

สรุปการประชุมคณะกรรมการด้านวิชาการ ครั้งที่ ๔๐/ ๒๕๖๔

วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๔

ณ ห้องประชุมสุชาติ เจตนเสน ชั้น ๓ อาคาร ๑๐ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ผู้ที่มาประชุม

๑. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมหวัง	ด้านชัยวิจิตร	ประธานกรรมการ
๒. รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ทวี	โชติพิทยสุนนท์	กรรมการ (เข้าร่วมประชุมผ่าน ZOOM)
๓. ศาสตราจารย์วุฒิคุณ ดร.นายแพทย์พรเทพ	ศิริวนารังสรรค์	กรรมการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กำธร	มาลาธรรม	กรรมการ (เข้าร่วมประชุมผ่าน ZOOM)
๕. นายแพทย์สมชาย	พีระปกรณ์	กรรมการ
๖. นายแพทย์ศุภมิตร	ชุนท์สุทธิวัฒน์	กรรมการ (เข้าร่วมประชุมผ่าน ZOOM)
๗. นายแพทย์จักรรัฐ	พิทยาวงศ์อานนท์	กรรมการและเลขานุการ

ผู้ที่ไม่มาประชุม (เนื่องจากติดภารกิจ)

๑. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ประตาป	สิงห์ควานนท์	กรรมการ
---------------------------------	--------------	---------

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นางเกษรา	ญาณเวทย์สกุล	รองผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป
๒. นายแพทย์พงศ์ธร	ชาติพิทักษ์	รองผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๓. แพทย์หญิงพัชรินทร์	ตันติวรวิทย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองนวัตกรรมและวิจัย
๔. แพทย์หญิงรณิดา	เตชะสุวรรณา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองโรคติดต่อทั่วไป
๕. นางสุพินดา	ธีระรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองโรคติดต่อทั่วไป
๖. นายจิรวรรธ	ประมวลกิจเจริญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคติดต่อทั่วไป
๗. นางสาวศิริพร	กาศหาญ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคติดต่อทั่วไป
๘. นางสาวธนิษฐา	จันทร์พิลา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคติดต่อทั่วไป (เข้าร่วมประชุมผ่าน ZOOM)
๙. นายองค์วิสิฐ	ไอยสุวรรณ	นักเทคโนโลยีนวัตกรรม กองนวัตกรรมและวิจัย

เริ่มประชุม เวลา ๑๓.๓๐ น.

ระเบียบวาระ...

ระเบียบวาระที่ ๑ ประธานแจ้งเพื่อทราบ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมหวัง ต้านชัยวิจิตร ประธานกรรมการ กล่าวเปิดการประชุม จากนั้นมอบหมายนายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรรมการและเลขานุการ ดำเนินการประชุมตามระเบียบวาระการประชุมต่อไป

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ กรรมการและเลขานุการ ขอให้คณะกรรมการร่วมกันพิจารณา รายงานการประชุมคณะกรรมการด้านวิชาการตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ครั้งที่ ๓๙/ ๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

มติที่ประชุม: คณะกรรมการด้านวิชาการฯ มีมติรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการด้านวิชาการ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ครั้งที่ ๓๙/ ๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ โดยไม่มีการแก้ไข

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

๓.๒ ความคืบหน้าการพัฒนาและใช้ประโยชน์จาก Application หอมชนะ สำหรับผู้เดินทางเข้าในราชอาณาจักร

แพทย์หญิงพัชรินทร์ ตันติวรวิทย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองนวัตกรรมและวิจัย นำเสนอความคืบหน้า การพัฒนาและใช้ประโยชน์จาก Application หอมชนะ สำหรับผู้เดินทางเข้าในราชอาณาจักร

Application หอมชนะ สำหรับผู้เดินทางเข้าในราชอาณาจักร คือ แอปพลิเคชันที่ใช้เทคโนโลยี GPS และ Bluetooth ในการบันทึกข้อมูลการเดินทางของผู้ใช้งานแบบอัตโนมัติ ซึ่งสามารถตรวจพบความเสี่ยงของผู้ใช้งานหากมีประวัติเคยสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วย COVID-19

กรมควบคุมโรคกับการดำเนินการของ Application หอมชนะ ดังนี้ ร่วมออกแบบและพัฒนา วางระบบ และโครงสร้างการใช้งานข้อมูลจากแอปพลิเคชัน ศึกษา ทำความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งาน ระบบประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านป้องกันควบคุมโรค และมองหาโอกาสในการขยายผลให้มีการใช้งานในวงกว้าง

การเดินทางเข้าประเทศและ Sandbox (รูปแบบใหม่) ประกอบด้วย ๓ ส่วน ดังนี้

๑) ก่อนเดินทาง ผู้เดินทาง ค้นหาข้อมูล คำแนะนำ การเดินทางเข้าประเทศไทย จากเว็บไซต์กลาง : EntryThailand.go.th และ Pre-arrival ต้องดำเนินการลงทะเบียน Thailand pass รวมทั้งจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่ประเทศไทยกำหนด

๒) เมื่อเดินทางมาถึงสนามบิน เจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จะดำเนินการตรวจสอบ เอกสารของผู้เดินทาง ๓ วิธี ดังนี้

๒.๑ ใช้ App DHIC บน Smartphone เพื่อสแกน QR Code จาก Thailand pass หรือ

๒.๒ ค้นหาข้อมูล Thailand pass ด้วยการกรอกเลขพาสปอร์ต หรือ

๒.๓ คลิกเลือก OCR เพื่อสแกน OCR ที่หน้า Passport

๓) เมื่อถึงโรงแรม กรณี Sandbox หรือ AQ ดังนี้

- Arrival สำหรับเจ้าหน้าที่โรงแรม COSTE ตรวจ RT-PCR รายงานข้อมูลอาการประจำวัน และ อยู่ใน AQ จนครบกำหนด

- เชื่อมโยงข้อมูล รายงานข้อมูลอาการประจำวัน กรมควบคุมโรค ตรวจ RT-PCR บันทึกผล COSTE

- Arrival ให้ผู้เดินทาง Download APP หมอชนะ
- เชื่อมโยงกับ COSTE (ของทุกโรงแรม) QR Code หมอชนะเป็นสี
- บอกสถานะผลการตรวจ RT-PCR ผ่าน QR Code ได้แก่ สีแดง คือผลบวก สีเหลือง คือผลลบ และยังไม่ออกนอกพื้นที่ Sandbox ไม่ได้ ยังอยู่ไม่ครบกำหนด และสีเขียว คือผลลบและออกนอกพื้นที่ Sandbox ได้ และเดินทางภายในประเทศได้ปกติ

ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรคของแอปฯ หมอชนะ ได้แก่

- ๑) ส่ง Notification เพื่อแจ้งเตือน เมื่อมีการใกล้ชิดผู้ป่วยหรือผู้สัมผัสเสี่ยง
 - ๒) ใช้เป็นเครื่องมือ Contact tracing ติดตามตำแหน่ง และการเดินทาง (การระบุสถานที่ด้วย GPS ใน Individual Timeline)
 - ๓) มีระบบรายงานอาการและรายงานตัวประจำวัน ซึ่งเป็นการเชื่อมต่อกับระบบกับ COSTE
 - ๔) สแกน QR code หมอชนะ ผู้ที่อยู่ใกล้ เพื่อความแม่นยำในการแจ้งเตือนบุคคลใกล้ชิด
- การติดตามผู้เดินทางออกนอกพื้นที่** เพื่อสังเกตพฤติกรรมจากข้อมูลพิกัดปัจจุบันที่ได้รับจากแอปพลิเคชัน หมอชนะ มี ๒ สี ดังนี้ สีเหลือง ระบบไม่ได้รับพิกัดนานเกินกว่า ๓๐ นาที และสีเขียว ระบบได้รับพิกัดล่าสุดภายใน ๓๐ นาทีที่แล้ว
- การดำเนินงานที่ผ่านมา พบปัญหา ดังนี้**
- จำนวนผู้เดินทางที่เข้าพักในโรงแรม ส่วนใหญ่ไม่ได้ดาวน์โหลด แอปพลิเคชัน หมอชนะ
 - ผู้เดินทางสามารถปิด การใช้งานแอปพลิเคชันได้ ทำให้ไม่สามารถติดตามผู้เดินทางได้

มติที่ประชุม : รับทราบความคืบหน้าการพัฒนาและใช้ประโยชน์จาก Application หมอชนะ สำหรับผู้เดินทางเข้าในราชอาณาจักร ดังนี้

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม : เน้นย้ำการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) ให้โรงแรมเคร่งครัด และตรวจสอบการติดตั้ง Application หมอชนะ สำหรับผู้เดินทางเข้าในราชอาณาจักรให้ครบทุกราย

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

๔.๑ เกณฑ์การสอบสวนโรคและการดำเนินการกับผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคโควิด 19

นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ กรรมการและเลขานุการ นำเสนอเกณฑ์การสอบสวนโรคและการดำเนินการกับผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคโควิด 19 สรุปได้ดังนี้

เกณฑ์การสอบสวนโรคที่ใช้ในปัจจุบัน มี ๒ รูปแบบ ดังนี้ ๑) การสอบสวนเฉพาะราย (Case investigation) กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตทุกราย หรือ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจที่มีอาการปอดอักเสบอย่างรุนแรง ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์กลายพันธุ์ใหม่ชนิด variant of concern ครั้งแรก และ ๒) การสอบสวนการระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Outbreak investigation) การระบาดเป็นกลุ่มก้อนในสถานที่เสี่ยงซึ่งมีแนวโน้มของการแพร่ระบาดสูง

เกณฑ์การสอบสวนโรค แบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

๑) ระดับอำเภอ/ศูนย์บริการสาธารณสุข รายละเอียด ดังนี้

- พบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน ตั้งแต่ ๕ รายขึ้นไป ภายใน ๑ สัปดาห์ ในสถานที่ เดียวกัน เช่น ที่ทำงาน โรงเรียน
- กรณีเสียชีวิตหรือ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจที่มีอาการปอดอักเสบอย่างรุนแรง ทุกกรณี
- ผู้ป่วยทุกรายที่ตรวจพบ เชื้อ SARS -CoV -2 สายพันธุ์ ใหม่ชนิด variant of concern ครั้งแรกในอำเภอ

๒) ระดับจังหวัด...

๒) ระดับจังหวัด/กรุงเทพมหานคร รายละเอียด ดังนี้

- พบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน ตั้งแต่ ๑๐ รายขึ้นไป ภายใน ๒ สัปดาห์ ในสถานที่ เดียวกัน เช่น ที่ทำงาน โรงเรียน
- กรณีเสียชีวิตหรือ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจที่มีการปอดอักเสบอย่างรุนแรง ทุกราย
- ผู้ป่วยทุกรายที่ตรวจพบ เชื้อ SARS-CoV-2 สายพันธุ์ ใหม่ครั้งแรกชนิด variant of concern ในจังหวัด

๓) ระดับเขต รายละเอียด ดังนี้

- มีการระบาดใน สถานพยาบาล ๒ ราย ขึ้นไป (NI)
- พบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน ตั้งแต่ ๒๐ รายขึ้นไป ในสถานที่หรือ ชุมชนเดียวกันภายใน ๑ สัปดาห์
- กรณีเสียชีวิต ตั้งแต่ ๒ ราย ขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์กันทาง ระบาดวิทยา
- ผู้ป่วยทุกรายที่ตรวจพบ เชื้อ SARS-CoV-2 สายพันธุ์ ใหม่ชนิด variant of concern ครั้งแรกในเขต

๔) ระดับส่วนกลาง รายละเอียด ดังนี้

- พบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน ตั้งแต่ ๕๐ รายขึ้นไป ในสถานที่หรือ ชุมชนเดียวกันภายใน ๑-๒ สัปดาห์
- กรณีเสียชีวิตตั้งแต่ ๒ รายขึ้นไปในสถานที่หรือ ชุมชนเดียวกัน
- มีการระบาด ๒ สถานที่ ขึ้นไป ภายใน ๑ เดือน
- ผู้ป่วยทุกรายที่ตรวจพบ เชื้อ SARS-CoV-2 สายพันธุ์ ใหม่ชนิด variant of concern ครั้งแรกในประเทศ

นิยามผู้สัมผัสใกล้ชิด

ผู้สัมผัสใกล้ชิด ประกอบด้วย

๑. ผู้ที่อยู่ใกล้หรือมีการพูดคุยกับผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยัน ในระยะ ๒ เมตร เป็นเวลานานกว่า ๕ นาที หรือถูกไอจามรดจากผู้ป่วย
๒. ผู้ที่อยู่ในบริเวณที่ปิด ไม่มีการถ่ายเทอากาศมากนัก ร่วมกับผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยัน เป็นระยะเวลานานกว่า ๓๐ นาที เช่น ในรถปรับอากาศหรือห้องปรับอากาศ

ผู้สัมผัสใกล้ชิด แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑. ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (High risk close contact) หมายถึง ผู้สัมผัสที่มีโอกาสสูงในการรับหรือแพร่เชื้อ กับผู้ป่วยที่มีโอกาสสัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจของผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยัน โดยไม่ได้ใส่ personal protective equipment (PPE) ตามมาตรฐาน
๒. ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ (Low risk close contact) ผู้สัมผัสที่มีโอกาสต่ำในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยัน ได้แก่ ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่ไม่เข้าเกณฑ์ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา การจัดกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ได้แก่

๑. ผู้สัมผัสใกล้ชิด HI / CI HI / CI HI / CI โรงพยาบาลสนาม / โรงพยาบาล เสนอปรับแนวทางรองรับการเปิดประเทศ คือ ปรับเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับวัคซีนโควิด 19 ครบ ปรับตามแนวทางที่กรมการแพทย์โดยปรับจากการกักตัวเป็นการคุมไว้สังเกต และสามารถปฏิบัติงานได้แบบ

๒. ผู้สัมผัสใกล้ชิดในยานพาหนะภายในประเทศ (Domestic transportation) เสนอปรับแนวทางรองรับการเปิดประเทศ คือ ปรับแนวทาง เฉพาะกรณีผู้โดยสารในเครื่องบิน กรณีเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง ทั้งที่ได้รับหรือ ไม่ได้รับวัคซีนโควิด 19

- ผู้โดยสารในเครื่องบินที่นั่งใกล้ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยันที่นั่งติดกับผู้ติดเชื้อ (เฉพาะด้านซ้ายและขวา) หรือสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อในระยะ ๑ เมตร เช่น ระหว่างรอเข้าห้องน้ำหรือขณะอยู่บนทางเดินในเครื่อง ร่วมกับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ไม่สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าขณะใกล้ชิด เป็นระยะเวลานานกว่า ๕ นาที

หมายเหตุ...

หมายเหตุ

๑) ระยะเวลาที่ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยัน หรือ ผู้สัมผัสใกล้ชิด อย่างน้อย ๑ คน ไม่ได้ใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าขณะใกล้ชิดกัน

๒) ผู้สัมผัสใกล้ชิดในยานพาหนะระหว่างประเทศ (International transportation) ให้ดำเนินการตามแนวทาง ผู้เดินทางเข้าประเทศ

แนวทางปฏิบัติในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง จำแนกเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ ๑ ดังนี้

- ผู้ที่เคยเป็นโควิด 19 มาก่อน และหายป่วยแล้วไม่เกิน ๓ เดือน
- ผู้ที่ได้รับวัคซีนแล้ว มีภูมิคุ้มกันระดับหนึ่ง คือ ๒ สัปดาห์หลังการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ตามที่

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดครบถ้วนสมบูรณ์

- ผู้เดินทางมาจากต่างประเทศอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี (ไม่คำนึงถึงประวัติได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19) ที่มาพร้อมกับผู้ปกครองที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

แนวทางปฏิบัติในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงกลุ่มที่ ๑

• ดำเนินชีวิตตามปกติ แต่หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในที่มีคนจำนวนมาก สังเกตอาการตนเอง (self-monitoring) เป็นเวลา ๑๔ วัน

- ปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA อย่างเคร่งครัด
- ทีม CCRT เก็บส่งตรวจ nasopharyngeal swab หรือ nasal swab จากผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ใส่หลอด VTM/UTM ๑ ตัวอย่าง ส่งตรวจ RT-PCR หาเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี PCR อย่างน้อย ๑ ครั้ง หลังจากสัมผัสผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยัน ครั้งสุดท้ายมาไม่น้อยกว่า ๗ วัน กรณีที่พื้นที่ใดมีความพร้อมในการตรวจ RT-PCR ให้เพิ่มการตรวจตั้งแต่แรกพบผู้สัมผัสได้อีก ๑ ครั้ง

กลุ่มที่ ๒ คือ ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงนอกเหนือจากกลุ่มที่ ๑

แนวทางปฏิบัติในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงกลุ่มที่ ๒ เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงของผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยันทุกราย ต้องได้รับการกักกันอย่างน้อย ๑๔ วัน

- หากมีอาการตามนิยามให้เข้าสู่กระบวนการสอบสวนผู้ป่วย PUI
- หากไม่มีอาการตามนิยาม PUI แจ้งผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ดังนี้
- ให้ผู้สัมผัสสวมหน้ากากอนามัยทุกวัน เป็นระยะเวลา ๑๔ วัน นับจากวันที่สัมผัสผู้ป่วยยืนยันวันสุดท้าย
- Home quarantine
- ให้ป้องกันตนเองและผู้อื่นโดยไม่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้อื่น แยกห้องนอน หมั่นล้างมืออย่างสม่ำเสมอ และสวมหน้ากากอนามัย

- ทีม CCRT โทรศัพท์สอบถามอาการทุกวัน หรือติดตามผ่านแอปพลิเคชัน
- การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสามารถตรวจได้ทั้ง RT-PCR หรือ ATK
- เก็บส่งตรวจ nasopharyngeal swab หรือ nasal swab ใส่หลอด VTM/UTM ๑ ตัวอย่าง ส่งตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี PCR อย่างน้อย ๑ ครั้ง หลังจากสัมผัสผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยัน ครั้งสุดท้ายมาไม่น้อยกว่า ๗ วัน กรณีที่พื้นที่ใดมีความพร้อมในการตรวจ RT-PCR ให้เพิ่มการตรวจตั้งแต่แรกพบผู้สัมผัสได้อีก ๑ ครั้ง เพื่อให้สามารถแยกกักผู้ติดเชื้อได้เร็วขึ้น

แนวทางปฏิบัติในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ ดังนี้

- ให้ดำเนินชีวิตตามปกติ แต่หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในที่ที่มีคนจำนวนมาก สังเกตอาการตนเอง (self-monitoring) เป็นเวลา ๑๔ วัน
- ปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA อย่างเคร่งครัด
- อาจพิจารณาตรวจคัดกรองด้วย ATK หากมีไข้หรืออาการของระบบทางเดินหายใจให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เพื่อเก็บส่งตรวจ ติดตามอาการและวัดไข้ ตามแนวทางผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

มติที่ประชุม : เห็นชอบเกณฑ์การสอบสวนโรคและการดำเนินการกับผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคโควิด 19

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม :

- ๑) ควรจัดทำเกณฑ์การสอบสวนโรค ให้มีความง่ายต่อการปฏิบัติงานของ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้สัมผัสเสี่ยงสูง
- ๒) ควรจัดทำเกณฑ์การสอบสวนโรคของกรุงเทพมหานครเพิ่มเติม โดยเพื่อรองรับโครงสร้างการสอบสวนโรคในอนาคตที่จะเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเสนอต่อคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เพื่อนำเข้า เสนอ ศปก.ศบค. ต่อไป
- ๓) แนะนำให้เพิ่มเกณฑ์การสอบสวนโรค เป็น กรณีผู้ป่วยทุกรายที่ตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 สายพันธุ์ใหม่ ชนิด variant of concern ในช่วงแรกในทุกระดับ ณ ขณะนั้น
- ๔) มอบฝ่ายเลขานุการ ติดตามสถานการณ์ของโอไมครอน (Omicron) โดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมการแพทย์ และขอให้รายงานความก้าวหน้า ที่ประชุมในครั้งถัดไป

๔.๒ การอนุญาตให้ผู้เดินทางจากต่างประเทศ ที่ได้ MCV COVID -19 (Medigen) ครบตามเกณฑ์เดินทางเข้าราชอาณาจักร ตามมาตรการที่กำหนด

แพทย์หญิงรณิดา เตชะสุวรรณ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองโรคติดต่อทั่วไป นำเสนอการอนุญาตให้ผู้เดินทางจากต่างประเทศ ที่ได้ MCV COVID -19 (Medigen) ครบตามเกณฑ์เดินทางเข้าราชอาณาจักร ตามมาตรการที่กำหนด โดยสรุปได้ดังนี้

สืบเนื่องจาก กระทรวงการต่างประเทศ ขอความอนุเคราะห์กระทรวงสาธารณสุข พิจารณาข้อเสนอของไต้หวัน ในการจัดหาข้อตกลงยอมรับร่วมระหว่างกัน สำหรับผู้ที่ได้รับ วัคซีน Medigen ในการเดินทางระหว่างประเทศ (สามารถเข้าประเทศไทยได้ โดยการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข) รายชื่อวัคซีนที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกหรือตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จำนวน ๘ รายการ ดังนี้

- ๑) รายชื่อผู้ผลิตวัคซีน Sinovac Biotech Ltd. รายนามวัคซีน CoronaVac
- ๒) รายชื่อผู้ผลิตวัคซีน ประกอบด้วย ๒.๑ AstraZeneca & University of Oxford ๒.๒ SK Bioscience (Korea) ๒.๓ Siam Bioscience Siam ๒.๔ Serum Institute of India (SII) รายนามวัคซีน AstraZeneca หรือ Covishield กรณีผลิตจาก SII
- ๓) Pfrizer Inc., & BioTech รายนามวัคซีน Pfizer – BioNTech COVID -19 vaccine หรือ Comirnaty
- ๔) Johnson & Johnson Services, Inc. รายนามวัคซีน Janssen หรือ Janssen/AdJanssen/Ad 26 .COV 2.S
- ๕) Moderna Inc., รายนามวัคซีน Moderna

๖) Sinopharm Co.,Ltd. รายงานวัคซีน Sinopharm vaccine หรือ COVIL0

๗) Gamaleya Research Institute of Epidemiology and Microbiology รายงานวัคซีน Sputnik V

๘) Bharat Biotech International Limited (BBIL) รายงานวัคซีน Covaxin

ข้อมูลพื้นฐาน ของ Medigen เป็นวัคซีนที่ผลิตในไต้หวัน โดยความร่วมมือระหว่างประเทศไต้หวันและสหรัฐอเมริกา เป็น Protein subunit ผลิตโดยใช้ recombinant S-2P spike protein P และมี Adjuvant คือ CpG 1018 (Adjuvant นี้เคยใช้กับ Hepatitis B Vaccine โดย Dynavax) ฉีด ๒ เข็ม ห่างกันอย่างน้อย ๔ อาทิตย์ แต่ในขณะนี้ยังไม่ผ่านการรับรองจากองค์การอนามัยโลก โดยอนุมัติใช้แบบ EUA ในไต้หวัน ซึ่งเริ่มทำ Clinical Trial Phase ๑ เมื่อ ตุลาคม ๒๕๖๓ ต่อด้วย Phase ๒ ในเดือน มกราคม ๒๕๖๔ Phase ๓ ในเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๔ ที่ประเทศปารากวัย Preliminary result จาก Phase ๑ พบว่า วัคซีนกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดี (robust immune system response) และเริ่มฉีดให้คนไต้หวัน ในรูปแบบ EUA ในช่วงเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๔ โดยที่ยังไม่มีข้อมูล Clinical Trial Phase ๓

ประสิทธิภาพของวัคซีน พบว่า Seroconversion rate ๙๙.๘ % ที่ ๒๘ วัน หลังรับวัคซีนเข็มที่สอง ในทุกกลุ่มอายุ (๒๐ -๖๕ ปี, ๓,๘๐๐ คน) (GMT = ๖๖๒ , GMT ration = ๑๖๓)

การอนุญาตให้ผู้รับ Medigen เข้าประเทศ สำหรับผู้ได้รับ Medigen ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถเดินทางเข้า New Zealand, Palau, Indonesia, and Belize (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ พ.ย. ๖๔)

มติที่ประชุม: คณะกรรมการด้านวิชาการฯ พิจารณาแล้ว มีมติเห็นชอบการอนุญาตให้ผู้เดินทางจากต่างประเทศ ที่ได้ MCV COVID -19 (Medigen) ครบตามเกณฑ์ เดินทางเข้าราชอาณาจักร ตามมาตรการที่กำหนด

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม :

๑) ครอบอนุญาตให้เข้ามาในรูปแบบ Sandbox ที่มีการกักตัวก่อน และกำหนดระยะเวลาในการกักตัว และการตรวจหาเชื้อที่เหมาะสม

๒) ควรมีการศึกษา ทบทวนข้อมูลเพิ่มเติมจากประเทศอื่น ที่ได้อนุญาตให้ผู้เดินทางจากต่างประเทศที่ได้ MCV COVID -19 (Medigen) ครบตามเกณฑ์ เดินทางเข้าราชอาณาจักรได้

๓) เสนอ สปก.ศบค. พิจารณาประเด็นดังกล่าวต่อไป

๔.๓ ความปลอดภัยของผู้เข้ารับในการตรวจหาระดับแอลกอฮอล์ โดยใช้เครื่องตรวจจากลมหายใจ

นายแพทย์พงศ์ธร ขาดพิทักษ์ รองผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำเสนอความปลอดภัยของผู้เข้ารับในการตรวจหาระดับแอลกอฮอล์ โดยใช้เครื่องตรวจจากลมหายใจ สรุปดังนี้

เทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๖๔ จำนวนอุบัติเหตุปีใหม่ มีแนวโน้มที่ลดลงจาก ๔,๕๐๐ ครั้ง เหลือ ๓,๐๐๐ ครั้ง แต่สัดส่วนของนักดื่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยง (ปี ๒๕๕๐ - ๒๕๖๔) พบว่า ดื่มแล้วขับ คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๗ และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่ามีผู้ที่ดื่มแล้วขับ ประมาณร้อยละ ๓๔ การดื่มสุรากับอุบัติเหตุทางถนนของเยาวชนอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ผลการตรวจพบปริมาณแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะของผู้ที่อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี พบว่า เกินกฎหมายกำหนด ๘๓.๔๒ % และไม่เกินกฎหมายกำหนด ๑๖.๕๘ % การบาดเจ็บ และเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ของเยาวชนอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ที่ดื่มแล้วขับ พบว่า การบาดเจ็บและเสียชีวิตคิดเป็น ๑๐ ของเยาวชนที่ดื่มแล้วขับในกลุ่มที่ขับขี่รถจักรยานยนต์

คาดการณ์ผลกระทบภายหลังปลดล็อกโควิด 19 คาดว่าการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ดังนี้ ๑) ทำโปรโมชั่นเรียกลูกค้าโดยเฉพาะเยาวชน ๒) เกิดสถานประกอบการหน้าใหม่ ๓) เมาเร็วขึ้น เพราะให้ขายเหล้าถึงเวลา ๒๑.๐๐ น.

๔) ไม่มีเคอร์ฟิว คนจะออกมาฉลองมากขึ้น และ ๕) การกระตุ้นการใช้จ่ายของภาครัฐ และอาจเกิดการแพร่กระจายของโควิด 19 จากคลัสเตอร์แหล่งท่องเที่ยว รวมทั้งการเดินทางมากขึ้นใช้ความเร็วเพิ่มขึ้น มีโอกาสตีมีแอลกอฮอล์ขณะขับเพิ่มขึ้น เพราะต้องพักกลับบ้านหลัง ๒๑.๐๐ น. สำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชน อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ประเทศไทยได้มีกฎหมายห้ามร้านค้าขายแอลกอฮอล์ให้กับเด็กและเยาวชน แต่จากข้อมูลยังพบว่า เยาวชน เมาแล้วขับ เกินกว่ากฎหมายกำหนดเกือบทั้งหมดมากกว่าร้อยละ ๘๓ ในส่วนของการดำเนินการทางกฎหมาย จากข้อมูลของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า การจับกุมคดีตีมีแล้วขับปีใหม่ ๖๔ ลดลงจากปี ๖๓ ถึงร้อยละ ๕๕ ผู้ขับที่มีแอลกอฮอล์ บาดเจ็บและเสียชีวิต ในช่วงปีใหม่ ปี ๖๔ เพิ่มขึ้นกว่าปี ๖๓ มากถึงร้อยละ ๑๗ และจากการสำรวจการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับรถหรือจักรยานยนต์ ในกรณีที่เคยถูกพนักงานจราจรตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจขณะขับหรือโดยสารรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ (ถามเฉพาะผู้ตีมีแล้วขับเท่านั้น) พบว่า มีผู้ได้รับการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจขณะขับหรือโดยสารรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ ในปี ๖๐ คิดเป็นร้อยละ ๖.๙๓ และในปี ๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๔.๐๓ ซึ่งถือว่าน้อยมาก

การบังคับใช้กฎหมายด้านตรวจแอลกอฮอล์ ดังนี้

๑) ปัจจุบัน ด้านตรวจ เน้นความโปร่งใส ตรวจสอบได้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูล ลดขั้นตอน การตั้งจุดตรวจไม่ซ้ำซ้อน

๒) จากข้อมูลในช่วงเทศกาล บ่งชี้ว่า การบังคับใช้กฎหมาย (การตั้งด่าน) มีส่วนช่วยลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการตีมีแล้วขับ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓) ตัวอย่างหลายประเทศ อาทิ เกาหลีใต้ สวีเดน ญี่ปุ่น ภายใต้สถานการณ์โควิด 19 ยังต้องตรวจตีมีแล้วขับหรือมีมาตรการอุปกรณ์เสริม การทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ยอมบาดเจ็บและเสียชีวิตลดลง

๔) เพื่อเตรียมรับการเปิดประเทศ โดยกำหนดมาตรการตั้งด่านที่สอดคล้องกับสถานการณ์ หาแรงเสริมจากการทำงาน เช่น ด้านชุมชน และสร้างความรู้ให้กับประชาชนในเรื่องมาตรการตั้งด่าน

แนวทางการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงเทศกาลปีใหม่ ๒๕๖๕ ใช้หลักในการรณรงค์ คือ ขับไม่ตีมี ตีมีไม่ขับ และคำขวัญรณรงค์ เทศกาลปีใหม่ ๒๕๖๕ คือ ๓ ม. ไม่เมา สวมหมวก ใส่มัส รวมทั้งมีการสร้างเกราะป้องกัน ๓ ด้าน ดังนี้ ๑) ด้านตนเอง ตระหนักและไม่ขับรถ หากตีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๒) ด้านชุมชน คัดกรองและประเมินคนเมาที่ขับขึ้นรถจักรยานยนต์ บนถนนเส้นรอง และ ๓) ด้านครอบครัว ตักเตือน และป้องกันไม่ให้คนเมาไปขับรถ ซึ่งได้มีมาตรการรณรงค์ช่วงเตรียมความพร้อมก่อน-ระหว่าง-หลัง เทศกาลปีใหม่ ๒๕๖๕ โดยจากแนวทางการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงเทศกาลปีใหม่ ๒๕๖๕ ข้อ ๖ มาตรการช่วงเทศกาล ปีใหม่ ๒๕๖๕ ข้อ ๖.๔ ขอความร่วมมือ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จัดตั้งจุดตรวจวัดแอลกอฮอล์และให้การสนับสนุนด้านชุมชนที่ขอความช่วยเหลือกรณีที่คนเมาปฏิเสธการตรวจอาการมีเมา

ประเด็นพิจารณา จากการประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ผู้แทนผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ และผู้แทนปลัดมทส.ไทย เสนอให้ประสาน ศบค. ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ทางลมหายใจมีความปลอดภัย และไม่เป็นการแหล่งแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขอให้เสนอฝ่ายวิชาการของ ศบค. ในการออกข้อแนะนำเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว

มติที่ประชุม: เห็นชอบในหลักการความปลอดภัยของผู้ขับขีในการตรวจหาระดับแอลกอฮอล์ โดยใช้เครื่องตรวจจากลมหายใจ

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม :

๑) แนะนำให้ใช้มาตรการ/แนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องตรวจวัดแอลกอฮอล์ทางลมหายใจ ตามที่สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

๒) ควรมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติในการตรวจหาระดับแอลกอฮอล์ โดยใช้เครื่องตรวจจากลมหายใจที่ชัดเจน และสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจได้ง่าย เช่น การใช้เครื่องเป่าวัดแอลกอฮอล์ทางลมหายใจในพื้นที่ที่ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน และแนะนำให้เป็นการใช้ในลักษณะการเป่าลมออก ไม่สูบลมเข้า เป็นต้น

๓) ควรมีการเปลี่ยน Mouth piece ทุกครั้งในแต่ละคน เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 แต่อาจจะต้องมีการเน้นย้ำให้มีการใส่ถุงมือ และใช้แอลกอฮอล์ ในการทำความสะอาดทุกครั้งที่เปลี่ยนอุปกรณ์

๔) ควรมีการศึกษาข้อมูลการติดเชื้อโควิด 19 จากการตรวจหาระดับแอลกอฮอล์ โดยใช้เครื่องตรวจจากลมหายใจ

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ

นัดหมายประชุมครั้งถัดไป วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๓๐ น.

เลิกประชุมเวลา ๑๖.๐๐ น.

นางสาวศิริพร ภาคหาญ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสุพินดา ตีระรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ผู้สรุปรายงานการประชุม
นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา
ตรวจสรุปรายงานการประชุม