นิพนธ์ต้นฉบับ **Original Article**

การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี โดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี พ.ศ. 2565-2566

Viral hepatitis B and C screening by collaboration of local administrative organization, 2022-2023

ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ Cheewanan Lertpiriyasuwat
สุชาดา เจียมศิริ Suchada Jiamsiri
วันทนีย์ ดิษฐปาน Wantanee Dithapan
เตือนใจ นุชเทียน Tuenjai Nuchtean
กาญจนา ศรีสวัสดิ์ Kanchana Srisawat
รวิสรา วรรณทอง Rawisara Wanthong
จุฑารัตน์ ชูเอียด Jutarat Chuoiad
ณัฐณิชา วณวนานนท์ Natnicha Wanawananon
ฉัตรสุมน บุญมา Chatsumon Boonma
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค *Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control*

DOI: 10.14456/dcj.2024.47
Received: July 12, 2024 | **Revised**: October 6, 2024 | **Accepted**: October 8, 2024

บทคัดย่อ

ในประเทศไทย คาดประมาณว่า พ.ศ. 2557 มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง 2.2 ล้านคน ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังประมาณ 3-4 แสนคน มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ เนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กอพ.) จึงได้เริ่มโครงการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการสนับสนุนประชากรเป้าหมายเข้ารับบริการ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานโครงการในช่วงระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566 กอพ. สนับสนุนชุดตรวจคัดกรองแบบเร็ว HBsAg และ Anti-HCV ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชากรที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อใน 76 จังหวัด เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบรายงานผล และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมรายงานผล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการดำเนินงาน พบว่า ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 มีผู้ถูกคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 43,402 ราย และ 138,594 ราย ไวรัสตับอักเสบซี จำนวน 46,572 ราย และ 146,823 ราย อายุเฉลี่ย 49 ปี และ 52 ปี พบผลบวกต่อการตรวจหาโปรตีนของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ร้อยละ 2.42 และ 2.43 ผลบวกต่อการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV) ร้อยละ 0.76 และ 1.34 ในจำนวนนี้ มีร้อยละ 14.97 และ 36.15 ได้ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสตับอักเสบซีในเลือด พบผลบวกร้อยละ 69.81 และ 52.32 ด้านการทำงานร่วมกับ อปท. พบว่า

อปท. ส่วนใหญ่สนับสนุนบุคลากร และสถานที่จัดบริการคัดกรอง รวมทั้งการประชาสัมพันธ์การบริการ มีบางแห่งสนับสนุนงบประมาณในการคัดกรอง ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ควรส่งเสริมให้ประชาชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตระหนักถึงอันตรายของโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ มีการระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการทำงานอย่างยั่งยืน รวมทั้งพัฒนาระบบส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษา

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ อีเมล : cheewananl@gmail.com

Abstract

In 2014, Thailand had an estimated 2.2 million chronic hepatitis B cases and around 300,000 to 400,000 chronic hepatitis C cases. A significant number of infected individuals remain without access to services because they are unaware of their infection. The Division of AIDS and STIs (DAS), Department of Disease Control, implemented a Hepatitis B and C screening project to enhance the participation of local administrative organizations (LAOs) in support of targeted population access to services. This article aims to present the project performance results from October 1, 2021 to September 30, 2023. DAS supported HBsAg and Anti-HCV rapid test kits for targeted populations born before 1992 or having risk of hepatitis B and C infection in 76 provinces. Local staff collected data by using a report form and recorded in a computer program. Data analysis used descriptive statistics. The results revealed that in fiscal years 2022 and 2023, 43,402 and 138,594 people were screened for hepatitis B, while 46,572 and 146,823 people were screened for hepatitis C. Their mean ages were 49 years and 52 years, respectively. Of these, 2.42% and 2.43% of participants tested positive for HBsAg, and 0.76% and 1.34% of participants tested positive for HCV antibody, respectively. Among anti-HCV positive participants, 14.97% and 36.15% were tested HCV Viral load and 69.81% and 52.32% of them were detected, respectively. For collaboration with LAOs, most of LAOs supported their personnels and places for the screening service, including promoting the service. Some LAOs supported their budget for the screening service. We recommend to promote awareness of people and local networks regarding dangers of hepatitis B and C infection in order to increase demand for service accessibility, mobilize the resources and ensure sustainable collaboration, including developing referral system for treatment.

Correspondence: Cheewanan Lertpiriyasuwat E-mail: cheewananl@gmail.com

คำสำคัญ
โรคไวรัสตับอักเสบบี และซี, การคัดกรอง, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Keywords
viral hepatitis B and C, screening, local administrative organization

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบบี และซี เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2019 ประชากรมากกว่า 350 ล้านคนในโลกมีภาวะตับอักเสบเรื้อรังจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะตับแข็ง ตับวาย และมะเร็งตับได้[1] มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี รายใหม่ 3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุที่เกี่ยวเนื่องจากไวรัสตับอักเสบบี และซี 1.1 ล้านคน[2] องค์การ

อนามัยโลกตระหนักถึงปัญหานี้จึงได้กำหนดให้การป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ประเทศต่างๆ ควรเร่งรัดจัดการให้ปัญหาลดขนาดลง และสามารถกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ให้ได้ภายในปีค.ศ. 2030 โดยกำหนดให้ลดอุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ลงร้อยละ 95 และผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีรายใหม่ลงร้อยละ 80 และลดการตายลงร้อยละ 65 เมื่อเทียบกับข้อมูลพื้นฐานปี พ.ศ. 2558[3]

สำหรับประเทศไทย ยังไม่มีระบบฐานข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี มีแต่ข้อมูลจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2557[4-5] ที่คาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจำนวน 2.2 ล้านคน ซึ่งพบการติดเชื้อในผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ร้อยละ 4.5 และเกิดหลังปี พ.ศ. 2535 ร้อยละ 0.6 ส่วนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี คาดประมาณว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเรื้อรังจำนวนประมาณ 3-4 แสนคน พบความชุกร้อยละ 0.39 ข้อมูลสถิติมะเร็งในประเทศไทยจาก GLOBOCAN ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 3 ในเพศหญิง[6]

ถึงแม้การจัดบริการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ถูกรวมอยู่ในสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเด็กไทยทุกคน มียารักษาไวรัสตับอักเสบซีให้หายขาด ที่สามารถใช้ได้ตามเงื่อนไขของบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ยังมีประชาชนที่เข้าไม่ถึงบริการ เนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เพราะโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี เมื่อติดเชื้อแล้วบางคนหายเองได้ และบางคนกลายเป็นผู้ติดเชื้อเรื้อรัง ซึ่งการตรวจคัดกรองในผู้ที่ไม่แสดงอาการยังไม่ถูกรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2558 เทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง จ.เชียงใหม่ ได้ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข จัดทำโครงการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีให้กับประชาชนตำบลหนองป่าครั่ง เกิดเป็นรูปแบบ “หนองป่าครั่งโมเดล” ในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม 2558 ถึง กุมภาพันธ์ 2559 มีประชาชนมาคัดกรองจำนวน 1,084 คน พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 4.1 และพบผลบวกต่อการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ร้อยละ 1.3[7] ต่อมาเทศบาลได้ให้การสนับสนุนทรัพยากรในการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี อย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการดำเนินงาน

จากตัวอย่างความสำเร็จดังกล่าว กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กอพ.) จึงได้เริ่มโครงการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ขึ้นในปี พ.ศ. 2563 เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อปท. ในการสนับสนุนให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี และเข้าถึงการรักษา โดย กอพ. สนับสนุนชุดตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซีบางส่วนให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ในพื้นที่ เพื่อให้ สสจ. ดำเนินการประสาน อปท. ในพื้นที่เข้ามาเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการหรือมีส่วนในการสนับสนุนทรัพยากรเพิ่มเติมในการจัดบริการ โดยไม่ได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก อปท. สสจ. จะส่งรายชื่อ อปท. ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ในระยะแรกเริ่มดำเนินงานในพื้นที่ อปท. 40 แห่ง 24 จังหวัด และขยายโครงการมาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2565 จึงได้ขยายโครงการไปทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย จึงได้ร่วมลงนามในบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2565 เพื่อประสานความร่วมมือด้านนโยบายและการปฏิบัติงานร่วมกัน รวมถึงการระดมทรัพยากรในการดำเนินการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานโครงการดังกล่าว ในช่วงระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566 ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการจัดทำแผนงานป้องกันควบคุม

โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี และใช้อ้างอิงได้ต่อไป

วัสดุและวิธีดำเนินการ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือซี ได้แก่ (1) ใช้สารเสพติดวิธีฉีดเข้าเส้น แม้ว่าจะทดลองใช้เพียงแค่ครั้งเดียว (2) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (3) เคยได้รับเลือด หรือสารเลือด ก่อนปี พ.ศ. 2535 (4) เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนปี พ.ศ. 2535 (5) เคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (6) เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือมีคู่นอนหลายคนโดยไม่ได้ป้องกัน (7) เคยมีคนในครอบครัว เช่น คู่สมรส (คู่นอน) บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดามารดา เป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี (8) เคยสักผิวหนัง เจาะหู เจาะตามร่างกาย ฝังเข็ม ในสถานที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล (9) เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน (10) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่ และ (11) เคยใช้อุปกรณ์บางชนิดร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา เป็นต้น

วิธีการดำเนินงาน กอพ. ส่งหนังสือขอความร่วมมือให้ สสจ. ประสานกับ อปท. ที่สมัครใจให้เข้าร่วมโครงการ โดย กอพ. มีการจัดประชุมชี้แจงโครงการ วิธีดำเนินงาน และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษา ให้แก่ หน่วยงานในระดับพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) สสจ. อปท. โรงพยาบาล (รพ.) และให้การสนับสนุนชุดตรวจแบบเร็ว เพื่อตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยตรวจหาโปรตีนของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) และตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV) เพื่อสนับสนุนให้ อปท. ดำเนินการคัดกรองร่วมกับหน่วยบริการในพื้นที่ จำนวน 76 จังหวัด ในปีงบประมาณ 2565 สนับสนุนชุดตรวจเร็ว HBsAg จำนวนทั้งสิ้น 75,000 ชุด และชุดตรวจ Anti-HCV จำนวน 90,380 ชุด และปีงบประมาณ 2566 ได้ขยายโครงการ โดยตั้งเป้าหมายในตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของ สคร. ให้ขับเคลื่อนหาความร่วมมือจาก อปท. อย่างน้อยหนึ่งแห่งต่อจังหวัด กอพ. สนับสนุนชุดตรวจ HBsAg จำนวนทั้งสิ้น 200,000 ชุด และชุดตรวจเร็ว Anti-HCV จำนวน 200,000 ชุด ส่วน อปท. ร่วมสนับสนุนทรัพยากรในการคัดกรอง เช่น บุคลากร สถานที่ งบประมาณ หรือสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองเพิ่มเติม เช่น ชุดตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Anti-HBs) หรือวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การประชาสัมพันธ์หรือให้ความรู้กับประชาชน

สำหรับผู้ที่ตรวจพบผลบวกจากการตรวจ Anti HCV นั้น จะมีการเก็บตัวอย่างเลือดและจะถูกส่งตรวจหาปริมาณไวรัสตับอักเสบซี (HCV viral load) เพื่อใช้วินิจฉัยยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ที่ สคร. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดย กอพ. สนับสนุนน้ำยาตรวจ HCV viral load หรือส่งตรวจที่ รพ. ตามสิทธิการรักษา โดยให้ส่งตัวอย่างไปตรวจพร้อมกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคอื่นที่ได้มีระบบการส่งอยู่แล้ว เช่น โรคเอดส์ เมื่อพบผลบวกจากการคัดกรองและยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี รวมทั้ง ผู้ที่ตรวจพบผลบวกจากการตรวจ HBsAg จะถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพ. ในพื้นที่ตามสิทธิการรักษา โดยใช้แบบฟอร์มการส่งต่อของแต่ละหน่วยบริการ พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำในการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น และการติดตามผู้สัมผัสโรค เช่น คู่นอน ผู้ที่ใช้เข็มฉีดยาหรืออุปกรณ์มีคมร่วมกัน มารับการตรวจ

กอพ. ได้พัฒนาแบบรายงานผล และโปรแกรมการรายงานผลการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี โดยผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ เช่น เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อปท. รพ. เป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในแบบรายงานผล และหรือบันทึกผลลงในโปรแกรมการรายงานผลการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ซึ่งมีรหัสผ่านเข้าใช้งานในการเข้าถึงโปรแกรม เพื่อรักษาความลับของกลุ่มเป้าหมาย ในบางพื้นที่ เจ้าหน้าที่จาก สสจ. และ สคร. ช่วยบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม มีการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานผ่านการประชุมและโทรศัพท์ทุก 3-6 เดือน

และทีมงาน กอพ. ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel วิเคราะห์ค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ผลการศึกษา

การคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี

ผลการดำเนินงาน พบว่า มีผู้เข้าร่วมการคัดกรองในปีงบประมาณ 2565 จำนวนทั้งสิ้น 43,402 คน และในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 138,594 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส มีอายุระหว่าง 51-60 ปี อายุเฉลี่ย 49.06 ปี และ 51.91 ปี

เมื่อพิจารณาผลการคัดกรองในปีงบประมาณ 2565 พบผลบวก HBsAg ร้อยละ 2.42 ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษา ร้อยละ 56.37 สำหรับผู้ที่มีผลลบ มี 8,691 รายได้รับการตรวจ Anti-HBs พบผลลบ จำนวน 8,407 ราย และในจำนวนนี้ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 3.05 สำหรับในปีงบประมาณ 2566 พบผลบวก HBsAg ร้อยละ 2.43 ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษา ร้อยละ 81.44 สำหรับผู้ที่มีผลลบ ได้รับการตรวจ Anti-HBs 41,600 ราย พบผลลบ จำนวน 40,993 ราย และในจำนวนนี้ได้รับการฉีดวัคซีนร้อยละ 0.84 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2565-2566

Table 1 Number and percentage of viral hepatitis B screening in target population in fiscal year 2022-2023

ข้อมูลการคัดกรอง	ปี 2565 (n=43,402)		ปี 2566 (n=138,594)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	16,527	38.08	47,745	34.45
หญิง	26,839	61.84	90,729	65.46
อื่น ๆ	35	0.08	120	0.09
อายุ (ปี)				
≤30	4,550	10.48	8,730	6.30
31-40	6,977	16.08	18,427	13.30
41-50	10,625	24.48	31,428	22.68
51-60	12,577	28.98	43,767	31.58
61-70	6,634	15.29	27,077	19.54
71-80	1,734	4.00	7,922	5.72
>80	265	0.61	1,164	0.84
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	40	0.09	79	0.06
อายุเฉลี่ย (SD)	49.06 (13.54)		51.91 (13.05)	
สถานภาพสมรส				
โสด	11,387	26.24	27,015	19.49
แต่งงาน	26,211	60.39	87,640	63.24
หม้าย/หย่า/แยก	4,192	9.66	13,824	9.97
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	1,612	3.71	8,029	5.79
ประวัติการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี				
เคยตรวจ	2,511	5.79	3,933	2.84
ไม่เคยตรวจ	40,823	94.06	134,629	97.14
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	68	0.16	32	0.02

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2565-2566 (ต่อ)

Table 1 Number and percentage of viral hepatitis B screening in target population in fiscal year 2022-2023 (continue)

ข้อมูลการคัดกรอง	ปี 2565 (n=43,402)		ปี 2566 (n=138,594)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจหาโปรตีนของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)				
ผลลบ	41,952	96.66	135,189	97.55
ผลบวก	1,052	2.42	3,373	2.43
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	398	0.92	32	0.02
การส่งต่อเข้าสู่การรักษา (n=1,052 และ n=3,373)				
ส่งต่อเข้ารับการรักษา	593	56.37	2,747	81.44
ไม่ถูกส่งต่อเข้ารับการรักษา	459	43.63	548	16.25
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	-	-	78	2.31
การตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Anti-HBs) (n=8,691 และ n=41,600)				
ผลลบ	8,407	96.73	40,993	98.54
ผลบวก	284	3.27	607	1.46
การได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หลังการตรวจ HBsAg พบผลลบ (n=8,407 และ n= 40,993)				
ได้รับ	256	3.05	343	0.84
ไม่ได้รับ	8,151	96.95	40,650	99.16

การคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบซี

ผลการดำเนินงาน พบว่ามีผู้ที่เข้าร่วมการคัดกรองจำนวนทั้งสิ้น 46,572 คน ในปีงบประมาณ 2565 และ 146,823 คน ในปีงบประมาณ 2566 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส มีอายุระหว่าง 51-60 ปี อายุเฉลี่ย 49.23 ปี และ 51.86 ปี

ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 พบผู้มีผลบวก Anti-HCV ร้อยละ 0.76 และ 1.34 ตามลำดับ ในจำนวนนี้ ได้รับส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาร้อยละ 35.31 และ 27.91 ได้ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสตับอักเสบซีในเลือดเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ร้อยละ 14.97 และ 36.15 และตรวจพบเชื้อไวรัส ร้อยละ 69.81 และ 52.32 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2565-2566

Table 2 Number and percentage of viral hepatitis C screening in target population in fiscal year 2022-2023

ข้อมูลการคัดกรอง	ปี 2565 (n=46,572)		ปี 2566 (n=146,823)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	17,908	38.45	51,917	35.36
หญิง	28,607	61.43	94,696	64.50
อื่น ๆ	57	0.12	120	0.08
อายุ (ปี)				
≤30	4,597	9.87	9,724	6.62
31-40	7,483	16.07	19,909	13.56
41-50	11,578	24.86	33,127	22.56
51-60	13,557	29.11	45,898	31.26
61-70	7,134	15.32	28,494	19.41
71-80	1,881	4.04	8,292	5.65
>80	294	0.63	1,268	0.86
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	48	0.10	111	0.08
อายุเฉลี่ย (SD)	49.23 (13.45)		51.86 (13.03)	
สถานภาพสมรส				
โสด	11,695	25.11	27,765	18.91
แต่งงาน	28,300	60.77	87,516	59.61
หม้าย/หย่า/แยก	4,549	9.77	13,856	9.44
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	2,028	4.35	17,686	12.05
ประวัติการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี				
เคยตรวจ	1,451	3.12	2,325	1.58
ไม่เคยตรวจ	45,089	96.82	144,467	98.40
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	32	0.07	31	0.02
ผลการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV)				
ผลลบ	46,202	99.21	144,825	98.64
ผลบวก	354	0.76	1,967	1.34
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	16	0.03	31	0.02
การส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา (n=354 และ n=1,967)				
ส่งต่อเข้ารับการรักษา	125	35.31	549	27.91
ไม่ถูกส่งต่อเข้ารับการรักษา	229	64.69	162	8.24
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	0	0.00	1,256	63.85
การตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสตับอักเสบซีในเลือด (n=354 และ n=1,967)				
ได้ตรวจ	53	14.97	711	36.15
ไม่ได้ตรวจ	214	60.45	824	41.89
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	87	24.58	432	21.96

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2565-2566 (ต่อ)

Table 2 Number and percentage of viral hepatitis C screening in target population in fiscal year 2022-2023 (continue)

ข้อมูลการคัดกรอง	ปี 2565 (n=46,572)		ปี 2566 (n=146,823)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผลการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสตับอักเสบซีในเลือด (n=53 และ n=711)				
ตรวจไม่พบเชื้อ	7	13.21	132	18.57
ตรวจพบเชื้อ	37	69.81	372	52.32
ไม่ระบุ/ไม่มีข้อมูล	9	16.98	207	29.11

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 31-40 ปี พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสูงที่สุด ร้อยละ 2.90 และ 3.52 และกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี พบร้อยละ 0.90 และ 1.80 ส่วนกลุ่มอายุที่มีอัตราการตรวจพบผล Anti-HCV เป็นบวกสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 61-70 ปี พบร้อยละ 1.02 และ 1.84 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราการตรวจพบผลบวกของการตรวจหาโปรตีนของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) และการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV) จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2565-2566

Table 3 Rate of positive results of HBsAg and anti-HCV testing by age group in fiscal year 2022-2023

อายุ (ปี)	ผลตรวจ HBsAg (+)				ผลตรวจ Anti-HCV (+)			
	ปี 2565 (n=1,052)		ปี 2566 (n=3,373)		ปี 2565 (n=354)		ปี 2566 (n=1,967)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
≤30	41	0.90	157	1.80	7	0.15	49	0.50
31-40	202	2.90	648	3.52	22	0.29	122	0.61
41-50	298	2.80	939	2.99	112	0.97	426	1.29
51-60	333	2.65	992	2.27	131	0.97	697	1.52
61-70	140	2.11	490	1.81	73	1.02	524	1.84
71-80	33	1.90	133	1.68	8	0.43	122	1.47
>80	4	1.51	11	0.95	0	0.00	15	1.18
ไม่ระบุ	1	2.5	3	3.80	1	2.08	12	10.81

การมีส่วนร่วมของ อปท. ในการดำเนินงาน

ในปีงบประมาณ 2565 มีหน่วยงานระดับท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งสิ้น 314 หน่วยงาน ได้แก่ เทศบาลนคร จำนวน 11 แห่ง เทศบาลเมือง 54 แห่ง เทศบาลตำบล 128 แห่ง องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 6 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 115 แห่ง ใน 72 จังหวัด ส่วนในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 604 หน่วยงาน ได้แก่ เทศบาลนคร 12 แห่ง เทศบาลเมือง 44 แห่ง เทศบาลตำบล 216 แห่ง อบจ. 12 แห่ง และ อบต. 320 แห่ง ใน 76 จังหวัด

ผลจากการดำเนินงาน พบว่า อปท. มีบทบาทในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ดำเนินการตรวจคัดกรองร่วมกับหน่วยบริการในพื้นที่ บางพื้นที่จัดบริการตรวจคัดกรองเอง โดยทำประชาสัมพันธ์ เตรียมสถานที่ และบุคลากร เช่น เทศบาลตำบลทับสะแก อบต. หินเหล็กไฟ เทศบาลตำบลกันตวจระมวล เทศบาลเมืองอำนาจเจริญและเทศบาลตำบลไก่คำ รวมทั้งร่วมวางระบบการประสานงาน การส่งต่อผู้ได้รับการตรวจคัดกรองเข้าสู่การรักษาในโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลในระบบ

โปรแกรมรายงานผลการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี เช่น อบจ. พิษณุโลก และเทศบาลนครแม่สอด นอกจากนี้ในบางพื้นที่มีการใช้งบประมาณ อปท. จากงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล ร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน รวมถึงจัดซื้อชุดตรวจ และวัคซีน เช่น เทศบาลนครขอนแก่นสนับสนุน 156,000 บาท เพื่อให้ความรู้แกนนำชุมชน และให้บริการเชิงรุกในชุมชน 95 ชุมชน ร่วมกับ สคร. 7 มูลนิธิรักษ์ตับ รพ. ขอนแก่น และ รพ. ศรีนครินทร์ และในพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ใน 4 รพ.สต. ได้แก่ นาพิน ใหม่เจริญ คอนสาย และกุง ใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลในการดำเนินงานคัดกรอง เป็นต้น

วิจารณ์

จากการดำเนินโครงการปีงบประมาณ 2565-2566 พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 2.4 ซึ่งต่ำกว่าผลการศึกษาช่วงก่อน 10 ปี ที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของนวรัตน์ โพธิ์สุวรรณ และคณะ[5] ที่คาดประมาณการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทยร้อยละ 3.5 การศึกษาของไกลตา ศรีสิงห์และคณะ[8] ที่พบความชุกของไวรัสตับอักเสบบีในจังหวัดพิษณุโลก ร้อยละ 6.8 และการวิเคราะห์เชิงอภิมานที่ประมาณการว่า ประชาชนไทยน่าจะมีความชุกของการตรวจพบ HBsAg ที่ร้อยละ 5.1[9]

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า อายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไปมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่สูงกว่าคนอายุน้อยกว่า 30 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เริ่มในปี พ.ศ. 2535 เป็นปีแรก อย่างไรก็ตามอัตราการตรวจพบการติดเชื้อในกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงที่ได้รับวัคซีนตั้งแต่แรกเกิด ยังมีค่าสูงกว่าผลการศึกษาของนวรัตน์ โพธิ์สุวรรณ และคณะ[5] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฉีดวัคซีนที่ทำให้การติดเชื้อในประชากรลดลงเหลือร้อยละ 0.6 เนื่องจากกลุ่มประชากรเป้าหมายของโครงการเป็นกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และอาจมีเด็กบางคนไม่ได้รับวัคซีน เพราะจากการสำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีน มีตัวเลขเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 95 ในปี พ.ศ. 2545 และร้อยละ 99 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา[9] ปัจจุบันนี้ การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสำหรับผู้ใหญ่ยังมีค่าใช้จ่าย ประกอบกับประชาชนอาจจะขาดความตระหนักในความรุนแรงของโรค จึงอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มคนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไม่ได้ฉีดวัคซีน ซึ่งการฉีดวัคซีนเป็นมาตรการหนึ่งในการป้องกันการติดเชื้อ จึงควรส่งเสริมให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือมีคู่นอนหลายคนโดยไม่ได้ป้องกัน เคยใช้ของมีคมหรือเข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ได้ฉีดวัคซีนให้มากขึ้น

เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า ผู้มารับการคัดกรองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งเพศชายอาจมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่า อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เป็นการรณรงค์การคัดกรองในช่วงเวลากลางวันในเวลาราชการ ซึ่งผู้ชายไปทำงาน จึงไม่ได้มารับการตรวจ จึงควรมีการเปิดรับบริการตรวจในช่วงวันหยุดหรือนอกเวลาราชการให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ชายหรือคนทำงานได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มขึ้น

สำหรับการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบซี พบผลบวกต่อการตรวจ Anti-HCV ร้อยละ 0.76 และ 1.34 ใกล้เคียงกับการศึกษาของไพศาล ธัญญาวินิชกุล และคณะ[7] ที่ศึกษาในประชากรตำบลหนองป่าครั่ง จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบผลบวก ร้อยละ 1.3 และการศึกษาของรุจิพัชร์ วสิษฐ์ธัญเกษม และคณะ[4] ที่สำรวจระดับชาติในประชากรไทยในพื้นที่ 7 จังหวัด ปี พ.ศ. 2557 พบผลบวกร้อยละ 0.94 ซึ่งมีค่าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2547 แต่มีค่าที่ต่ำกว่าการศึกษาของรุจิพัชร์ วสิษฐ์ธัญเกษม และคณะที่ศึกษาในปี พ.ศ. 2561 ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีความ

ชุกของการติดเชื้อสูง ตรวจพบผลบวกร้อยละ 6.4[10] นอกจากนี้ยังพบอัตราการพบผลบวกสูงขึ้นในกลุ่มผู้ที่มีอายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิดา วานเดอลาร์ และณัฏฐิยา หิรัญกาญจน์[11] และรุจิพัชร์ วสิษฐ์ธัญเกษม และคณะ[4]

ในจำนวนคนที่พบผลบวกต่อ Anti-HCV และได้ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสตับอักเสบซีในเลือด เพื่อยืนยันการติดเชื้อ พบว่า ตรวจพบเชื้อไวรัส ร้อยละ 69.81 และ 52.32 ซึ่งมีค่าสูงกว่าผลสำรวจในพื้นที่เจ็ดจังหวัด ปี พ.ศ. 2557[4] ที่ตรวจพบเชื้อร้อยละ 41 แต่ต่ำกว่าการศึกษาในจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่พบร้อยละ 75.8[10] อย่างไรก็ตาม จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจมีจำนวนน้อย และมีสัดส่วนถึงร้อยละ 17 และ 29 ที่ไม่มีข้อมูลรายงานผลการตรวจ ดังนั้นอัตราการตรวจพบเชื้อในประชากรเป้าหมายทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการอาจต่ำหรือสูงกว่าค่าที่รายงาน

ด้านการทำงานร่วมกับหน่วยงาน อปท. นั้น ในปี พ.ศ. 2566 มีหน่วยงาน อปท. ที่เข้าร่วมโครงการมากกว่าในปี พ.ศ. 2565 เกือบ 2 เท่า เนื่องมาจากมีการสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองให้กับประชากรในพื้นที่ อปท. ในจำนวนที่มากขึ้นและ อปท. ส่วนใหญ่ให้ความสนใจเข้าร่วมดำเนินการมากขึ้น มีการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้ที่จะสามารถดึงให้ อปท. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกับหน่วยงานสาธารณสุข จึงควรส่งเสริมให้ประชาชน และ อปท. รวมถึงภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ตระหนักถึงสถานการณ์โรคและความสำคัญของการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี เพื่อให้เกิดการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมในการทำงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อจำกัดของโครงการ คือ เนื่องจากเป็นโครงการด้านสาธารณสุข ที่ไม่ใช่งานวิจัย จึงทำให้เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานได้ไม่ครบถ้วน รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่มีเวลากรอกรายงานข้อมูลในระบบ เนื่องจากมีภาระงานมาก ประกอบกับโครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อปท. ในการดำเนินงานคัดกรองโรค และสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองโรค ซึ่งไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ เพื่อเพิ่มการค้นหา นำผู้ติดเชื้อที่ถูกวินิจฉัยเข้าสู่ระบบบริการรักษาเพิ่มขึ้น ไม่มีงบประมาณสนับสนุนค่ายา ไม่มีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการติดตามข้อมูลการรักษาผู้ติดเชื้อในระยะยาว เนื่องจากประชาชนจะได้รับการดูแลรักษาฟรีตามเกณฑ์ที่สิทธิหลักประกันสุขภาพกำหนด ทำให้บางคนที่มารับบริการนอกพื้นที่ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ หรือบาง รพ. ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง หรือไม่มียา จึงไม่ได้รับการรักษา และส่วนใหญ่ขาดผู้รับผิดชอบงานหลักในพื้นที่ ที่จะมีหน้าที่ประสานงานและติดตามข้อมูลการรักษา ทำให้ขาดข้อมูลรายละเอียดของการได้รับการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆเพิ่มเติม หรือการรักษา ถึงแม้โครงการนี้จะมีการสนับสนุนการตรวจปริมาณไวรัสตับอักเสบซีในเลือด แต่ไม่ได้สนับสนุนค่าขนส่งตัวอย่างมาตรวจ แต่ให้ส่งตัวอย่างไปพร้อมกับการส่งสิ่งส่งตรวจอื่นในระบบปกติที่มีอยู่แล้ว จึงทำให้มีการส่งต่อไปตรวจหาปริมาณไวรัสน้อยมาก นอกจากนี้ในโครงการไม่ได้เก็บข้อมูลการติดตามผู้สัมผัสโรคมาตรวจ มีแต่เพียงการให้คำแนะนำแก่ผู้ที่ตรวจพบผลบวกให้พาผู้สัมผัสโรคมาตรวจเท่านั้น

ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว หน่วยงานในระดับพื้นที่ควรมีการพัฒนาระบบติดตามข้อมูลและผู้ติดเชื้อ ระบบการส่งต่อผู้ติดเชื้อในพื้นที่ ทั้งในแง่ของการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาและการดำเนินการติดตามผู้สัมผัสโรคให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนงานเพื่อปิดช่องว่างการดำเนินงาน และเป็นการป้องกันควบคุมโรคในระดับพื้นที่และระดับจังหวัดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการ

1. ควรมีการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบงานหลักในพื้นที่เพื่อการประสานงาน และติดตามข้อมูลรวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. หน่วยงานส่วนกลางควรสื่อสาร ประสานงานและติดตามกำกับหน่วยงานในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องในการดำเนินงาน

3. ควรเน้นย้ำผู้ให้บริการให้ความสำคัญกับการให้คำแนะนำผู้ที่ตรวจพบผลบวก ในการติดตามคู่

สัมผัสโรคมารับการตรวจ การไปรับบริการที่ รพ. ที่ถูกส่งต่อไปรักษา การมาตามนัดการดูแลรักษา และการทำระบบติดตาม ส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้ารับการตรวจและรักษา

4. ควรมีการพัฒนาเครือข่ายการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบีและซีในระดับจังหวัด โดยให้ รพ. ระดับจังหวัด เป็นแม่ข่ายในการรับตรวจหาปริมาณไวรัสตับอักเสบบี และซี และบูรณาการกับระบบการส่งตรวจปกติที่มีอยู่ในจังหวัด เพื่อความสะดวกและลดค่าใช้จ่ายในการส่งต่อจากหน่วยคัดกรอง

5. สนับสนุนให้แพทย์ทั่วไปเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี และพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. ในการใช้ชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อ ให้ครอบคลุมทุกแห่ง

6. ควรสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น การมอบประกาศนียบัตรให้กับหน่วยงานระดับท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ รวมถึงจัดให้มีเวทีประชุมแลกเปลี่ยนการดำเนินงาน

ถึงแม้ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2566 การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ในประชากรที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 และกลุ่มเสี่ยงได้ถูกรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ทำให้มีประชาชนได้รับการคัดกรองโรคเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากการรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ณ วันที่ 1 กันยายน 2567 มีคนได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 2,417,254 คน พบผลบวก ร้อยละ 2.8 คัดกรองไวรัสตับอักเสบซีจำนวน 2,204,123 คน พบผลบวกร้อยละ 1.0 และมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีได้รับการรักษาด้วยยาจาก สปสช. เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 จำนวน 4,559 คน เป็นจำนวน 13,510 คน ในปี พ.ศ. 2567 แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการรักษา เช่น รอการนัดหมายตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม รอการส่งต่อ หรือยังไม่ถึงเกณฑ์การได้รับการรักษาด้วยยา เป็นต้น ดังนั้นควรสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข การพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี การพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อบริการ นอกจากนี้ ยังมีบางรายการที่ควรขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง Anti-HBs การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในผู้ใหญ่ รวมถึงการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมให้กับ รพ. สำหรับการตรวจหาปริมาณไวรัสตับอักเสบบีในเลือด ซึ่งรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการดูแลรักษา จะช่วยให้ประเทศไทยสามารถกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีได้ตามเป้าหมาย

สรุป

การดำเนินโครงการนี้ อปท. ได้มีส่วนร่วมสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ อัตราการตรวจพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และผลบวกต่อ Anti-HCV ต่ำกว่าในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งเป็นข้อมูลสถานการณ์โรคที่นำไปใช้ประโยชน์ในการอ้างอิงต่อไปได้ แต่ยังมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากไม่รู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง ดังนั้นควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักของประชาชนให้เข้ารับบริการ พัฒนาระบบส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษา การติดตามคู่สัมผัสโรคมาตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อ รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อระดมทรัพยากรในการดำเนินงาน จะสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดการติดเชื้อรายใหม่ ลดการป่วย และลดการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนได้

นอกจากนี้ ควรให้ความรู้โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี แก่ประชาชน ให้สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ โดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ไม่ใช้ของมีคมหรือเข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการใช้ภาชนะสำหรับรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ที่เป็นพาหะ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์[12]

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข อปท. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินโครงการ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Guidance for country validation of viral hepatitis elimination and path to elimination [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 4]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373186/9789240078635-eng.pdf?sequence=1
2. World Health Organization. New report highlights global progress on reducing HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections and signals need for renewed efforts to reach 2030 targets [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 4]. Available from: https://www.who.int/news/item/20-05-2021-new-report-highlights-global-progress-on-reducing-hiv-viral-hepatitis-and-sexually-transmitted-infections-and-signals-need-for-renewed-efforts-to-reach-2030-targets
3. World Health Organization. WHO releases first-ever global guidance for country validation of viral hepatitis B and C elimination [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 4]. Available from: https://www.who.int/news/item/25-06-2021-who-releases-first-ever-global-guidance-for-country-validation-of-viral-hepatitis-b-and-c-elimination
4. Wasitthankasem 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.
5. Posuwan N, Wanlapakorn N, Sa-Nguanmoo P, Wasitthankasem R, Vichaiwattana P, Klinfueng S, et al. The success of a universal hepatitis B immunization program as part of Thailand's EPI after 22 Years' implementation. PLOS One 2016;11(3):e0150499.
6. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Thailand cancer statistics 2022 [Internet]. [cited 2024 Jul 4]. Available from: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf
7. Thunyavinichkul P, Kitisupornpun S, Pormme N, Wasusophaphol W, Sangsawang S, Arunthong S, et al. Prevalence of chronic hepatitis B and hepatitis C virus infection in Nongpakrang Subdistrict, Chiang Mai Province. Journal of the Department of Medical Services 2017;42(2):102-9. (in Thai)
8. Srisingh K, Ngoenmak T, Padsee N, Poovorawan Y. Prevalence of chronic hepatitis B in Phitsanulok Province, Thailand. Thai Journal of Pediatrics 2015;54(3):200-6. (in Thai)
9. Leroi C, Adam P, Khamduang W, Kawilapat S, Ngo-Giang-Huong N, Ongwandee S, et al. Prevalence of chronic hepatitis B virus infection in Thailand: a systematic review and meta-analysis. Int J Infect Dis 2016;51:36-43.
10. Wasitthankasem R, Pimsingh N, Treesun K, Posuwan N, Vichaiwattana P, Auphimai C, et al. Prevalence of Hepatitis C virus in an endemic area of Thailand: burden assessment toward HCV elimination. Am J Trop Med Hyg 2020;103(1):175-82.

11. Vandelaer S, Hirankarn N. Prevalence of HCV infection at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chulalongkorn Medical Journal 2018;62(1): 67-78. (in Thai)

12. Intharasongkroh D, Limothai U, Atimong W, Sawangsub T. The biology of hepatitis B virus: a review. J Hematol Transfus Med 2021;31(2): 169-86. (in Thai)