

โครงการนำร่องการเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัส เพื่อรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง ปี 2565-2566

A pilot project to increase access to antiviral drug for treating chronic hepatitis C in 2022-2023

รวีสรา วรรณทอง

Rawisara Wanthong

ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์

Cheewanan Lertpiriyasuwat

สุชาดา เจียมศิริ

Suchada Jiamsiri

กาญจนา ศรีสวัสดิ์

Kanchana Srisawat

เตื่อนใจ นุชเทียน

Tuenjai Nuchtean

ฉัตรสุมน บุญมา

Chatsumon Boonma

ณัฐนิชา วัฒนานนท์

Natnicha Wanawananon

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Division of AIDS and STIs,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

DOI: 10.14456/dcj.2025.39

Received: April 4, 2025 | Revised: June 27, 2025 | Accepted: July 2, 2025

บทคัดย่อ

โรคไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง เป็นสาเหตุโรคตับแข็งและมะเร็งตับ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา การตรวจคัดกรองยังเข้าถึงได้น้อยเนื่องจากการคัดกรองยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ และพบข้อจำกัดผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษา กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กอพ.) ได้จัดทำโครงการนำร่องการเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสเพื่อรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง ปี 2565 ขึ้น วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี โดยใช้รูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยและให้การรักษาทันที โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ผ่านการอบรม (test and treat) ในพื้นที่ 3 จังหวัดนำร่อง โดย กอพ. สนับสนุนน้ำยาตรวจหาปริมาณไวรัสตับอักเสบ ซี ในเลือด (HCV viral load) และยาต้านไวรัสตับอักเสบ ซี ให้กับประชาชนที่มีผลการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (anti-HCV) เป็นบวก ให้ได้รับการตรวจ HCV viral load และในผู้ที่ไม่มีความแทรกซ้อนจะได้รับการรักษาด้วยยา 12 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ผ่านการอบรม และติดตามผลการรักษา เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เป็นผู้จัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานผลและบันทึกข้อมูลการรักษาลงในโปรแกรมรายงานผลวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา พบว่า ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรอง anti-HCV จำนวน 19,708 ราย มีผลตรวจ anti-HCV เป็นบวก ร้อยละ 2.2 (425 ราย) ในจำนวนนี้ได้ตรวจ HCV viral load ร้อยละ 96.2 มีผลบวก ร้อยละ 87.5 (358 ราย) ได้ส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาทันที ที่ รพช. ร้อยละ 98.6 (353 ราย) และไม่ได้รักษาด้วยยา 5 ราย เนื่องจาก 2 ราย มีภาวะตับแข็งถูกส่งต่อไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และ 3 ราย ปฏิเสธการรักษา มีผู้ป่วยได้รับประทานยาครบและติดตามผล

system to reduce referral costs from local service units. Finally, guidelines for managing hepatitis C should be developed to enhance understanding and efficiency among provincial staff.

Correspondence: Rawisara Wanthong

E-mail: rawis2562@gmail.com

คำสำคัญ

โรคไวรัสตับอักเสบ ซี, การเข้าถึง,
ยาต้านไวรัสโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

Keywords

Viral hepatitis C, Access, Antivirals drug
for hepatitis C

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นสาเหตุให้เกิดโรคตับอักเสบเรื้อรัง ภาวะตับแข็ง ตับวาย มะเร็งตับทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2019 มีการคาดประมาณประชากรที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี 58 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี รายใหม่ 1.5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องเนื่องจากไวรัสตับอักเสบ ซี 288,000 คน⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกตระหนักถึงปัญหานี้จึงได้กำหนดให้การป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ประเทศต่างๆ ควรได้เร่งรัดจัดการให้ปัญหาลดขนาดลงให้ได้โดยเร็ว และสามารถกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ให้ได้ภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) โดยกำหนดให้ลดอุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อรายใหม่ไวรัสตับอักเสบ ซี ร้อยละ 80 และลดอัตราการตายลงร้อยละ 65 เมื่อเทียบกับข้อมูลพื้นฐานปี 2558⁽²⁾

สำหรับประเทศไทย ยังไม่มีระบบฐานข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี มีเพียงข้อมูลจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 ที่คาดประมาณว่า มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรังจำนวน 3-4 แสนคน พบความชุกร้อยละ 0.39⁽³⁾ และจากการสำรวจการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี โดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี พ.ศ. 2565 พบว่า ตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี จำนวน 46,572 ราย ผลบวก 354 ราย (ร้อยละ 0.75) ได้ตรวจหาปริมาณเชื้อในเลือด เพียง 53 ราย (ร้อยละ 14.97) พบผู้ติดเชื้อ 37 ราย (ร้อยละ 69.81)⁽⁴⁾ และจากการศึกษา Risk Factors for the

Development of Hepatocellular Carcinoma in Thailand ในปี พ.ศ. 2558 กล่าวว่า ผู้ป่วย HCV ประมาณ 16% พัฒนาไปเป็นโรคตับแข็งที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งตับภายใน 5 ปี หลังได้รับการวินิจฉัย และมีความเสี่ยงสะสมในการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ ถึง 60% ภายใน 10 ปี ยังพบว่าไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งตับถึงประมาณร้อยละ 10-25%⁽⁵⁾ และจากข้อมูลสถิติมะเร็งตับในประเทศไทยจาก GLOBOCAN ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดของคนไทย โดยพบมะเร็งตับอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 3 ในเพศหญิง⁽⁶⁾

ผู้ติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคปรากฏจนกว่าสภาพตับจะเสื่อมมากหรือเมื่อโรคเริ่มพัฒนาเข้าสู่ภาวะตับแข็ง (cirrhosis) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที นอกจากนี้ ยังพบว่า ไวรัสตับอักเสบซีเป็นสาเหตุหลัก (ร้อยละ 25) ของโรคมะเร็งเซลล์ตับ (hepatocellular carcinoma หรือ HCC) ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยการให้ยาต้านไวรัสพบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาให้หายขาดอยู่ที่ ร้อยละ 95⁽⁷⁾ และในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยเริ่มใช้ยาต้านไวรัสชนิด direct acting antivirals (DAAs) เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (บัญชียา จ.2) มีชื่อว่า sofosbuvir/velpatasvir (Sof/Vel) ซึ่งเป็นยารักษาหลักที่ใช้ในระบบสุขภาพของประเทศไทย และยาดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี โดยรับประทานเพียง 12 สัปดาห์ แต่ในขณะที่ดำเนินงานโครงการนี้

ในปี พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลสามารถจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้ตามเงื่อนไขการส่งจ่ายยาตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเท่านั้น หากผู้ป่วยที่ไม่เข้าเงื่อนไขจะยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสทันที ยกตัวอย่างเงื่อนไขของการได้รับยาต้านไวรัสตับอักเสบ ซี เช่น ประชาชนที่มีผลตรวจยืนยัน HCV viral load ที่มีผลบวก ต้องได้ค่าตั้งแต่ 5,000 IU/ml ขึ้นไป จึงจะเข้าเกณฑ์เงื่อนไขการรักษาตามสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงข้อจำกัดการตรวจรักษายังมีหลักเกณฑ์แพทย์ที่ส่งจ่ายยาได้ ต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีอยู่ในโรงพยาบาลแม่ข่ายเท่านั้น ถึงแม้ผู้ติดเชื้อบางส่วนจะได้รับการตรวจจนทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองแต่บางรายก็ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งในอนาคต

ในปี พ.ศ. 2565 กรมควบคุมโรค ได้เห็นความสำคัญในประเด็นนี้ จากข้อจำกัดดังกล่าว ได้มีการเร่งรัดการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบในประเทศไทย โดยมุ่งเน้นส่งเสริมให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เข้าถึงการตรวจคัดกรองเพื่อทราบสถานะการติดเชื้อ สามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาเข้าถึงยาได้สะดวก รวดเร็ว ทันเวลา ก่อนจะมีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น โดยคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส มีมติในการประชุมครั้งที่ 1/2565 เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2565 เห็นชอบ “แนวทางการวินิจฉัยรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธี test and treat” และ “รูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธี test and treat” จึงได้มอบหมายให้กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กอพ.) กรมควบคุมโรค เสนอแนวทางและรูปแบบการจัดบริการดังกล่าว เพื่อให้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติพิจารณา ต่อมากรมควบคุมโรคได้เสนอ “แนวทางการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธี test and treat” ในการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2565 วันที่ 9 มีนาคม 2565 ที่ประชุมมีมติเห็นชอบ “แนวทางการรักษาโรคไวรัส

ตับอักเสบ ซี ด้วยวิธี test and treat” และ “รูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธี test and treat” โดยเป็นรูปแบบการจัดบริการคัดกรองตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (anti-HCV) เป็นบวกจะถูกส่งต่อไปวินิจฉัย และรักษาในโรงพยาบาลชุมชน โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ผ่านการอบรมด้านโรคไวรัสตับอักเสบ ซี กลุ่มเป้าหมายจะได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยการตรวจ HCV viral load หากพบว่าป่วยโดยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส Sof/Vel ดังนั้น เพื่อให้แนวทางดังกล่าวนำไปสู่การปฏิบัติ กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงได้จัดทำ “โครงการนำร่องการเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสเพื่อรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เรือธง ปี 2565” ขึ้น เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมในพื้นที่นำร่อง 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดนันทบุรี โดยสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี และทราบสถานะการติดเชื้อได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยใช้รูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธี test and treat บูรณาการไปกับการจัดระบบบริการรักษาในระบบปกติ ในพื้นที่นำร่อง 3 จังหวัด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง และการเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่จังหวัดนำร่อง โดยใช้รูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยและให้การรักษาทันที โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ผ่านการอบรม (test and treat) ในช่วงระหว่าง 1 มีนาคม 2565-30 ธันวาคม 2566

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ทุกคน และผู้ที่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่นำร่อง 3 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ อุดรธานี และนันทบุรี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ที่มี anti-HCV ผลเป็นบวก

ได้รับการตรวจ HCV viral load และส่งต่อผู้ป่วย ไปเพื่อรักษาในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ตามรูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วยวิธี test and treat โดยให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ที่ผ่านการอบรมเรื่องการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี สามารถจ่ายยาได้ และมีการติดตามจนทราบผลการรักษา โดยเจ้าหน้าที่ในพื้นที่จังหวัดน่านรองเป็นผู้จัดเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการในพื้นที่น่านรอง โดย กอพ. ให้การสนับสนุนน้ำยาสำหรับตรวจหาปริมาณเชื้อ HCV viral load รวมทั้งสนับสนุนยาต้านไวรัส sofosbuvir/velpatasvir และ ribavirin ให้กับหน่วยบริการในพื้นที่ จัดอบรมและประชุมชี้แจงแนวทางและรูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เร็วจริง ด้วยวิธี test and treat ในโครงการ และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้กับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดน่านรอง ดำเนินการตั้งแต่มีนาคม พ.ศ. 2565 และให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาต้านไวรัส sofosbuvir/velpatasvir เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะตับแข็งต้องมีการรับประทานยาต้านไวรัส Ribavirin ร่วมด้วย การดำเนินงานตามรูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วยวิธี test and treat ในโครงการดังกล่าว มีขั้นตอนดังนี้

1. เครือข่ายในพื้นที่จังหวัดน่านรองเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อ และส่งต่อการคัดกรองให้กับหน่วยบริการในพื้นที่

2. รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit; PCU) หรือโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เจาะเลือดปลายนิ้วตรวจหา anti-HCV โดยการตรวจด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็ว หรือ rapid

diagnostic test (RDTs) เป็นวิธีการตรวจที่ง่าย รวดเร็ว ใช้อุปกรณ์น้อย และมีราคาถูก สามารถทำการตรวจที่จุดบริการ เหมาะกับโรงพยาบาลขนาดเล็ก ปัจจุบันชุดตรวจ RDTs มีความไวสูงมากกว่าร้อยละ 95 และมีความจำเพาะสูงมากกว่าร้อยละ 99 เมื่อเทียบกับค่าอ้างอิงมาตรฐาน จึงควรเลือกใช้ชุดตรวจ RDTs ที่มีมาตรฐานที่ยอมรับ เช่น ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก หรือ เลือกใช้ชุดตรวจที่ได้รับการทดสอบว่ามีความไวและความจำเพาะสูง ผ่านการขึ้นทะเบียนและรับรองมาตรฐานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย

กรณีผล anti-HCV เป็นบวก โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป ดำเนินการเจาะเลือดส่งตรวจยืนยัน HCV viral load โดย กอพ. สนับสนุนน้ำยาตรวจ HCV viral load ในกรณีที่ตรวจไม่ได้ ให้ส่งตัวอย่างไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่จังหวัดน่านรอง

3. ผู้ป่วยที่พบผลบวกจากการตรวจ HCV viral load หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการตรวจพบปริมาณของไวรัสตับอักเสบบี ในเลือดได้ค่าต่ำสุดที่เครื่องมือวัดได้ทุกค่า ทั้งนี้ขึ้นกับวิธีการตรวจและเครื่องมือที่ใช้ ซึ่งผู้ที่มีค่าเป็นบวกจะถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพช. ในพื้นที่ตามสิทธิการรักษา หากผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยควรได้รับยาต้านไวรัสทุกราย โดยใช้แบบฟอร์มการส่งต่อของแต่ละหน่วยบริการ โดยมีรูปแบบการจ่ายยารักษาในโครงการดังนี้

- กรณีที่ 1 ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาตามแนวทางกำกับกับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ด้วยยา sofosbuvir/velpatasvir และ ribavirin ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (บัญชียา จ.2) ปี พ.ศ. 2564 ดังนี้ 1) อายุอยู่ในช่วง 18-70 ปี 2) ปริมาณไวรัสมากกว่า 5,000 IU/mL 3) มี significant fibrosis 4) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าเกณฑ์ที่บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด 5) ไม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง 6) ไม่ใช่ยาเสพติดชนิดฉีด และ 7) ไม่เป็นต่างชาติ ให้มีการรับยาต้านไวรัสตามสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือประกันสังคม

- กรณีที่ 2 ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาตามแนวทางกำกับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยยา sofosbuvir/velpatasvir และ ribavirin ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (บัญชียา จ.2) ปี พ.ศ. 2564 จากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับยาที่กรมควบคุมโรคสนับสนุน และใช้รูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษา ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธี test and treat

4. การประเมินผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นขั้นตอนการประเมิน อาการ และระยะของโรค และความพร้อมของผู้ป่วยในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ยกขึ้น ควรส่งต่อเพื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหารเป็นผู้พิจารณาให้การรักษา โดยผู้ป่วยที่ควรส่งต่อ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี และรักษาหายมาก่อน 2) ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยต้านไวรัสกลุ่ม (DAAs) มาก่อน 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็ง 4) ผู้ป่วยที่ภาวะไตวายเรื้อรังที่มีค่า eGFR น้อยกว่า 30 ml/min/1.7m² 5) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ร่วมด้วย และ 6) ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตับ

4.1 หากผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์แล้วว่าไม่ต้องส่งต่อเพื่อให้แพทย์เฉพาะทางด้านระบบทางเดินอาหารดูแล ให้มีการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ใน รพช.หรือ รพท. ในจังหวัดน่านร่อง สามารถเริ่มรักษาด้วย sofosbuvir/velpatasvir 12 สัปดาห์โดยดำเนินการเจาะเลือดส่งตรวจประเมินไวรัสหลังการรักษาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ และให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบบันทึกผลการรักษาผ่านโปรแกรมการบันทึกข้อมูลของโครงการ

4.2 หากผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าต้องส่งต่อเพื่อให้แพทย์เฉพาะทางด้านระบบทางเดินอาหารดูแลให้ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่รับผิดชอบ กรณีมีภาวะตับแข็ง ให้ได้รับยา sofosbuvir/velpatasvir และ ribavirin รักษา 12 สัปดาห์ ตรวจประเมิน HCV viral load หลังรักษาเสร็จสิ้นนานอย่างน้อย

น้อย 12 สัปดาห์ หรืออย่างน้อย 3 เดือน รพช. หรือ รพท. ดูแลภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังรักษาหาย และให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบบันทึกผลการรักษาผ่านโปรแกรมการบันทึกข้อมูลของโครงการ ซึ่งผู้ป่วยที่รักษาหายจากโรคไวรัสตับอักเสบ ซี จะทำให้สามารถกลับสู่ชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพและไม่พัฒนาเป็นมะเร็งในอนาคต

กอพ. ได้พัฒนาแบบรายงาน และโปรแกรมการรายงานผลการโครงการนำร่องฯ โดยผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่จังหวัดน่านร่อง เช่น เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. หรือผู้รับผิดชอบของ รพช. และหรือในบางพื้นที่ เจ้าหน้าที่จาก สสจ. ช่วยบันทึกข้อมูลในโปรแกรม ซึ่งมีรหัสผ่านเข้าใช้งานในการเข้าถึงโปรแกรม เพื่อรักษาความลับของกลุ่มเป้าหมาย และทีมงาน กอพ. ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จากการดำเนินงานโครงการนำร่องการเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสเพื่อรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เรือจริง ปี 2565 พบว่า ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวนทั้งสิ้น 19,708 ราย เพศชาย 8,648 ราย (ร้อยละ 43.9) เพศหญิง 10,946 ราย (ร้อยละ 55.5) อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:1.2 อายุเฉลี่ย 48.6 ปี มีอายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 25.8 อายุน้อยกว่า 30 ปีลงไป ร้อยละ 13.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.0 สัญชาติไทย ร้อยละ 99.8 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ คือ สมรส ร้อยละ 49.9 ประวัติมีโรคประจำตัว ร้อยละ 24.8 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่โครงการนำร่องการเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสเพื่อรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
เรื้อรัง ปี 2565 (n=19,708)

Table 1 General Information of the target population in the pilot project to increase access to antiviral drugs for treatment of chronic hepatitis C in 2022 (n=19,708)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8,648	43.9
หญิง	10,946	55.5
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men: MSM)	111	0.6
ผู้หญิงข้ามเพศ (Transgender person: TG)	3	0.01
อายุ (ปี)		
≤30 ปี	2,704	13.7
31-40 ปี	3,344	17.0
41-50 ปี	4,103	20.8
51-60 ปี	5,084	25.8
>60 ปี	4,442	22.5
ไม่ระบุ	31	0.2
(Mean=48.6 SD=14)		
อาชีพ		
รับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไป	5,524	28.0
เกษตรกรกรรม	3,303	16.8
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2,789	14.1
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	1,022	5.2
ว่างงาน/ไม่มีงาน	1,875	9.5
อื่น ๆ	510	2.6
ไม่ระบุ	4,685	23.8
สัญชาติ		
ไทย	19,668	99.8
พม่า	17	0.08
ลาว	17	0.09
ไม่ระบุ	6	0.03
สถานภาพสมรส		
แต่งงาน/มีคู่	9,816	49.9
โสด	5,218	26.5
หม้าย/หย่า/แยก	1,683	8.5
ไม่ระบุ	2,991	15.1
โรคประจำตัว		
มี	4,890	24.8
ไม่มี/ไม่ทราบ/ไม่ระบุ	14,818	75.2

ข้อมูลการเข้าถึงตรวจคัดกรองและเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองหา anti-HCV จำนวนทั้งสิ้น 19,708 ราย พบมีผลเป็นบวก จำนวน 425 ราย (ร้อยละ 2.2) ในจำนวนนี้ได้รับการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในเลือด จำนวน 409 ราย (ร้อยละ 96.2) มีผลบวก จำนวน 358 ราย (ร้อยละ 87.5) และได้ส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา จำนวน 353 ราย (ร้อยละ 98.6) และไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 5 ราย เนื่องจาก 2 ราย มีภาวะตับแข็ง ถูกส่งต่อไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และ 3 ราย ปฏิเสธการรักษาเนื่องจากการย้ายถิ่นที่ทำงาน

และพบว่าผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 353 ราย (ร้อยละ 98.6) มีการติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างน้อย 12 สัปดาห์ มีจำนวนผู้ป่วยได้รับประทานยาครบ 12 สัปดาห์ จำนวน 292 ราย (ร้อยละ 82.7) และติดตามต่อ อย่างน้อย 12 สัปดาห์ เพื่อตรวจหาปริมาณไวรัสตับอักเสบ ซี อีกครั้ง พบว่า มีหายขาด (sustained virological response: SVR) จำนวน 278 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.2 และพบผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.8 ซึ่งได้มีการส่งต่อไปแพทย์เฉพาะทางด้านระบบทางเดินอาหารดูแลต่อไป รายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี โครงการนำร่องการเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสเพื่อรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เรือรัง ปี 2565 (n=19,708)

Table 2 Number and percentage of hepatitis C screening in the pilot project to increase access to antiviral drugs for treatment of chronic hepatitis C in 2022 (n=19,708)

ข้อมูลการคัดกรอง	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี		
เคยตรวจ	1,344	6.8
ไม่เคยตรวจ	17,290	87.7
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	1,074	5.4
ผลการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (Anti-HCV)		
ผลลบ	19,283	97.8
ผลบวก	425	2.2
ผลการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (Anti-HCV) ในคนที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง (n=17,290)		
ผลลบ	17,230	99.7
ผลบวก	60	0.3
การตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในเลือด (n=425)		
ได้ตรวจ	409	96.2
ไม่ได้ตรวจ	16	3.8
การตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในเลือด ในคนที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง (n=60)		
ได้ตรวจ	59	98.3
ไม่ได้ตรวจ	1	1.7
ผลการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในเลือด (n=409)		
ผลลบ	51	12.5
ผลบวก	358	87.5
ผลการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในเลือด ในคนที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง (n=59)		
ผลลบ	4	6.8
ผลบวก	55	93.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี โครงการนำร่องการเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสเพื่อรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง ปี 2565 (n=19,708) (ต่อ)

Table 2 Number and percentage of hepatitis C screening in the pilot project to increase access to antiviral drugs for treatment of chronic hepatitis C in 2022 (n=19,708) (Continue)

ข้อมูลการคัดกรอง	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (n=358)		
ได้รับยาต้านไวรัส	353	98.6
ไม่ได้รับยาต้านไวรัส/ไม่ประสงค์รักษา	5	1.4
การติดตามผลการรักษา (n=353)		
ติดตามได้	292	82.7
ไม่สามารถติดตามผลได้	61	17.3
ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (n=292)		
หาย	278	95.2
ไม่หาย	14	4.8

เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุในกรณีที่มีผลการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในเลือด (HCV RNA) เป็นบวก จำนวน 358 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 89.9 รองลงมาคือ อายุ มากกว่า 60 ปี ร้อยละ 89.2 และอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 88.9 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุในกรณีการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส และทราบผลการรักษา จำนวน 292 ราย พบว่า หายขาด จำนวน 278 ราย ร้อยละ 95.2 ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือ อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 98.7 และอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 95.6 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผู้ที่มีผลตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (Anti-HCV) เป็นบวก ผลการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดเป็นบวก ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสและผลการรักษา

Table 3 Number and percentage of Anti-HCV (positive), viral load (positive), antiviral treatment, and result of treatment

อายุ	Anti-HCV (+VE)	Anti-HCV (+VE) rate	HCV RNA (+VE)	HCV RNA (+VE) rate	รับยาต้านไวรัส	ผลการรักษา (ราย)			
						หาย	ร้อยละ	ไม่หาย	ร้อยละ
≤30 ปี	55	12.9	41	78.8	30	30	100	-	-
31-40 ปี	61	14.3	53	89.8	44	39	88.6	5	11.3
41-50 ปี	125	29.4	105	88.9	91	87	95.6	4	4.3
51-60 ปี	117	27.5	101	87.8	83	82	98.7	1	1.2
>60 ปี	66	15.5	58	89.2	44	40	90.9	4	9.0
ไม่ระบุ	1	0.2	-	-	-	-	-	-	-
รวม	425	2.2	358	87.5	292	278	95.2	14	4.7

เมื่อพิจารณาผู้ป่วยที่ได้รับยาตามเกณฑ์ของโครงการพบว่า เข้าเกณฑ์การรักษาตามชุดสิทธิประโยชน์ และเข้าสู่กระบวนการรักษาตามแนวทางของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 50.4 (178 คน) และผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ที่จะเข้าถึงการรักษาตามชุดสิทธิประโยชน์ จะได้รับการประเมินการรักษาจากแพทย์

ด้วยรูปแบบการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธี test and treat และได้รับยาต้านไวรัส ที่กรมควบคุมโรคกำหนด ร้อยละ 49.5 (175 คน) เมื่อพิจารณาเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์รับยาต้านไวรัสตามเงื่อนไขที่บัญชียาหลักแห่งชาติ (บัญชียา จ.2) ปี 2564 ได้กำหนดไว้ พบว่า มีข้อมูลเพียง 57 คน

ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เข้าเกณฑ์ ร้อยละ 20.0 (35 คน) และไม่มี significant fibrosis ร้อยละ 12.5 (22 คน)

วิจารณ์

จากการดำเนินงานโครงการนำร่องการเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสเพื่อรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เรือธง ปี พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโครงการเป็นเพศชาย และเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ประกอบอาชีพ รับจ้าง/ลูกจ้างทั่วไปมากที่สุด

มีประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (anti-HCV) เพียงร้อยละ 6.8 และไม่เคยตรวจถึง ร้อยละ 87.7 อาจเนื่องจากผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการจนกว่าจะมีการเสื่อมของตับมาก ซึ่งใช้เวลานานกว่า 10-20 ปี หลังการติดเชื้อจึงจะเริ่มแสดงอาการ โดยอาการที่สังเกตเห็นได้ชัด คือ อ่อนเพลีย ซึ่งตอนนั้นก็มักเกิดภาวะตับแข็งเกิดขึ้นและอาจตรวจพบเป็นมะเร็งตับ เหตุผลหลักมาจากการติดเชื้อ HCV จะเข้าไปทำลายตับของผู้ป่วย แต่ตับสามารถทำงานทดแทนส่วนที่เสียหายได้ ผู้ป่วยส่วนมากจึงไม่รู้สึกลถึงความผิดปกติแม้ว่าตับถูกทำลายไปเกินกว่าครึ่งหนึ่งแล้วก็ตาม⁽⁸⁾ และอีกสาเหตุคือ การคัดกรอง anti-HCV ในปี พ.ศ. 2565 นั้นยังไม่ได้บรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หากประชาชนมีความต้องการตรวจเองโดยที่ไม่มีอาการต้องจ่ายเงินเอง อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มาโรงพยาบาลเพื่อคัดกรองเพื่อทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง ดังนั้นการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันที สามารถลดความรุนแรงของโรคได้

เมื่อพิจารณาผลการคัดกรอง anti-HCV เป็นบวกร้อยละ 2.2 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Liakina และ Valentina⁽⁹⁾ ที่ศึกษาเรื่อง anti-HCV prevalence in the general population of Lithuania ที่พบผล Anti-HCV ร้อยละ 2.78 และการศึกษาของพนารัตน์ เพียงปราษฎ⁽¹⁰⁾ ในปี พ.ศ. 2567 พบร้อยละ 2.5 และมีค่าสูง

กว่าการศึกษาของ รุจิพัชร วลีชัญญเกษม และคณะ⁽³⁾ ที่สำรวจในประชากรในปี พ.ศ. 2557 มีผล anti-HCV บวก ร้อยละ 0.94 และในกลุ่มอายุ 41-50 ปี พบผลบวก ร้อยละ 2.72 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับโครงการในครั้ง นี้ที่พบผลบวกในกลุ่มอายุ 41-50 ปี มากที่สุดเช่นกัน แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของชิวันันท์ และคณะ⁽⁴⁾ ที่ศึกษาในปี พ.ศ. 2565-2566 พบผล anti-HCV ร้อยละ 0.76 และ 1.34

ผลการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดพบเป็นบวก ร้อยละ 87.5 แตกต่างจากการศึกษา Viejo และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบผลการตรวจยืนยันเพียง ร้อยละ 43.3 การศึกษาของ รุจิพัชร วลีชัญญเกษม และคณะ⁽³⁾ พบ ร้อยละ 41.07 และการศึกษาของชิวันันท์ และคณะ⁽⁴⁾ พบร้อยละ 69.81 และ 52.32 และเมื่อพิจารณาแยกกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง พบมีผลการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดเป็นบวก ร้อยละ 93.22

จากการติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่าผู้ป่วยตรวจไม่พบไวรัสในเลือดหลังได้รับยาครบตามเกณฑ์ อย่างน้อย 12 สัปดาห์ หรืออย่างน้อย 3 เดือน หมายถึง หายขาดถึง ร้อยละ 95.2 สอดคล้องกับการศึกษาของพรพยอม นุ่มประพฤติ⁽¹²⁾ พบผลการรักษาหาย ร้อยละ 96.0 และการศึกษาของ Pin-Nan Cheng และคณะ⁽¹³⁾ พบว่า หาย ร้อยละ 99.4 แตกต่างจากการศึกษาของนนธนิท และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบการรักษาหาย ร้อยละ 90.8

จากการดำเนินงานโครงการครั้งนี้พบว่า ประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ถึง 19,708 ราย พบผลบวก 425 ราย และได้รับการส่งตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสมีผลบวกถึง 358 ราย (ร้อยละ 87.5) ผู้ติดเชื้อทุกรายถูกส่งเข้าสู่ระบบการรักษาและได้รับยาต้านไวรัสทันที 353 คน (ร้อยละ 98.6) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ที่จะเข้าถึงการรักษาตามชุดสิทธิประโยชน์และได้รับการประเมินการรักษาจากแพทย์ด้วยรูปแบบการตรวจวินิจฉัย และรักษาด้วยวิธี test and treat โดยแพทย์ส่งจ่ายยาเป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรมใน รพช. หรือ รพท.

ถึงร้อยละ 49.5 (175 คน) จะเห็นว่า การดำเนินการโครงการนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและได้รับยาต้านทันที ก่อนที่การดำเนินของโรคจะรุนแรงขึ้น ดังนั้นควรขยายแนวทางการดำเนินงานดังกล่าวให้ครอบคลุมทุกจังหวัด

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพนารัตน์เพียงปราชญ์⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาผลสัมฤทธิ์ในการรักษาไวรัสตับอักเสบซี ด้วยรูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษา ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ด้วยวิธี test and treat ในโรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า วิธีการดำเนินงาน test and treat มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงการรักษาและลดระยะเวลาในการรักษา เมื่อเทียบกับวิธีเดิม แม้ว่าอัตราการหายของโรคจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการศึกษาของของปฐมฤกษ์แสงเงิน⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและทีมพยาบาลที่ได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยตับอักเสบ มีความคุ้มค่าต่อการรักษาและสามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่ที่อยู่ห่างไกลภูมิลาเนา

ข้อจำกัดโครงการ

1. การเก็บข้อมูลโครงการผ่านโปรแกรมรายงานผลที่ กอพ. พัฒนาขึ้น ซึ่งไม่ได้เก็บผ่านระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลปกติ โดยมีการให้ผู้รับผิดชอบงานจาก รพช. หรือ รพช. และ สสจ. ในพื้นที่จังหวัดน่านต้องรายงานข้อมูลเพิ่มเติมจากงานปกติซึ่งต้องใช้ระยะเวลาเพิ่มภาระการทำงาน

2. การสื่อสารแผนงานและการดำเนินการของโครงการไม่ชัดเจนและเพียงพอต่อผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดน่านทำให้เกิดความสับสน

3. ช่วงแรกของการดำเนินงานโครงการไม่มีแนวทางการรักษา การให้ยา และการส่งต่อผู้ติดเชื้อที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม แต่ให้แพทย์เฉพาะทางด้านระบบทางเดินอาหารอบรมให้แพทย์ทั่วไปในจังหวัดน่านที่จะดูแลรักษา โดยอ้างอิงจากแนวทางของ สปสช. จึงส่งผลให้แพทย์ขาดความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในการ

รักษาและการจ่ายยาให้ผู้ติดเชื้อ รวมถึงการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการน่าน

1. พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการคัดกรองและรักษาให้เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ จะช่วยให้สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาไปแล้ว

2. พัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรอง การเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่จังหวัดน่านให้มีความชัดเจน ลดความสับสนของผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้รูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยและให้การรักษาทันที test and treat โดยแพทย์ทั่วไปที่ผ่านการอบรม ใน รพช. หรือ รพท. สามารถรักษาและจ่ายยาได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีโรคแทรกซ้อน และควรขยายการใช้แนวทางดังกล่าวให้ครอบคลุมทุกจังหวัด ซึ่งจากการดำเนินงานโครงการพบว่า ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองและเข้าถึงการรักษาเร็วขึ้น

3. การสร้างระบบการส่งต่อการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในระดับจังหวัด การอบรมแพทย์ใน รพช. เรื่องการรักษา การจ่ายยา บุคลากรการตรวจทางห้องปฏิบัติการกับระบบการส่งตรวจปกติเพื่อลดค่าใช้จ่าย และสร้างระบบให้คำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางด้านระบบทางเดินอาหารในโรงพยาบาลแม่ข่าย ควรขยายการดำเนินการดังกล่าวให้ครอบคลุมทุกจังหวัด

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่จังหวัดน่านได้รับการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ถึง 19,708 ราย พบมีผลตรวจ anti-HCV เป็นบวก ร้อยละ 2.2 (425 ราย) ในจำนวนนี้ได้ตรวจ HCV viral load ร้อยละ 96.2 (409 ราย) และพบผลยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นบวกถึง ร้อยละ 87.5 (358 ราย) ได้ส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาที่ รพช. ทันทีทุกราย โดยผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 98.6 (353 ราย) และไม่ได้รับการรักษาด้วยยา 5 ราย เนื่องจาก 2 ราย มีภาวะตับแข็งถูกส่งต่อไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และ 3 ราย ปฏิเสธการรักษาจากผลการศึกษาครั้งนี้ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ในพื้นที่นำร่องได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี และพบผู้ติดเชื้อได้รับการส่งต่อรักษาทันทีใน รพช. โดยแพทย์ทั่วไปที่ผ่านการอบรมสามารถรักษาและจ่ายยาได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีโรคแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้เร็วและง่ายขึ้น ดังนั้น ควรเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยให้ได้มากขึ้น และนำผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันที และจากการติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีผลการรักษาหายถึงร้อยละ 95.2 (278 ราย) ดังนั้น การใช้รูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธี test and treat ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด เพื่อเพิ่มการตรวจคัดกรองและให้ผู้ติดเชื้อทุกรายสามารถรับยาต้านไวรัสได้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในรายที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน สามารถจ่ายยาได้ทันที โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ผ่านการอบรมใน รพช. ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาได้รวดเร็วขึ้น ลดความรุนแรงของโรคได้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Guidance for country validation of viral hepatitis elimination and path to elimination [Internet]. Geneva. World Health Organization; 2023 [cited 2024 Aug 26]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373186/9789240078635eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. Interim guidance for country validation of viral hepatitis elimination [Internet]. Geneva. World Health Organization; 2021 [cited 2024 Aug 27]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341652/9789240028395-eng.pdf?sequence=1>
- Wasitthanasem R, Posuwan N, Vichaiwattana P, Theamboonlers A, Klinfueng S, Vuthitanachot V, et al. Decreasing hepatitis C virus infection in Thailand in the past decade: evidence from the 2014 national survey. *PLoS One*. 2016;11(2):e0149362.
- Lertpiriyasuwat C, Jiamsiri S, Dithapan W, Nuchtean T, Srisawat K, Wanthong R, et al. Viral hepatitis B and C screening by collaboration of local administrative organization, 2022–2023. *Dis Control J*. 2024;50:589–99. (in Thai)
- Chitapanarux T, Phornphutkul K. Risk factors for the development of hepatocellular carcinoma in Thailand. *J Clin Transl Hepatol*. 2015;3(3):182–8.
- International agency for research on cancer, World Health Organization. Thailand cancer statistics 2022 [Internet]. [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf>
- Pilasant S, Leelahavarong P, Kulpokin D. A synthesis of policy recommendations on budgeting of implementing sofosbuvir/velpatasvir as a pan-genotypic regimen for the treatment of chronic hepatitis C in Thailand [Internet]. Nonthaburi. Health Systems Research Institute; 2020 [cited 2024 Aug 30]. Available from: <https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2021/12/SOF-VEL-Report.pdf>
- Mongkolwaj K, The development of self-health management system for hepatitis C infection patients during waiting for the treatment process at Lomsak hospital. *Phetchabun Medical Journal*. 2022;3:1–18. (in Thai)
- Liakina V, Valantinas J. Anti-HCV prevalence in the general population of Lithuania. *Med Sci Monit*. 2012;18(3):28–35.
- Piangpratch P. The development of self-health management system for hepatitis C infection pa-

- tients during waiting for the treatment process at Lomsak hospital. *Chaiyaphum Journal*.2024;44(2):13-26. (in Thai)
11. Viejo L, Herola A, Lloret I, Ruano F, Paulino I, Ivorra C, et al. Screening of hepatitis C virus infection in adult general population in Spain. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2018;30(9):1077-81.
12. Numpraphrut P. Effectiveness of Sofosbuvir-Velpatasvir Regimen in The Treatment of Patients with Chronic Hepatitis C Infection in Vachiraphuket Hospital. *Maharat Nakhon Si Thammarat Medical Journal*. 2024;8:149-61. (in Thai)
13. Pin-Nan Cheng, Lein-Ray Mo, Chun-Ting Chen, Chi-Yi Chen, Chung-Feng Huang, Hsing-Tao Kuo, et al. Sofosbuvir/Velpatasvir for Hepatitis C Virus Infection: Real-World Effectiveness and Safety from a Nationwide Registry in Taiwan. *Infect Dis Ther*. 2022;11:485-500.
14. Chaimongkol N, Kanjanarat P, Thongsawat S, Thetket K, Saewtrakool C. Effectiveness and Safety of Sofosbuvir/Velpatasvir and Barriers to Accessing Sofosbuvir/Velpatasvir among Patients with Hepatitis C Virus Infection: A Descriptive Study. *Thai Journal pharmacy practice*. 2024;16:1139-53. (in Thai)
15. Sangngean T. Chronic hepatitis C treatment outcome in Somdejpraputhayodfajulaloak Maharaj Fort Hospital from 2007-2014. *Maharakham Hospital Journal*. 2015;12:41-54. (in Thai)