

บทความพิเศษ

Special Article

ข้อเสนอการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดจาก โรคระบาดรุนแรง บทเรียนจากการบริหารจัดการ การแพทย์ฉุกเฉินของสถานการณ์แพร่ระบาดของ โรค COVID-19 ในประเทศไทย

พงศธร เกียรติดำรงวงศ์

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ติดต่อผู้เขียน: พงศธร เกียรติดำรงวงศ์ email: pongtornki@me.com

วันรับ: 1 พ.ค. 2565

วันแก้ไข: 1 มิ.ย. 2564

วันตอบรับ: 10 มิ.ย. 2564

บทคัดย่อ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในประเทศไทย มีความรุนแรงมากในปี พ.ศ. 2564 ยอดผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุดถึง 9,635 ราย การแพร่กระจายแบบรวดเร็ว โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตสถานการณ์เตียงรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ไม่เพียงพอ และมีผลกระทบรุนแรงต่อการเข้าถึงบริการการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก ส่งผลให้เกิดความแออัดที่ห้องฉุกเฉิน (overcrowded emergency room) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม และ hospitel ร่วมกับโรงพยาบาลเอกชน เพื่อรักษากลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์สีเขียว คือ ผู้ป่วยอาการไม่มากหรือไม่มีอาการ แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล และแผนสุดท้ายของการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คือการให้ผู้ป่วยโควิด 19 รักษาตัวเองจากที่บ้าน (home isolation) หรือเข้ารับการแยกกักตัวในชุมชน (community isolation) โดยมีทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน คอยให้คำแนะนำในการดูแล ซึ่งเป็นแผนที่ช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยได้ค่อนข้างมาก จากการได้มีส่วนร่วมเป็นแพทย์อาสาในโครงการ Primary Care Hub “ComCOVID-19 FM CoCare” ซึ่งให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาตัวเองจากที่บ้าน จึงได้พบข้อสังเกตที่น่าเรียนรู้หลายเรื่อง จึงเป็นที่มาของการจัดทำข้อเสนอการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดจากโรคระบาดรุนแรง เพื่อเป็นข้อสังเกตสำหรับการพัฒนา วางแผน แนวทางการรับมือต่อสถานการณ์ฉุกเฉินในประเทศไทยในครั้งถัดไป ซึ่งควรให้ความสำคัญกับการจัดเตรียมทรัพยากรในการดูแลรักษาที่บ้าน รวมถึงการวางแผนในการจัดส่งยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน

คำสำคัญ: ถอดบทเรียน; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; การจัดการ

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 พบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า ไวรัสชนิดดังกล่าว คือ SARS-CoV-2 เรียกว่า COVID-19 หรือโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และพบการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในหลายประเทศ กระทั่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศโรค COVID-19 ระบาดใหญ่ (coronavirus pandemic) เนื่องจากมียอดจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และยอดผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก⁽¹⁾

สถานการณ์โรค COVID-19 ในประเทศไทย มีรายงานพบผู้ป่วยชาวไทยรายแรกในเดือนมกราคม 2563 และพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สามารถแบ่งรอบการแพร่ระบาดได้ดังนี้ รอบที่ 1 ช่วงระหว่างวันที่ 18 มีนาคม 2563 และลดลงอย่างมีนัยสำคัญในวันที่ 12 เมษายน 2563 มีผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุดจำนวน 188 ราย รอบที่ 2 ช่วงระหว่างวันที่ 19 ธันวาคม 2563 จนถึงวันที่ 1 เมษายน 2564 มีผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุดจำนวน 959 ราย และการแพร่ระบาดในรอบที่ 3 เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จนถึงปัจจุบัน ยอดผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุดถึง 9,635 ราย ซึ่งเป็นการแพร่กระจายแบบรวดเร็ว จำนวนเพิ่มขึ้นมาก หรือที่เรียกว่า “Super spreader” โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรสูงและเป็นศูนย์กลางของประเทศ ส่งผลให้ยอดผู้ป่วยโควิด 19 มีจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการรับดูแลรักษา

จำนวนผู้ป่วยสะสมโรคโควิด 19 ในรอบที่ 3 ทั่วประเทศพุ่งสูงถึง 149,622 ราย ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตสถานการณ์เตียงรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ไม่เพียงพอ และมีผลกระทบรุนแรงต่อการเข้าถึงบริการการรักษาของผู้ป่วยที่ไม่ป่วยด้วยโรคโควิด 19 หลายโรงพยาบาลออกประกาศปิดให้บริการผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากมีผู้ป่วย-

โควิด 19 ตกค้างจำนวนมาก และเป็นการรักษามาตรการรักษาระยะห่าง หรือ Social distancing เพื่อลดความแออัดและลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายของโรคโควิด 19 โดยโรงพยาบาลเหล่านั้นเลือกที่จะเปิดให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหนักเร่งด่วนหรือฉุกเฉินเท่านั้น ส่งผลให้เกิดความแออัดที่ห้องฉุกเฉิน (overcrowded emergency room)

ยอดผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่เพิ่มขึ้นในการระบาดรอบที่ 3 ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มมาตรการรับมือกับสถานการณ์เตียงผู้ป่วยโควิด 19 ของโรงพยาบาลทั่วประเทศที่มีแนวโน้มไม่เพียงพอต่อการรับรักษาผู้ป่วย จึงได้จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม รวมถึงการใช้โรงแรมในการจัดตั้ง hospitel ร่วมกับโรงพยาบาลเอกชน เพื่อรองรับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยให้การรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการหรือมีอาการน้อย หรือผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์สีเขียว อย่างไรก็ตาม แม้จะมีจำนวนโรงพยาบาลสนามหรือ hospitel เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างทันเวลาที่ ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้น โดยมีจุดศูนย์กลางของการระบาดในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

เพื่อเป็นการแบ่งเบาความรุนแรงของสถานการณ์เตียงผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ กระทรวงสาธารณสุขจึงเกิดแนวคิดการให้ผู้ป่วยโควิด 19 รักษาตัวเองที่บ้าน หรือเข้ารับการแยกกักตัวในชุมชน โดยมีทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน คอยให้คำแนะนำในการดูแลรักษาตนเอง และจ่ายยาเพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรงดูแลตัวเองอย่างถูกวิธี เพิ่มความปลอดภัยให้กับตัวเอง ครอบครัว และสังคม และหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นจะได้สามารถนำส่งโรงพยาบาลต่อไป สำหรับผู้ป่วยโควิดที่อยู่ในเกณฑ์สีเขียวสามารถรักษาตัวเองที่บ้านตามแนวทางการดูแลรักษาที่กรมการแพทย์กำหนดได้ และผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์สีเหลืองและสีแดงจำเป็นต้องรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล แต่

เนื่องจากสถานการณ์ที่เตียงโรงพยาบาลเต็ม ส่งผลให้ผู้ป่วยสีเหลืองและสีแดงจำเป็นต้องรักษาตัวเองที่บ้านเสี่ยงต่ออาการทรุดอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลถึงขั้นเสียชีวิตได้

เมื่อสถานการณ์โควิดในประเทศไทยแย่งส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมทางตรงและทางอ้อมต่อทุกภาคส่วน จึงเกิดการร่วมมือกันของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อช่วยกันแก้ปัญหาโควิด 19 แบบบูรณาการ หลายหน่วยงานร่วมกันจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วย home isolation (HI) และ community isolation หนึ่งในนั้น คือ โครงการ Primary Care Hub “ComCOVID-19 FM CoCare” เป็นโครงการที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ระดับสีเขียวที่รักษาอาการที่บ้าน และผู้ป่วยระดับสีเหลืองและสีแดงที่ยังไม่ได้เตียงในโรงพยาบาล โดยโครงการดังกล่าวเกิดจากความร่วมมือระหว่างพริบตาคลินิก ภายใต้สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี และภาคประชาสังคม สนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้ให้การบริการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวเองที่บ้านมากเป็นอันดับหนึ่งในช่วงแรกของระบบ HI (ข้อมูลระหว่างวันที่ 16 กรกฎาคม 2564 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2564) โดยมีบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า 2,000 ราย เป็นอาสาสมัครในการร่วมดูแลผู้ป่วยในโครงการนี้มีแนวทางการดูรักษาผู้ป่วยกรณีจำเป็นต้องให้การดูแลที่บ้าน ดังแสดงในภาพที่ 1

จากการที่ได้มีส่วนร่วมในการเป็นแพทย์อาสาในโครงการ Primary Care Hub “ComCOVID-19 FM CoCare” พบข้อสังเกตที่น่าเรียนรู้หลายประการ ดังนี้

1. ควรมีการประเมินการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวเองที่บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลในช่วงสถานการณ์โรคโควิด 19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ

2. นอกจากการให้ยาต้านไวรัส Favipiravir แล้ว การรักษาด้วยการให้ยากลุ่มสเตียรอยด์ (prednisolone, dexamethasone) เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยลดการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งมีผลการศึกษาที่เป็นที่ยอมรับและใช้เป็นการรักษาแบบผู้ป่วยใน^(2,3) แต่ยังไม่มีการศึกษาในแง่ผลลัพธ์ของประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ในรูปแบบของผู้ป่วยนอก หรือ HI

3. จากสถานการณ์ที่รุนแรงขึ้น ทำให้กลุ่มแพทย์อาสาที่เข้ามาช่วยในโครงการ Primary Care Hub “Com COVID-19 FM CoCare” ช่วยกันจัดหาออกซิเจนแบบถัง (oxygen cylinder) และเครื่องผลิตออกซิเจนแบบใช้ที่บ้าน (oxygen concentrator) เพื่อรักษาผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวเองที่บ้านจากภาวะการอักเสบของปอดที่รุนแรง ซึ่งหากผู้ป่วยสีแดงเหล่านี้ไม่ได้รับออกซิเจนที่บ้านระหว่างที่รอเตียงเพื่อเข้ารับการรักษา จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และจากการใช้ระบบการส่งออกซิเจนซึ่งไม่เคยมีการวางแผนการมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทำให้เกิดปัญหาที่นำไปสู่การตั้งข้อสังเกตเพื่อการเรียนรู้หลายเรื่องดังนี้

3.1. ประเทศไทยยังขาดการประเมินการใช้ออกซิเจนภายในประเทศ สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ภาวะโรคระบาด หรือภัยธรรมชาติ และแผนการบริหารจัดการออกซิเจนที่มีประสิทธิภาพ

3.2. ประเทศไทยเป็นผู้ผลิตและส่งออกออกซิเจนสู่ต่างประเทศ ซึ่งในกรณีสถานการณ์ฉุกเฉิน ควรวางแผนการผลิตเพื่อใช้ภายในประเทศและการส่งออกต่างประเทศให้สมดุล

3.3. การนำส่งถังออกซิเจนไปใช้ตามบ้านของผู้ป่วยโควิด 19 ไม่เคยมีการกำหนดมาตรฐานเครื่องมือที่ใช้ การเฝ้าระวังความปลอดภัยระหว่างการใช้งาน การเปลี่ยน cylinder หรือเติมออกซิเจน และการทำความสะอาดหลังการใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

3.4. การสร้างต้นแบบการขนส่งถังออกซิเจนอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ของโรคระบาดรุนแรง ซึ่งอาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต

ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีจำเป็นต้องให้การดูแลที่บ้าน สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยปฏิบัติการปฐมภูมิ ตามแนวทางของเวชศาสตร์ครอบครัว



แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



Version 1.0 15 กรกฎาคม 2564

อ้างอิงจาก: แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2564 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กับการสนับสนุนภารกิจโควิด 19

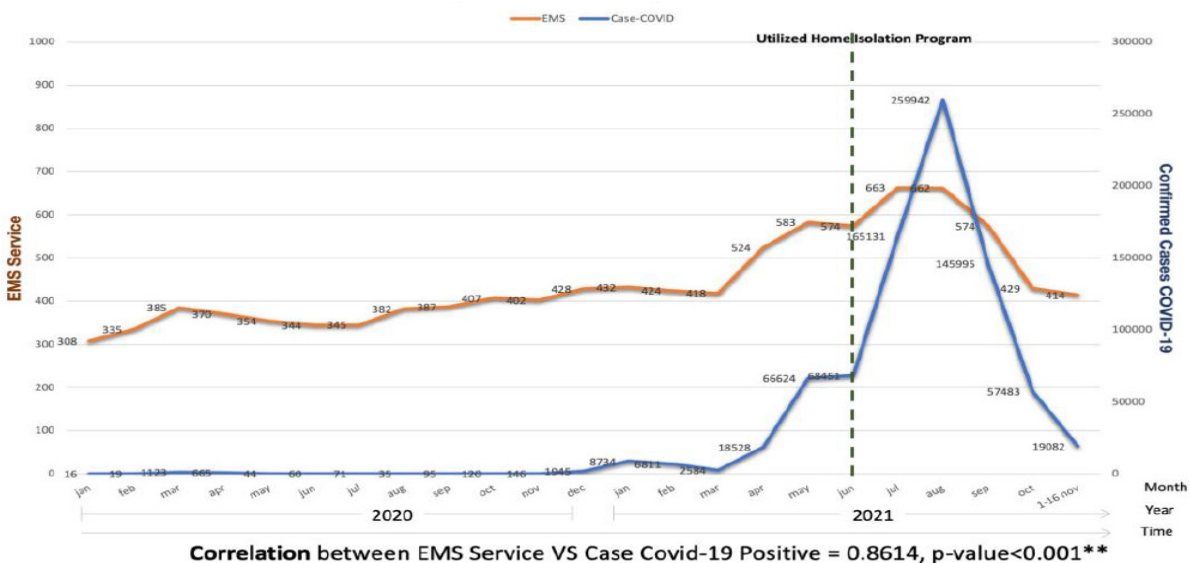
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานสำคัญในการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้รับมอบหมายจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้ปฏิบัติการช่วยเหลือประชาชนร่วมกับ กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และศูนย์เอร์ไว้น กรุงเทพมหานคร โดยประสานขอความร่วมมือหน่วยงานเครือข่ายที่มีความพร้อมในการปฏิบัติการนำส่งผู้ป่วยติดเชื้อ ซึ่งมีทีมชุดปฏิบัติการฉุกเฉินพิเศษ Special COVID-19 Operation Team (SCOT) ของมูลนิธิต่างๆ ทั้งในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง รถพยาบาลของบริษัทรถพยาบาลเอกชนในการนำส่งผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 จากบ้านไปโรงพยาบาลสนามของหน่วยงานต่างๆ และนำส่งผู้ป่วยที่ประสงค์จะรักษาตัวเองที่บ้าน

ในสถานการณ์ปกติ สพฉ. มีบทบาทในการสนับสนุนการออกปฏิบัติการฉุกเฉินของชุดปฏิบัติการในการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาล โดยมีมาตรฐานระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุและตัดสินใจในการส่งการ (dispatch) ไม่เกิน 1 นาที และมาตรฐานระยะเวลาตั้งแต่ถึงที่เกิดเหตุ

จนถึงออกจากที่เกิดเหตุโดยมีการรักษาพยาบาลในจุดเกิดเหตุจนกระทั่งออกจากจุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 30 นาที โดยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สพฉ. ต้องปฏิบัติและดูแลการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน และการรับส่งผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด 19 ซึ่งสิ่งที่ค้นพบเพิ่มเติมจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คือ การตอบสนองรับเรื่องภายใน 1 นาที เริ่มทำได้ดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีจำนวนลดลง แต่การส่งต่อไปยังห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 30 นาที นั้นทำได้ประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนที่รับเรื่องมา

ข้อมูลการนำส่งผู้ป่วยโควิด 19 ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานครเมื่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 มีจำนวนเพิ่มขึ้น การนำส่งผู้ป่วยโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของ สพฉ. ที่ให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการนำส่งผู้ป่วยโควิด 19 ไปยังโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนาม แต่ในช่วงเดือนมิถุนายน 2564 ผู้ป่วยโควิด 19 มีจำนวนเพิ่มขึ้น ในขณะที่การนำส่งด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินกลับมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากการใช้ระบบที่ทำให้ผู้ป่วยรักษาตัวเองที่บ้าน (home isolation) (ภาพที่ 2)

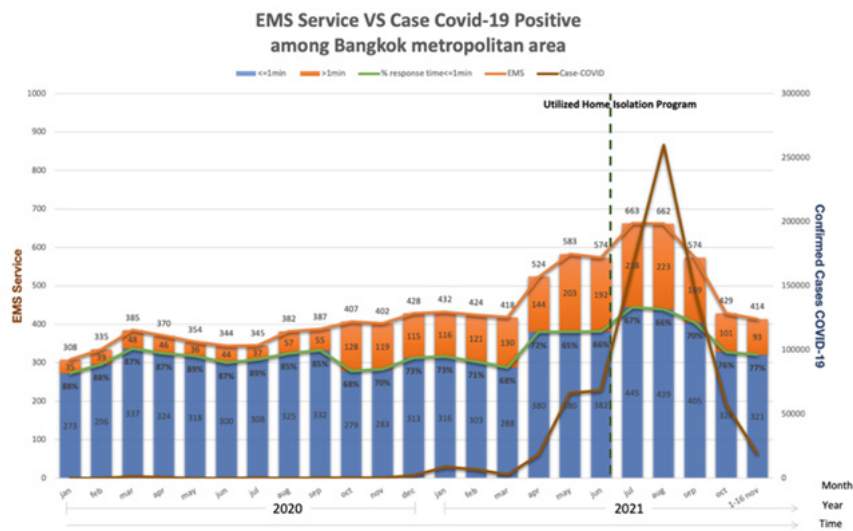
ภาพที่ 2 ข้อมูลการนำส่งผู้ป่วยโควิด 19 ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร



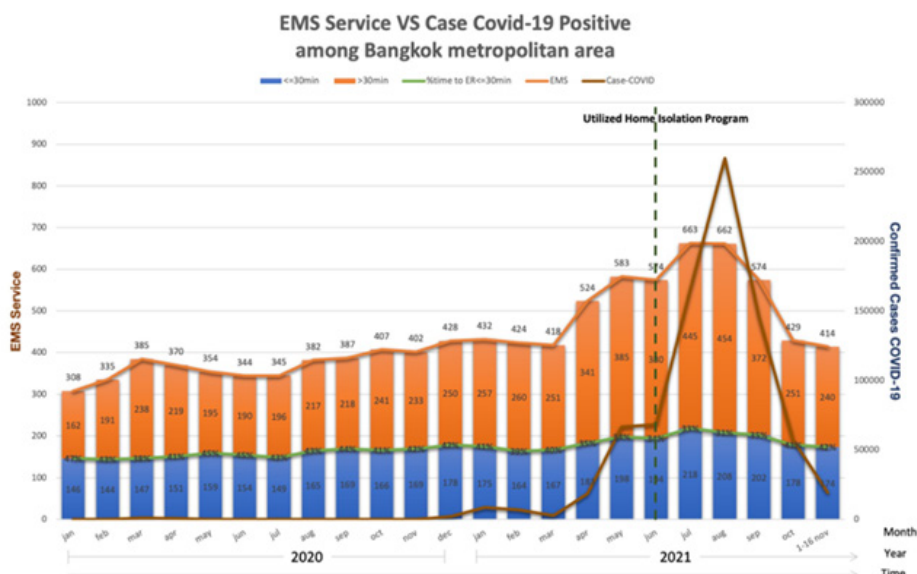
ข้อมูลการตอบสนองรับเรื่องผู้ป่วยโควิด 19 ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศไทย ซึ่งให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยโควิด 19 มีจำนวนเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 3) การตอบสนองรับเรื่องผู้ป่วยโควิด 19 ใช้เวลามากกว่า 1 นาที แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโควิด 19 ที่เพิ่มขึ้น อาจทำให้ระบบการรับเรื่องของ EMS ไม่ได้ตามมาตรฐาน ซึ่งข้อสังเกตนี้ควรมีการวางแผนการรับมือในสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต

ข้อมูลการนำส่งผู้ป่วยโควิด 19 ไปยังห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานครแสดงให้เห็นว่า เมื่อจำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น การใช้เวลานำส่งผู้ป่วยไปยังห้องฉุกเฉินใช้เวลามากกว่า 30 นาที แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโควิด 19 มีจำนวนมาก ทำให้ระบบการนำส่งของระบบ EMS ไม่สามารถทำได้ตามมาตรฐาน ซึ่งข้อสังเกตนี้ควรมีการวางแผนการรับมือในสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต (ภาพที่ 4)

ภาพที่ 3 ข้อมูลการตอบสนองรับเรื่องผู้ป่วยโควิด 19 ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร



ภาพที่ 4 ข้อมูลการนำส่งผู้ป่วยโควิด 19 ไปยังห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร



ดังนั้น จากการดำเนินงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สะท้อนให้เห็นการนำส่งผู้ป่วยโควิด 19 เข้ารักษาในโรงพยาบาลต่างๆ เป็นสิ่งที่ไม่ก่อประโยชน์เพิ่มเติมมากนัก เพราะท้ายสุดผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ เนื่องจากไม่มีเตียงของโรงพยาบาลรองรับ (จากที่ข้อมูลที่รวบรวมจากการส่งเคส-สีแดงผ่านระบบประมาณ 300 ราย มีเพียงหนึ่งในสามเท่านั้นที่สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ภายในเวลาหกชั่วโมงหลังจากร้องขอ)

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติควรปรับหรือเพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาตัวเองที่บ้าน (ระบบ home isolation) โดยการให้เครือข่ายและชุดปฏิบัติการฉุกเฉินพิเศษ Special COVID-19 Operation Team (SCOT) มีบทบาทสำคัญในการช่วยนำส่งยารักษา เวชภัณฑ์ ถังออกซิเจนให้ผู้ป่วยถึงที่บ้าน และมอบนโยบายพร้อมสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วย home isolation และ community isolation โดยหน่วยปฏิบัติการทั่วประเทศไทย เพื่อให้ผู้ป่วยโควิด 19 ได้เข้าถึงบริการและการรักษาอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

ข้อเสนอแนะ

1. ประเทศไทยควรมีการพัฒนาและกำหนดแนวทางในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดจากโรคระบาดรุนแรง โดยการทำให้ home isolation เป็นอีกทางหนึ่งที่เหมาะสมที่กำหนดแนวทางที่ชัดเจน การกำหนดมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการรักษา สุขอนามัย สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึง

การติดตามอาการด้วยระบบออนไลน์หรือโทรศัพท์ เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

2. ประเทศไทยควรมีนโยบายเพื่อกำหนดแนวทางการใช้ออกซิเจน รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นที่บ้านเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
3. ประเทศไทยควรกำหนดทรัพยากรทางการแพทย์ที่จำเป็น รวมถึงปริมาณที่ต้องมีสำรองในประเทศเพื่อใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ รวมถึงก๊าซออกซิเจน ที่ควรทำการประเมินความต้องการใช้ก๊าซทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

1. งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ. สถานการณ์โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง [อินเทอร์เน็ต] 2564. [สืบค้นเมื่อ 14 พ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
2. WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies Working Group, Sterne JAC, Murthy S, et al. Association between administration of systemic corticosteroids and mortality among critically ill patients with COVID-19: a meta-analysis. JAMA 2020;324:1330-41.
3. Li H, Yan B, Gao R, Ren J, Yang J. Effectiveness of corticosteroids to treat severe COVID-19: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Int Immunopharmacol 2021;100:108121.

Abstract

Recommendations for Emergency Management of Severe Communicable Disease – Lesson Learned from the Emergency Medical Service Management of COVID-19 Epidemic in Thailand

Pongtorn Kietdumrongwong

National Institute for Emergency Medicine, Thailand

Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2022;2(1):90-7.

The epidemic situation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Thailand was severe and the spread was rapid in 2021 with the daily number of infected people reached 9,635, especially in Bangkok and surrounding areas. As a result, hospital beds were insufficient for COVID-19 patients, and severely affect access to treatment services. This was especially true in patients with severe symptoms whose number was increasing resulting in overcrowding in emergency rooms. Ministry of Public Health of Thailand established field hospitals and hospitels to keep the group of patients who were in good condition (the green criteria) but it was still not enough to support the number of patients. The final plan for dealing with the epidemic of COVID-19 was to advise COVID-19 patients to stay home (home isolation or community isolation), and formed multidisciplinary teams of health professionals from local hospitals to provide advises on the care. Such approach had greatly reduced the congestion. As a volunteer physician in the Primary Care Hub project “ComCOVID-19 FM CoCare”, the author had observed and took note of multiple interesting issues which could formulate policy recommendations to improve planning of emergency medical response for communicable disease in Thailand which focus on home treatment and logistics for medication, medical supplies and medical equipment to the patient’s home.

Keywords: lesson learned, coronavirus disease starting in 2019 (COVID-19); emergency management

Corresponding author: Pongtorn Kietdumrongwong, email: pongtornki@me.com