มาก่อนภายใน 2 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลมาก่อน อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่เคยได้รับวัคซีนมา

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและตรวจยืนยันการติดเชื้อ S-OIV ทั้งหมด

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวนราย (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	6 (55)
หญิง	5 (45)
อายุ	
อายุเฉลี่ย (ปี)	27.3
ช่วงอายุ (ปี)	2.6-68
โรคประจำตัว	
Asthma	1 (9.1)
COPD	1 (9.1)
Allergic rhinitis	4 (36.4)
Diabetes mellitus	1 (9.1)
อื่นๆ	2 (18.2)
อาการทางคลินิก	
ไข้ (>37.8 °C)	9 (81.8)
Cough	5 (45.5)
Sore throat	6 (54.5)
Rhinorrhea	4 (36.4)
Myalgia	6 (54.5)
Diarrhea	1 (9.1)
Dyspnea	4 (36.4)
ความผิดปกติบนภาพถ่ายรังสีทรวงอก	
Lobar alveolar	1/7 (14.3)
Bilateral multi-focal alveolar	4/7 (57.1)
Interstitial	1/7 (14.3)
จำนวนเม็ดเลือดขาว (per mm ³)	
ค่าเฉลี่ย	13,050
Range	4,100-28,000
การตรวจคัดกรองไข้หวัดใหญ่แบบ rapid test ผลบวก	4/6 (66.7)
เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา	1 (9.1)
มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายหวัดมาก่อนภายใน 2 สัปดาห์	8 (72.8)
จำนวนวันระหว่างที่เริ่มมีอาการและเมื่อเข้ารับการรักษา	
ค่ามัธยฐาน (วัน)	2
ช่วงระยะเวลา (วัน)	1-7
ใช้เครื่องช่วยหายใจ	1 (9.1)

แล้วภายใน 1 ปีที่ผ่านมา โดยผู้ป่วยรายนี้เป็นแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ S-OIV

สำหรับอาการทางคลินิกนั้น พบว่า ผู้ป่วย 9 ใน 11 ราย มีไข้สูงเกิน 37.8 °C โดยมีอุณหภูมิเฉลี่ยเท่ากับ 39.1 °C (38.6-42°C) อาการที่พบอื่น ๆ ได้แก่ ไอ 5 ราย (ร้อยละ 45) เจ็บคอและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 6 ราย (ร้อยละ 55) น้ำมูก 4 ราย (ร้อยละ 36) ท้องเดิน 2 ราย (ร้อยละ 18) ส่วนอาการหอบเหนื่อยพบ 4 รายแต่รายที่รุนแรงจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลวและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมีเพียง 1 ราย

ในผู้ป่วย 11 รายนี้มี 7 รายที่ได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก ซึ่งพบความผิดปกติจำนวน 6 ราย โดยทั้ง 6 รายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบติดเชื้อ ความ

ผิดปกติที่พบบนภาพถ่ายรังสีทรวงอกส่วนใหญ่เป็น alveolar infiltrates ซึ่งเกิดได้ทั้งแบบ lobar และ multi-focal ซึ่งรูปแบบหลังนี้พบได้มากถึง 4 ใน 6 ราย (ร้อยละ 66.7) มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่มีความผิดปกติแบบ interstitial infiltrates ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงเกินปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $13,050/\text{mm}^3$ ($4,100\text{--}28,000/\text{mm}^3$) มีผู้ป่วย 6 รายใน 11 รายที่แพทย์เจ้าของไข้ได้ทำการส่งตรวจคัดกรองไข้หวัดใหญ่ชนิด rapid test พบว่า 4 ใน 6 รายนี้ให้ผลบวก (ร้อยละ 66.7) และมี 2 ราย ที่ให้ผลลบ

ในแง่ของการรักษานั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส oseltamivir ก่อนข้างรวดเร็ว กล่าวคือ เกือบทุกรายได้รับยานี้ภายใน 48 ชั่วโมงแรก (1-7 วัน) โดยมีเพียง 1 รายเท่านั้นที่ได้รับยาต้านไวรัสในวันที่ 5 หลังจากเริ่มมีอาการ ทั้งนี้ ผู้ป่วยรายนี้เป็นรายที่มีผลตรวจคัดกรองชนิด rapid test เป็นลบ นอกจาก oseltamivir แล้ว ผู้ป่วยที่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบติดเชื้อ ทั้ง 6 ราย ล้วนได้รับยาปฏิชีวนะร่วมด้วย โดยยาที่เลือกใช้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของแพทย์เจ้าของไข้แต่ละคน ยาปฏิชีวนะที่ได้เลือกใช้ ประกอบด้วย azithromycin 1 ราย, ceftriaxone ร่วมกับ azithromycin 1 ราย, penicillin G sodium 1 ราย, piperacillin/tazobactam ร่วมกับ levofloxacin 1 ราย, และ cefoperazone/sulbactam 1 ราย, และ imipenem ร่วมกับ amikacin 1 ราย

สำหรับผลการรักษาผู้ป่วย 10 ใน 11 รายหายเป็นปกติ มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่เสียชีวิต โดยยังไม่แน่ชัดว่าสาเหตุการเสียชีวิตจะเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ S-OIV หรือไม่ โดยผู้ป่วยรายนี้ได้เสียชีวิตหลังจากเริ่มการรักษาทั้งสิ้นประมาณ 7 วัน ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส oseltamivir ร่วมกับยาปฏิชีวนะภายใน 24 ชั่วโมงแรก มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และมีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ได้แก่ diabetic retinopathy, diabetic nephropathy ได้รับการทำ hemodialysis 2 ครั้งต่อสัปดาห์, และ diabetic foot ขณะที่ผู้ป่วยติดเชื้อ S-OIV นั้น ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษามาแล้วก่อนหน้านี้ด้วย immunokines มาก่อน ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ราว 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยเกิดไข้สูงและหอบเหนื่อยร่วมกับมีความผิดปกติบนภาพถ่ายรังสีทรวงอก สืบสวนเพิ่มเติมพบว่าน้องสาวของผู้ป่วยที่เข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยก่อนหน้านี้เพิ่งเป็นไข้และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น S-OIV หลังจากผู้ป่วยได้รับยา oseltamivir อาการทางระบบทางเดินหายใจและ oxygenation ของผู้ป่วยก็ดีขึ้นตามลำดับ ความผิดปกติบนภาพถ่ายรังสีทรวงอกก็ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ประมาณวันที่ 7 ของการรักษาผู้ป่วยก็เกิด acute myocardial infarction และเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน

บทอภิปราย

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ S-OIV ที่เข้ามาใช้บริการที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ จำนวน 11 รายนั้นพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุไม่มากนัก กล่าวคือ มีอายุเฉลี่ยเพียง 27 ปีเท่านั้น ในขณะที่ผู้สูงอายุกลับพบได้น้อย เมื่อเปรียบเทียบกับไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลซึ่งมักพบในผู้สูงอายุและเด็กเป็นสำคัญ³ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุอาจเคยได้สัมผัสเชื้อไข้หวัดใหญ่ H1N1 มาก่อนในอดีตจากการระบาดของไข้หวัดใหญ่ชนิดเดียวกันนี้ในช่วงปี ค.ศ.1917-1957⁴ สันนิษฐานกันว่าการได้เคยสัมผัสเชื้อชนิดนี้ในอดีตอาจทำให้คนกลุ่มนี้มีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อ S-OIV และลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ S-OIV ลงได้อย่างที่เห็น

อาการทางคลินิกที่พบบ่อยจากการศึกษานี้ ได้แก่ อาการไข้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นไข้สูง (อุณหภูมิเฉลี่ย 39.1°C) โดยพบร้อยละ 81.8 สะท้อนให้เห็นว่า มีผู้ป่วยเกือบร้อยละ 20 ที่ติดเชื้อ S-OIV แต่ไม่มีไข้ หรือมีเพียงไข้ต่ำ ๆ เท่านั้น ซึ่งยังไม่แน่ชัดว่าเป็นผลจากความหลากหลายของอาการทางคลินิกจากการติดเชื้อชนิดนี้เองหรือจากการใช้ยาลดไข้ของผู้ป่วยเองก่อนมาโรงพยาบาล นอกจากนี้ อาการอื่น ๆ ที่พบได้ในการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ไม่ว่าจะเป็นอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ก็พบเพียงร้อยละ 54 ซึ่งขัดแย้งกับความเชื่อเดิมในอดีตที่เชื่อว่าผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ต้องมีไข้สูง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และอาการอื่น ๆ ที่ชัดเจน นอกจากนี้ในรายที่มีปอดอักเสบติดเชื้อจาก S-OIV

ความผิดปกติส่วนใหญ่ที่พบบนภาพถ่ายรังสีทรวงอกกลับไม่ใช่ interstitial infiltrates อย่างที่พบเห็นกันบ่อย ๆ ในปอดอักเสบ จากเชื้อไวรัสชนิดอื่น ๆ แต่กลับกลายเป็น alveolar infiltrates ซึ่งอาจเป็นได้ทั้ง lobar และ multi-focal ก็ได้ สำหรับความผิดปกติแบบหลังนี้เอง ในการศึกษาที่พบได้มากถึงร้อยละ 66.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Perez-Padilla R และ ดารินทร์ อารีโยชชัย ที่พบความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกแบบ multi-focal patchy infiltrates ในปอดทั้งสองข้างเช่นนี้ประมาณร้อยละ 59-61^{3,6} ทำให้แยกยากจากปอดอักเสบติดเชื้อจากแบคทีเรียต่าง ๆ การที่ผู้ป่วย S-OIV มีอาการทางคลินิกไม่ชัดเจนและไม่จำเพาะเจาะจงเช่นนี้เองก่อให้เกิดปัญหาในการวินิจฉัย ทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดและล่าช้ากว่าที่ควรในผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการควบคุมโรคนี้ในประเทศไทยดังที่เห็นตลอดช่วงหลายเดือนที่ผ่านมา ดังนั้น แพทย์ที่เกี่ยวข้องควรคิดถึงไข้หวัดใหญ่จากเชื้อ S-OIV นี้ไว้เสมอหากผู้ป่วยมีประวัติสัมผัสเชื้อและมีอาการเบื้องต้นที่เข้ากันได้กับโรค

แม้จะมีปัญหาในการวินิจฉัยและการควบคุมโรคอยู่บ้าง แต่การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่ S-OIV ในระยะหลังนี้ของภาครัฐก็นับว่าได้ผลดีทีเดียว ดังจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีความตื่นตัวมากขึ้น และมาพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยรวดเร็วกว่าเดิม จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ภายใน 48 ชั่วโมงแรกนับจากที่เริ่มมีอาการ ส่งผลให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที ทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยไม่มากดังที่มีรายงานในการศึกษาอื่น ๆ⁵⁻⁶ รวมไปถึงผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบติดเชื้อจาก S-OIV ทั้ง 6 รายในการศึกษานี้ด้วย โดย ผู้ป่วยทั้ง 6 รายนี้ได้รับยาต้านไวรัสและการรักษาแบบประคับประคองอื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น สารน้ำทางหลอดเลือดและออกซิเจนเสริมอย่างรวดเร็วภายใน 48 ชั่วโมงแรก ทำให้มีการตอบสนองต่อการรักษาดี มีผู้ป่วยเพียง 1 รายเท่านั้นที่เสียชีวิต (ร้อยละ 16.7) โดยเกิดจาก acute myocardial infarction และ arrhythmia ซึ่งในรายนี้ก็ยังไม่ชัดเจนว่าเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ S-OIV หรือไม่

แม้ว่าจะมีรายงานการเกิด acute myocardial infarction และ arrhythmia ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ S-OIV ได้ก็ตาม⁷ แต่ผู้ป่วยรายนี้ก็มีการทางระบบการหายใจและสภาวะทั่วไปดีขึ้นอย่างชัดเจนหลังได้รับยา oseltamivir แล้ว จึงทำให้ไม่อาจสรุปได้ชัดเจนว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยรายนี้จะเกี่ยวข้องกับ S-OIV ด้วยหรือไม่

อย่างไรก็ตาม อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้คงมิได้ขึ้นอยู่กับกาารวินิจฉัยและการเริ่มการรักษาที่รวดเร็วเพียงอย่างเดียว ปัจจัยอื่น ๆ ก็น่าจะมีผลด้วยเช่นเดียวกัน เช่น สภาวะสุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย โรคประจำตัว น้ำหนักตัว อายุ เป็นต้น⁸ ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วย 1 รายในการศึกษานี้ที่เดิมมีสุขภาพแข็งแรงดี จึงได้รับการรักษาแบบประคับประคองเพียงอย่างเดียว จนกระทั่งเกิดปอดอักเสบติดเชื้อและมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำในราววันที่ 5 หลังจากเริ่มมีอาการป่วย จึงเพิ่งได้รับยาต้านไวรัส ในขณะที่นั้น แต่ผู้ป่วยก็ยังคงตอบสนองค่อนข้างดี และสามารถหายจากปอดอักเสบได้โดยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเลย ดังนั้น ในผู้ป่วยที่สงสัยปอดอักเสบติดเชื้อจาก S-OIV ถึงแม้จะเป็นผู้ป่วยอายุน้อย ไม่มีโรคประจำตัวมาก่อน ก็ควรให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุดทุกราย แม้ในขณะนั้นจะเกินช่วง 48 ชั่วโมงแรกนับจากจุดที่เริ่มมีอาการแล้วก็ตาม

อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษานี้ ได้แก่ ผลการตรวจคัดกรองด้วยชุดทดสอบใช้หัตถ์ใหญ่แบบ rapid test ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันอย่างมากโดยเฉพาะในช่วงแรกของการระบาด จากการศึกษาที่พบว่า rapid test มีความไวประมาณร้อยละ 66.7 เท่านั้น นั้นหมายความว่า มีผู้ป่วย S-OIV จำนวนมากพอสมควรที่ให้ผลลบจากการตรวจด้วยวิธีนี้ ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Center for Disease Control and Prevention (CDC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา⁹ และรายงานอื่น ๆ¹⁰ การที่ rapid test มีความไวไม่มาก อาจส่งผลให้แพทย์ที่ไม่เข้าใจข้อจำกัดของการตรวจชนิดนี้วินิจฉัยการติดเชื้อ S-OIV ผิดพลาดหรือล่าช้ากว่าที่ควรได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมหรือสูญเสียโอกาสการมีชีวิตรอดได้หากมีการติดเชื้อที่รุนแรง ดังนั้น ในแนวทางปฏิบัติฉบับล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุข¹¹ และ CDC^{9,11} จึงได้แนะนำให้ส่งตรวจด้วยวิธี rapid test อีกต่อไป แต่ให้ส่งตรวจด้วยวิธี reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) ซึ่งมีความไวสูงกว่ามากแทน โดยเฉพาะในรายที่รับไว้ในโรงพยาบาลหรือมีอาการรุนแรง

แม้การศึกษานี้จะได้นำเสนอข้อมูลที่น่าสนใจหลายอย่างเกี่ยวกับการติดเชื้อชนิดใหม่นี้ แต่ก็ยังคงมีข้อจำกัดอยู่หลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นจำนวนผู้ป่วยที่มีไม่มากนัก รวมทั้งรูปแบบการศึกษาที่เป็นแบบทบทวนแฟ้มประวัติย้อนหลัง (retrospective) ดังนั้น วงการแพทย์ไทยยังคงต้องการการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ S-OIV ที่มีขนาดใหญ่กว่านี้และมีระเบียบวิธีวิจัยที่รัดกุมเพื่อให้แพทย์สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ได้ดียิ่งขึ้น

โดยสรุป ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ S-OIV ส่วนใหญ่มีไข้สูง แต่อาการอื่น ๆ นั้นไม่มีความจำเพาะเจาะจง จำเป็นต้องใช้ index of suspicion ในระดับสูงเพื่อให้สามารถตรวจวินิจฉัยและเริ่มการรักษาให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรง เช่น มีปอดอักเสบติดเชื้อ การเริ่มต้นดูแลรักษาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วอาจช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป โดยเฉพาะในด้านอาการวิทยาโรคที่เป็น underlying ที่พบบ่อยและอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อชนิดนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization, Influenza A (H1N1)-update 14, 2009
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. "ไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ ชนิดเอ (เอช1เอ็น1)" [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://beid.ddc.moph.go.th/th/index.php?option=com_content&task=view&id=23086712&Itemid=240 สืบค้น 10 กันยายน 2552.
- Perez-Padilla R, de la Rosa-Zamboni D, de Leon SP, et al, Pneumonia and respiratory failure from swine-origin influenza A (H1N1) in Mexico. N Engl J Med 2009; 361:680-9.
- Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. N Engl J Med 2009;361. DOI:10.1056/NEJMoa.0903810.
- Gallaher WR. Towards a sane and rationale approach to management of influenza H1N1 2009, Virol J 2009;6:51.
- ดารินทร์ อารีโขทัย, รายงานเบื้องต้นลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิด เอ (เอช 1 เอ็น 1) 2009 เสียชีวิต. Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand 2009; 40(29): 481-3.
- Warren-Gash C, Smeeth L, Hayward AC. Influenza as a trigger for acute myocardial infarction or death from cardiovascular disease: a systematic review. Lancet Infectious Disease 2009;9 (10) :601-10.
- กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรืออาจติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) 2009.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). Performance of rapid influenza diagnostic tests during two school outbreaks of 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection - Connecticut, 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rept 2009;58:1029-32.
- Faix DJ, Sherman SS, Waterman SH. Rapid-test sensitivity for novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. N Engl J Med 2009;361:728-9.
- CDC Interim Guidance for the Detection of Novel Influenza A Virus Using Rapid Influenza Diagnostic Tests. Georgia, August 10, 2009. (Accessed October 2, 2009 at http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidance/rapid_testing.htm)