

ณ เดือนเมษายน ค.ศ. 2023 เด็กกว่า 39 ล้านคนทั่วโลกติดเชื้อซาร์สโควิทู ในปัจจุบันยังเข้าใจที่สี่หลังจากการประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ระดับโลกเมื่อเดือนมีนาคม ค.ศ. 2020 และเด็กเป็นประเด็กแรกของการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปิดโรงเรียน ข้อบังคับเกี่ยวกับการสวมหน้ากากอนามัย และการรณรงค์ฉีดวัคซีน ประเด็นสำคัญของการแสดงความคิดเห็นเป็นเรื่องเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบของโควิด-19 ที่มีต่อเด็ก และเพื่อปรับปรุงสุขภาพของเด็กให้ดีที่สุดทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ซึ่งเราต้องเรียนรู้จากอดีตของเรา

ในวารสารทางการแพทย์ JAMA Pediatrics ฉบับที่ 2023;177(9):885-887 ) วอร์ดและเพื่อนร่วมงานได้รายงานการศึกษาทางระบาดวิทยาาระยะเวลาหลายปีของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็ก (pediatric intensive care unit - PICU) ในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เป็นโควิด-19 รวมทั้งกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบในเด็ก (Paediatric Inflammatory Multisystem Syndrome หรือ PIMS-TS) ที่ติดเชื้อซาร์สโควิทู (SARS-CoV-2) หรือที่เรียกอีกชื่อหนึ่งในอังกฤษว่าอาการป่วยเกี่ยวกับการอักเสบหลายระบบในเด็ก (multisystem inflammation syndrome in children) จากข้อมูลระดับชาติของอังกฤษที่รวมถึง 98% ของการรับเข้าโรงพยาบาล และการใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูลหลายๆแหล่งที่เชื่อมโยงกับระบบบันทึกการตรวจไวรัสซาร์สโควิทู การรับผู้ป่วยในแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็ก การเสียชีวิต และการฉีดวัคซีนหรือการป่วยเป็นโควิด-19 ก่อนหน้านี้อย่างเป็นระบบ ผู้เขียนรายงานว่าจำนวนเด็กที่ป่วยมากจนต้องเข้าโรงพยาบาล 10,540 คน ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2020 ถึงมกราคม ค.ศ. 2022 สาเหตุหลักเป็นโรคโควิด-19 ในจำนวนนี้มีเด็กที่ต้องได้รับการรักษาในแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็ก 448 คน (4.3%) และ 48 คนเสียชีวิตภายใน 28 วันนับจากวันเข้ารับการรักษา (0.46%) และมีเด็กที่มีกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบ (PIMS-TS) รวมด้วย 997 ราย และเกือบครึ่งหนึ่ง (ผู้ป่วย 437 ราย หรือ 44%) จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็ก ในขณะที่ไม่มีเด็กที่มีกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบเสียชีวิตเลย จากสิ่งที่พบเหล่านี้ ผู้เขียนสรุปว่าการใช้แผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็ก และการเสียชีวิตในเด็กที่ติดเชื้อซาร์สโควิทู อยู่ในระดับต่ำจากกลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมระดับประเทศ นอกเหนือจากนี้การศึกษานี้ยังรวบรวมปัจจัยทางระบาดวิทยาหลายประการที่นำไปใช้ได้ในงานสาธารณสุข การเตรียมพร้อมรับมือโรคระบาด และการดูแลทางคลินิกสำหรับเด็กที่เป็นโควิด-19

ประการแรก แม้ว่าโดยรวมแล้วการเจ็บป่วยรุนแรงจะพบน้อยมากในเด็ก แต่สิ่งสำคัญจากรายงานนี้คือ ความจำเป็นในการใช้แผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กเพื่อดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคโควิด-19 นั้นลดลงตามลำดับของการระบาดใหญ่ การรับไวรักรักษาในแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กสูงเกือบ 10% ในช่วงการระบาดของสายพันธุ์ธรรมดา (wild-type) 3.4% ในช่วงการระบาดของสายพันธุ์เดลต้า และ 1.7% ในช่วงระบาดของสายพันธุ์โอไมครอน มีรายงานแบบเดียวกันที่พบการรับเข้าแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กลดลง ในช่วงระยะเวลาที่โอไมครอนระบาดเปรียบเทียบกับไวรัสก่อนหน้านี้ในประเทศอื่นๆด้วย รวมถึงช่วงการระบาดจากสหรัฐอเมริกา คานาดา และแอฟริกาใต้ การศึกษาซ้ำๆกันที่ได้ผลใกล้เคียงกันย่อมตอกย้ำความมั่นใจว่าความรุนแรงของโรคลดลงเมื่อเวลาผ่านไป และยังช่วยเสริมความน่าเชื่อถือของรายงานข้อมูลระดับประเทศที่น่าเสนอ ในการศึกษาที่เอ่ยถึงข้างบน นอกจากนี้ในขณะที่การฉีดวัคซีนมีผลโดยตรงที่ช่วยให้การป่วยรุนแรงลดลงแต่ไม่สามารถวัดได้ในการศึกษานี้ เนื่องจากวัคซีนป้องกันโควิด-19 ยังไม่มีแพร่หลายในเด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี แต่ก็มีรายงานอื่นๆที่แสดงให้เห็นว่าการฉีดวัคซีนช่วยป้องกันการเจ็บป่วยร้ายแรงเนื่องจากโควิด-19 รวมถึงการศึกษาในช่วงเวลาที่โอไมครอนระบาด จากรายงานเหล่านี้โดยรวมแล้วในช่วงเวลาของการระบาดใหญ่ทั่วโลกนั้น การเจ็บป่วยร้ายแรงเนื่องจากโควิด-19 นั้นเกิดขึ้นได้น้อยมากและโรคที่ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน

ประการที่สอง ในขณะที่อัตราการรับผู้ป่วยในแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กในกลุ่มเด็กที่ติดเชื้อและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงนั้นเป็นผลให้ราคาตหว้งในทางบวก แต่ก็ยังมีข้อจำกัด ประการแรกการประมาณความถี่ในการรับผู้ป่วยเข้าแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็ก ในโรงพยาบาลเด็กนั้นแตกต่างกันในแต่ละแห่ง ยกตัวอย่างเช่นการใช้ข้อมูลจากเครือข่ายโควิด (COVID-NET) ซึ่งเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลใน 14 รัฐของสหรัฐอเมริกาที่ใช้ในการเฝ้าระวังเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอายุ 0 ถึง 4 ปี มี 21% และ 19% เป็นเด็กอายุ 5 ถึง 11 ปี ส่วนเด็กที่ตรวจพบเชื้อซาร์สโควิทูจะถูกส่งเข้าแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็ก ในช่วงที่โอไมครอนระบาด ประมาณการว่าสูงกว่ากลุ่มอายุเดียวกันเกือบ 15 เท่า จากการศึกษาที่มีตัวแปรต่างๆที่อาจเป็นสาเหตุซึ่งได้แก่ ความแตกต่างในเกณฑ์การรับเข้าแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็ก ความแตกต่างของผู้ป่วยในเครือข่ายโรงพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างระดับประเทศที่รายงานในวารสาร และความหลากหลายของเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยโควิด-19 มาตรการวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

<sup>1</sup> จาก “COVID-19 in Children—Learning From the Past, Planning for the Future” โดย Kathleen Chiotos, MD, MSCE; Julie C. Fitzgerald, MD, PhD, MSCE เมื่อ 31 กรกฎาคม 2566 ใน <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2807916>

เช่น ความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือยาบีบหลอดเลือด อาจมีส่วนช่วยในการแยกประเภทของการเจ็บป่วยร้ายแรงให้มีมาตรฐานเดียวกันซึ่งจะช่วยเสริมการใช้ทรัพยากรของแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็ก ในเชิงปริมาณได้

นอกจากนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับความพยายามด้านสาธารณสุขและการเตรียมความพร้อม อัตราการรับเข้าโรงพยาบาล และแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กที่ประเมินจากประชากรกลุ่มนี้มีประโยชน์เนื่องจากมาตรการเหล่านี้สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง ในจำนวนจริงของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าการประเมินตามประชากร (เช่น อัตราการรักษาในโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน) ไม่ได้ถูกรายงานโดยตรงในการศึกษานี้ จำนวนเด็กอายุ 0-4 ปีที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเดือนมกราคม ค.ศ. 2021 ซึ่งเป็นช่วงสูงสุดที่สายพันธุ์โอไมครอนกำลังระบาดอยู่ที่ประมาณ 3 เท่า และ 4 เท่าในช่วงที่สายพันธุ์เดลต้าและสายพันธุ์ธรรมชาติ (wild type) ระบาดหนักตามลำดับ แนวโน้มที่คล้ายกันดังปรากฏในข้อมูลจากเครือข่ายโควิด (COVID-NET) ซึ่งประมาณอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 5 เท่าต่อประชากร 100,000 คนในช่วงเวลาโอไมครอนระบาดเทียบกับช่วงเวลาเดลต้าระบาด ในขณะที่อัตราการรับการรักษาในแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กสูงกว่า 3.5 เท่า ดังนั้นถึงแม้จะมั่นใจได้ว่าเด็กที่ติดเชื้อมีอาการรุนแรงมีสัดส่วนลดลง แต่จำนวนเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือในแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กที่มากขึ้น อาจเพิ่มภาระกดดันระบบการดูแลสุขภาพในเด็ก ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น และอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กต้องสูญเสียรายได้จากการทำงาน

ประการที่สาม ไม่ว่าจะด้วยมาตรการใดก็ตาม ผลกระทบโดยตรงของโควิด-19 มีต่อเด็กที่มีโรคอื่นร่วมด้วยทำให้การรับเข้าโรงพยาบาลและแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กไม่ได้สัดส่วนกัน และยังเป็นส่วนใหญ่อยอดผู้เสียชีวิตจากโควิด 19 ในรายงานที่กล่าวถึง เด็กที่มีโรคร่วมมีโอกาสถูกส่งเข้าแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กมากกว่าเด็กที่ไม่มีโรคร่วมเกือบ 8 เท่าโดยเฉพาะถ้ามีโรคร่วมหลายโรค และถ้ามีโรคเกี่ยวกับระบบประสาทที่มีผลทำให้การดำรงชีวิตถูกจำกัดลงด้วยแล้วจะเพิ่มโอกาสการเข้าแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กสูงขึ้นอย่างแน่นอนซึ่งเหมือนกับรายงานจากที่อื่น แต่เป็นที่น่าเสียดายที่รายงานการศึกษารุ่นนี้และการศึกษาอื่นๆที่มีรูปแบบการวิจัยคล้ายกันมีข้อจำกัดอยู่หนึ่งอย่าง คือไม่เป็นที่รู้กันว่าความจำเป็นในการที่ต้องได้รับการดูแลที่แผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กนั้นเป็นผลมาจากโรคร่วมที่มีอยู่ก่อนแล้ว หรือจากหลักเกณฑ์การส่งตัวไปยังแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กที่ต่ำลงและรับเด็กที่มีความเปราะบางทางการแพทย์ที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา หรือจากผลกระทบโดยตรงของโควิด-19 หรือปัจจัยเหล่านี้รวมกัน นอกจากนี้ในขณะที่ความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) ของการรับเข้าแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กของเด็กที่มีโรคร่วมมาก่อนนั้นสูงเมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีโรคร่วม แต่ความเสี่ยงสัมบูรณ์ (absolute risk) ในการถูกส่งไปรักษาที่แผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กค่อนข้างต่ำ การกำหนดกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสัมบูรณ์สูงเพียงพอสำหรับผลรุนแรงที่ตามมาของโรคโควิด-19 มีความสำคัญอย่างยิ่ง การระบุผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะได้รับประโยชน์อย่างมากจากการรักษาโรคโควิด-19 แบบผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่เกิดการระบาดใหญ่ซึ่งความรุนแรงของโรคลดน้อยลง และการฉีดวัคซีนมีแพร่หลายเกือบทุกกลุ่มอายุ ข้อควรพิจารณานี้เป็นเรื่องที่เหมาะสมทันการณ์ เนื่องจากยาเนอร์มาเทอเรเวียร์ ริโทนาเวียร์ หรือแพกซ์โลวิด (nirmatrelvir-ritonavir - Paxlovid) อาจจะออกมาให้ใช้มากขึ้น ในอนาคตอันใกล้นี้ เนื่องจากยาดังกล่าวได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา ให้ใช้กับผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูงในเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2023 โดยที่การศึกษาในเด็กกำลังดำเนินการอยู่ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีออกมาอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้การเลือกผู้ป่วยสำหรับการรักษาด้วยยาดังกล่าวดีขึ้น ดังเช่นที่ทำได้โดยสถาบันสุขภาพแห่งชาติจะมีความสำคัญมากสำหรับการศึกษาในอนาคตเพื่อเปรียบเทียบว่าคุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายหรือไม่สำหรับประโยชน์ในการรักษาของยาชนิดนี้ในเด็ก

ประการที่สี่ กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบ (PIMS-TS) สมควรได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษเมื่อคำนึงถึงความแตกต่างในด้านระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 และความป่วยรุนแรงที่เป็นผลให้เด็กจำนวนมากจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในแผนกดูแลผู้ป่วยหนักสำหรับเด็กสูงเกือบ 50% ในบางรายงาน ในทางตรงกันข้ามกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโควิด-19 อัตราสูงสุดของกลุ่มอาการอักเสบร้ายแรง (PIM-TS) ต่อการติดเชื้อ 100,000 รายเกิดขึ้นในช่วงต้นปีค.ศ. 2021 และลดลงอย่างชัดเจนหลังจากนั้น โดยที่จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อซาร์สโควิทูในช่วงโอไมครอนยังสูงอยู่ การลดลงในทั้งสองกรณีของกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบ (PIMS-TS) รวมถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้รับการรายงานในการศึกษาอื่นๆ และอาจเกิดจากปัจจัยทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเองและที่เกี่ยวข้องเชื้อโรคนั้นคือการกลายพันธุ์ทางพันธุกรรมของสายพันธุ์โอไมครอนอาจกระตุ้นให้เกิดการอักเสบน้อยลง ในขณะที่การตอบสนองของร่างกายจะลดลงอันเป็นผลมาจากการสัมผัสกับเชื้อซาร์สโควิทูจากการติดเชื้อตามธรรมชาติหรือการฉีดวัคซีนโดยรวม ในขณะที่กุมารแพทย์มีความมั่นใจว่าภาวะแทรกซ้อนที่หนักครั้งหนึ่งของซาร์สโควิทูอาจจะผ่านพ้นไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ แต่การเกิดขึ้นอย่างน่าประหลาดของกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบ (PIMS-TS) ในเดือนเมษายนค.ศ. 2020 เน้นย้ำถึงศักยภาพของโรคใหม่ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอย่างไม่คาดคิดได้แม้แต่ในเด็กที่ดูเหมือนจะมีสุขภาพดี การเฝ้าระวังอย่างเข้มงวดและเครือข่ายการรายงานอย่างทันเหตุการณ์จึงมีความสำคัญในการวิเคราะห์การระบาดและให้การรักษาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับโรคอุบัติใหม่

สุดท้ายนี้ ในช่วงเวลาของการแพร่ระบาด ซึ่งโชคดีที่การเจ็บป่วยรุนแรงจากซาร์สโคโรนาไวรัสพบน้อยมากในเด็ก อย่างไรก็ตาม บางทีสิ่งที่ขาดไปในรายงานนี้อาจเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งได้แก่การรายงานสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเด็กที่ลดลงซึ่งสัมพันธ์ทางอ้อมกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 และกลยุทธ์เพื่อบรรเทาผลกระทบ การจัดการกับผลกระทบระดับสองที่เกิดจากการระบาดใหญ่เหล่านี้จะต้องอาศัยแนวทางแก้ไขที่ซับซ้อน รวมถึงการขยายบริการด้านสุขภาพจิตของเด็ก การส่งเสริมการเข้าถึงการฉีดวัคซีนตามกำหนดอย่างสม่ำเสมอของเด็ก และการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันอย่างเป็นกิจวัตรประจำ และการลงทุนในโครงการในชุมชนและโรงเรียนของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โครงการที่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคมตามภูมิศาสตร์ซึ่งได้รับผลกระทบจากช่องว่างความไม่เท่าเทียมกันของการดูแลสุขภาพที่กว้างขึ้นในช่วงการระบาดใหญ่ ซึ่งเราต้องมองข้ามตัวเลขจำนวนผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในเด็กเพื่อทำความเข้าใจ ประเมิน และลดผลกระทบทางอ้อมที่เป็นอันตรายจากการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ต่อเด็ก — และในช่วงเวลาที่หลายๆคนได้ประกาศว่าการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 “จบลงแล้ว” ความพยายามของเราในการเอาชนะผลกระทบอันเกิดจากการระบาดใหญ่นี้เพิ่งจะเริ่มต้นเท่านั้น