



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



แนวทางการกำจัด โรคไวรัสตับอักเสบ ซี ประเทศไทย

Thailand Practice Guideline
for Eliminate Hepatitis C



ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
กอนโรเคอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

DDC 63014



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



แนวทางการกำจัด โรคไวรัสตับอักเสบ ซี ประเทศไทย

Thailand Practice Guideline
for Eliminate Hepatitis C



“แนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ประเทศไทย
(Thailand Practice Guideline for Eliminate Hepatitis C)
ได้ผ่านการตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์
เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
กรมควบคุมโรคแล้ว ณ วันที่ 21 พฤษภาคม 2563”

แนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ประเทศไทย

Thailand Practice Guideline for Eliminate Hepatitis C

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย
นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี
นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข
นายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ

อธิบดีกรมควบคุมโรค
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค

เรียบเรียงเนื้อหา

สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย
นายเฉลิมศักดิ์ กิตติตระกูล
นายแพทย์ศรายุทธ อุตตมางคพงศ์

มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (Access)
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คณะกรรมการ

แพทย์หญิงมณฑินี วสันตอุโปภาคาร
นายแพทย์กฤษณวัฒน์ รัศมี

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ว่าที่ร้อยตรีหญิงจุฑารัตน์ ชูเอี้ยด
นางสาวสุดาภรณ์ กู่กอง
นางสาวณัฐนิชา วัฒนานนท์

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวนพิมพ์ 2,000 เล่ม พฤษภาคม 2563

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
โทร. 02-590-3216

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ เจ. เอส. การพิมพ์

ISBN 978-616-11-4283-4

คำนำ

ไวรัสตับอักเสบบีเป็นสาเหตุสำคัญของโรคตับแข็งและมะเร็งตับ อันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับภูมิภาค ถึงแม้จะเป็นที่ทราบกันดีว่าโรคไวรัสตับอักเสบบีสามารถก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรง แต่ประชาชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังคงขาดองค์ความรู้ในการจัดการแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างเป็นระบบ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้เล็งเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560 - 2564 และกระจายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

สำหรับประเทศไทยนั้น โรคมะเร็งตับนับเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับต้นในคนไทย โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ปัจจุบันการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีได้เริ่มดำเนินงานไปแล้วในหลายพื้นที่ และเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้จัดทำแนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ประเทศไทยขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ประเทศไทย ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับงานควบคุมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีและเป็นจุดเริ่มต้นของการร่วมกันแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศ เพื่อประโยชน์ของประชาชนไทยต่อไป

คณะผู้จัดทำ
พฤษภาคม 2563

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญรูป แผนภูมิ และตาราง	ค
อภิธานศัพท์	ง
บทสรุปผู้บริหาร	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 สถานการณ์ทางระบาดวิทยา	1
1.2 สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบ	2
บทที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงและประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี	7
2.1 ช่องทางเข้า - ออก	7
2.2 ลักษณะการถ่ายทอดเชื้อ	7
2.3 ลักษณะที่ไม่ก่อให้เกิดการถ่ายทอดเชื้อ	8
2.4 ประชากรกลุ่มเสี่ยง	8
2.5 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรครุนแรงหรือเกิดภาวะ Cirrhosis เร็ว	8
บทที่ 3 ความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบ ซี	11
3.1 พยากรณ์โรค	11
3.2 อาการของโรคไวรัสตับอักเสบ ซี	12
บทที่ 4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	13
4.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	13
บทที่ 5 การประเมินผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี	15
5.1 การประเมินผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี	15
5.2 ผู้ป่วยที่ควรส่งต่อเพื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหารเป็นผู้พิจารณาให้การรักษา	18
บทที่ 6 การรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง	21
6.1 การรักษา	21
6.2 ข้อควรระวังในการใช้ยาสูตร DAA และควรส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ	21
6.3 แนวทางการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหาร	22
บทที่ 7 การป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี	23
7.1 การป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี	23
7.2 การป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ซ้ำ	24
7.3 การป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในชุมชน	24
7.4 การช่วยเหลือและให้กำลังใจ	24

	หน้า
บทที่ 8 การจัดระบบบริการ	25
8.1 การตรวจคัดกรอง	25
8.2 การรักษา	26
8.3 ระบบส่งต่อผู้ป่วย	28
8.4 การประเมินผลการบริการ	29
บทที่ 9 บทบาทของภาคประชาสังคมในการต่อสู้เพื่อการเข้าถึงการรักษา โรคไวรัสตับอักเสบ ซี	31
ภาคผนวก	
ภาคผนวก 1 แนวทางการเบิกจ่ายชดเชยกรณีการตรวจคัดกรองและ การตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบ ซี	37
ภาคผนวก 2 คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ที่ 1/2561 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส	47
ภาคผนวก 3 คำสั่งกรมควบคุมโรค ที่ 108/2563 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงาน ด้านการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี	51
บรรณานุกรม	55

สารบัญญรูป แผนภูมิ และตาราง

รูปที่ 1	อัตราการตาย (Mortality rate) และสัดส่วนของผู้ตาย จากไวรัสตับอักเสบ ชนิด A B C และ E ในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก	3
แผนภูมิที่ 1	ค่าประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ เชื้อไวรัสเอชไอวี โรคมาลาเรีย และวัณโรค ปี พ.ศ. 2543 - 2558	2
แผนภูมิที่ 2	ความชุกของผู้ติดเชื้อ HCV ในไทย ปี พ.ศ. 2557	4
แผนภูมิที่ 3	แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง	9
แผนภูมิที่ 4	การพยากรณ์โรค	11
แผนภูมิที่ 5	แนวทางการตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี	14
แผนภูมิที่ 6	การประเมินการรักษา	17
แผนภูมิที่ 7	สรุปแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง	19
ตารางที่ 1	ค่าประมาณผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง (HCV) ในประชากรไทย	5
ตารางที่ 2	การประเมินความรุนแรงของโรคตับ โดยใช้วิธี APRI หรือ FIB - 4	16
ตารางที่ 3	การติดตามการตอบสนองต่อการรักษาในระหว่างการรักษาด้วย DAA	16
ตารางที่ 4	การเลือกสูตรยาสำหรับรักษาผู้ใหญ่ซึ่งป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง ที่ไม่มีภาวะตับแข็ง	21

อภิธานศัพท์

ยา	
DAA	Direct - Acting Antiviral
DAL	Daclatasvir
Gle	Glecaprevir
Pib	Pibrentasvir
SOF	Sofosbuvir
VEL	Velpatasvir
อื่นๆ	
ALT	Alanine transaminase enzyme
Anti - HBC	Anti Hepatitis B surface
Anti - HCV	Hepatitis C antibody
APRI	AST to Platelet Ratio Index
CL	Compulsory Licensing
EIA	Enzyme immunoassay
ELISA	Enzyme – linked immunosorbent assay
FIB4	Fibrosis – 4 index
HAV	Hepatitis A virus
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HDV	Hepatitis D virus
HEV	Hepatitis E virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
NAP	National AIDS Program
PLHIV	People living with HIV
PWID	People who inject drugs
VCT	Voluntary HIV Counselling and Testing

ติดต่อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง

71 ล้านคนทั่วโลก

ผู้ติดต่อรายใหม่ จากปี 2560

2.8 ล้านคน

เสียชีวิต

1.4 ล้านราย/ปี

บทสรุปผู้บริหาร

การกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

กรมควบคุมโรค ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ และได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวังโรคและระบบข้อมูล ยุทธศาสตร์ที่ 2 การป้องกันควบคุมโรคและการสื่อสารความเสี่ยง ยุทธศาสตร์ที่ 3 การค้นหาและดูแลผู้ป่วย ยุทธศาสตร์ที่ 4 การวิจัยพัฒนาเพื่อการป้องกันควบคุมโรค และยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารและจัดการทรัพยากรโดยมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการป้องกันโรค การตรวจคัดกรอง และการรักษา ดังนั้นกรมควบคุมโรค ซึ่งมีเป้าหมายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ให้สำเร็จภายในปี พ.ศ. 2573 ภายใต้แนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ดังนี้

1. พัฒนาแนวทางการดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
2. พัฒนาระบบข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เช่น ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และระบบข้อมูล NAP เป็นต้น
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการกำจัดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี
4. พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองและยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี

5. การประสานความร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - 5.1 การผลักดันการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มประชากรทั่วไป โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์
 - 5.2 การสนับสนุนยาที่ครอบคลุมทุกสายพันธุ์ (Pan Genotype) เป็นยาสูตรพื้นฐาน ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ทุกสายพันธุ์ โดยเสนอให้บรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

แนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี (Eliminate Hepatitis C)

การประชุมคณะอนุกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัสครั้งที่ 1/2561 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2561 เห็นชอบต่อแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี โดยเสนอให้เพิ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี เพื่อการตรวจคัดกรองให้บรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้ สิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ตามประกาศชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ได้แก่

1. ผู้ที่ลงทะเบียนการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในระบบโปรแกรม NAP
2. ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ที่มารับบริการ การบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิอาจไม่ประสงค์ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีก็ได้ ซึ่งการตรวจคัดกรอง การตรวจยืนยัน การตรวจประเมินก่อนการรักษา วิธีการตรวจโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี รวมทั้งราคาค่าใช้จ่ายในอัตราเหมาจ่าย ตามรายการตรวจและราคาจ่ายชดเชย¹



บทที่ 1 บทนำ

1.1 สถานการณ์ทางระบาดวิทยา

เชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (Hepatitis C virus, HCV) เป็นสาเหตุสำคัญของผู้ป่วยตับอักเสบที่เกิดหลังจากการรับเลือดพบร้อยละ 80 - 90 เนื่องจากในขณะนั้นยังไม่สามารถตรวจ Anti - HCV โดยตรง ทางธนาคารเลือดจึงใช้วิธีทางอ้อม (Surrogate test) โดยดูว่าไม่มี Serological markers ของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี คือ ตรวจไม่พบ Anti - HbC และ/หรือ ALT (Alanine transaminase enzyme) ซึ่งเป็นเอนไซม์ของตับมีระดับสูง จะไม่นำเลือดหน่วยนั้นมาใช้กับผู้รับ เพราะถือว่าเป็นเลือดที่มีความเสี่ยงในการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี การใช้แนวทางด้วยการทิ้งเลือดที่พบ Anti - HbC และ/หรือ ALT สูงเช่นนี้ พบอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี 1 : 500 ต่อมาเมื่อมีการตรวจ Anti - HCV ในเลือดบริจาคทุกหน่วย ความเสี่ยงดังกล่าวลดลงเป็น 1 : 100,000 ในปัจจุบันได้เริ่มมีการศึกษาวิจัยให้ตรวจจีโนม (Genome) ของเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในเลือดของผู้บริจาค ซึ่งอยู่ในระยะที่ยังไม่สร้างแอนติบอดี (Window period)²

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในประเทศไทยนั้น มีรายงานความชุกผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง ประมาณร้อยละ 1 - 2 และคาดประมาณว่ามีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 1 ล้านคน โดยพบความชุกมากที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคเหนือ โดยความเสี่ยงที่สำคัญของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในประเทศไทย คือ การใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดจากการศึกษาความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด พบว่าร้อยละ 70.2 เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ยังมีการติดเชื้อร่วมกับไวรัสเอชไอวีในระดับสูงอีกด้วย³

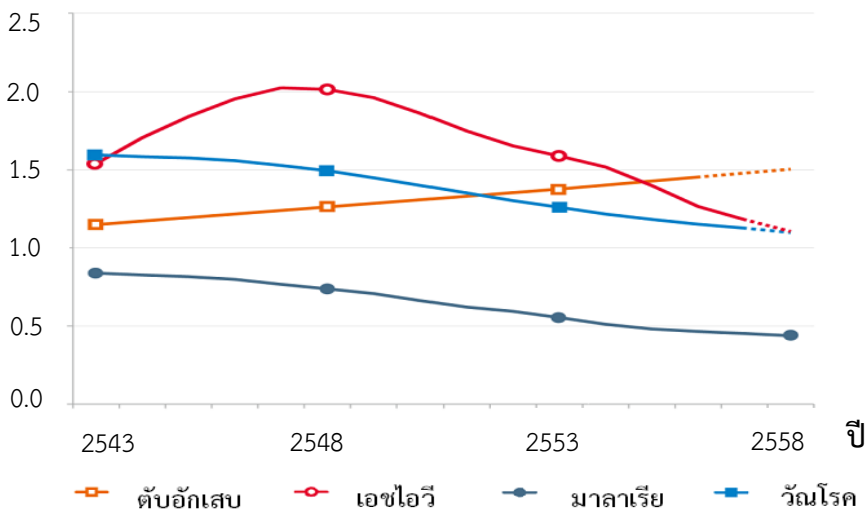
1.2 สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบ

สถานการณ์ทั่วโลก

โรคตับอักเสบเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งการติดเชื้อ ได้แก่ เชื้อไวรัส แบคทีเรีย รา และปรสิต รวมสาเหตุอื่น เช่น แอลกอฮอล์ ยา สารเคมี ภาวะภูมิคุ้มกัน และระบบเมตาบอลิซึม เป็นต้น ผู้ป่วยโรคตับอักเสบส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัส โดยในปี พ.ศ. 2556 โรคไวรัสตับอักเสบเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงเป็นลำดับที่ 7 ของสาเหตุการตายทั่วโลก คาดประมาณว่ามีผู้เสียชีวิตทั้งจากการติดเชื้อเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น มะเร็งตับ และภาวะตับแข็ง ประมาณ 1.4 ล้านรายต่อปี² ดังแผนภูมิที่ 1 ประมาณร้อยละ 47 ของผู้เสียชีวิตจากโรคไวรัสตับอักเสบบีมีสาเหตุจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus, HBV) ร้อยละ 48 จากเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (Hepatitis C virus, HCV) และอีกร้อยละ 5 เกิดจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ เอ (Hepatitis A virus, HAV) และเชื้อไวรัสตับอักเสบ อี (Hepatitis E virus, HEV) กลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการเสียชีวิตด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีคาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี จำนวนเกือบ 2.9 ล้านคนทั่วโลก และติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เกือบ 2.6 ล้านคน⁴

แผนภูมิที่ 1 ค่าประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ เชื้อเอชไอวี โรคมาลาเรีย และวัณโรค ปี พ.ศ. 2543 - 2558

จำนวนผู้เสียชีวิต (ล้านคน)

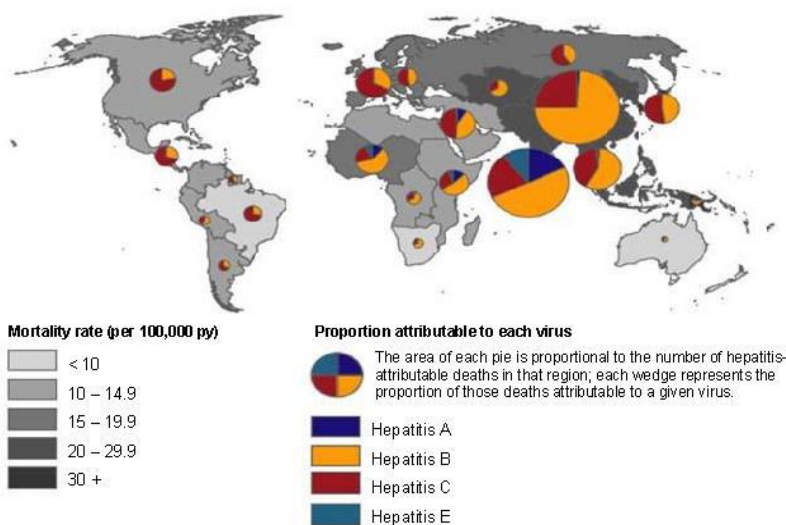


เชื้อไวรัสตับอักเสบทั้ง 5 ชนิด ได้แก่ HAV HBV HCV HDV และ HEV มีวิธีการติดต่อของโรคและพยาธิกำเนิดโรคแตกต่างกันออกไป ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบางชนิดมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่จึงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพต่างกัน

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถพบการแพร่กระจายได้ทั่วโลกโดยเฉพาะในแถบเอเชียกลาง เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แอฟริกาเหนือ และแอฟริกาตะวันตก ซึ่งการติดต่อสำคัญเกิดจากการใช้เข็มฉีดยาหรือเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่ปลอดภัย โดยพบว่าร้อยละ 67 ของผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดยามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สำหรับสถานการณ์การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบี อี มีช่องทางการติดต่อสำคัญทางอาหารและน้ำ ดังนั้นจึงมักพบการระบาดในชุมชนหรือพื้นที่ที่ระบบสุขาภิบาลน้ำและอาหารที่ไม่ดี แต่ไม่พบการก่อให้เกิดการติดเชื้อชนิดเรื้อรังจากเชื้อไวรัสตับอักเสบทั้ง 2 ชนิดนี้ (ดูการกระจายของอัตราการตายจากไวรัสตับอักเสบบีชนิดต่าง ๆ ดังรูปที่ 1)

เมื่อพิจารณาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังจะเห็นว่า สถานการณ์ทั่วโลกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดเรื้อรัง มีประมาณ 240 ล้านคน และมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดเรื้อรัง ประมาณ 130 - 150 ล้านคน จำนวนผู้ติดเชื้อจำนวนมากดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงภัยคุกคามร้ายแรงต่อความมั่นคงด้านสุขภาพโลก ถ้ายังไม่มีการแก้ไขปัญหามาจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประเทศต่าง ๆ คาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า แนวโน้มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ และอาจมีผู้เสียชีวิตถึง 20 ล้านคน ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2573³

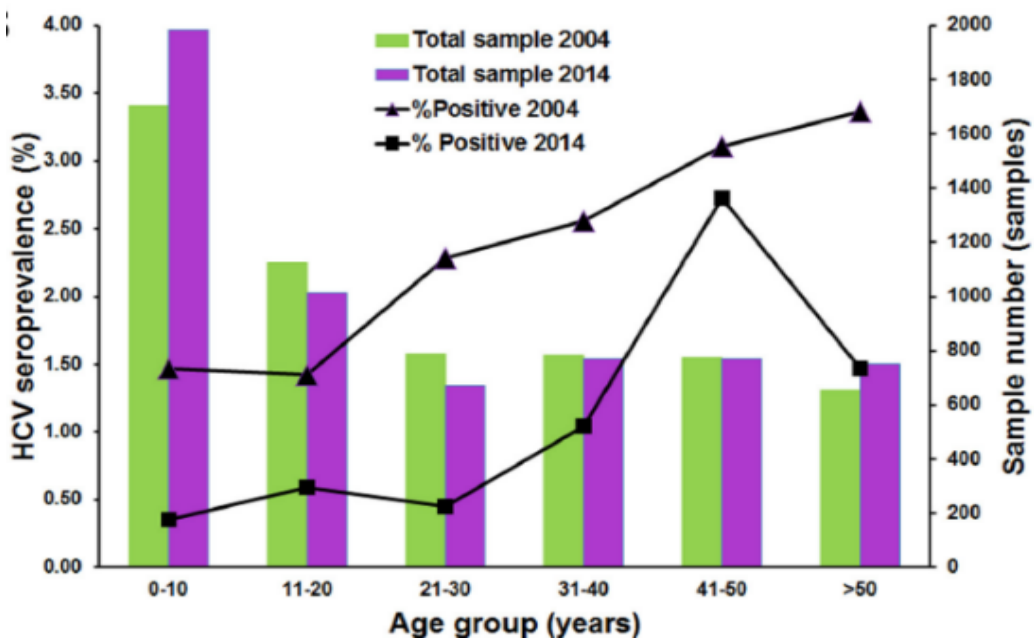
รูปที่ 1 อัตราตาย (Mortality rate) และสัดส่วนของผู้ตาย จากไวรัสตับอักเสบบีชนิด A B C และ E ในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก



สถานการณ์ในประเทศไทย

1. ในประเทศไทย พบอัตราความชุกผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง ประมาณร้อยละ 0.39⁵
2. คาดประมาณว่ามีผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง ประมาณ 356,670 ราย ทั่วประเทศ ดังตารางที่ 1
3. พบความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง มากที่สุดในประชากรอายุ 41 - 50 ปี เท่ากับ ร้อยละ 1.69 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 0.93 กลุ่มอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 0.13 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 2
4. พบความชุกมากที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 0.89 ภาคกลาง ร้อยละ 0.26 และภาคเหนือ ร้อยละ 0.21
5. ประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่าความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง สูงสุดในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ร้อยละ 8.7 ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 3.94 ผู้ที่เคยได้รับการฉีดยาจาก ผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 3.62

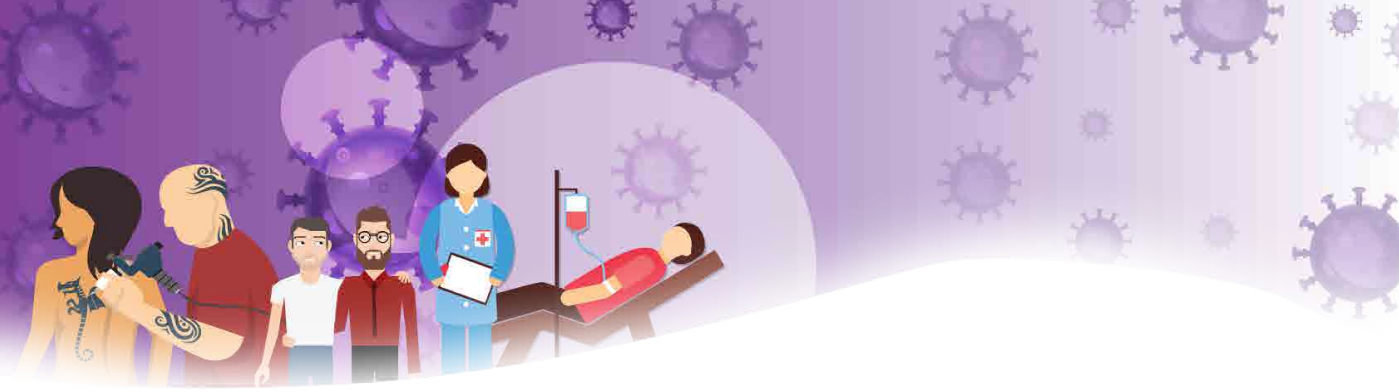
แผนภูมิที่ 2 ความชุกของผู้ติดเชื้อ HCV ในไทย ปี พ.ศ. 2557



ตารางที่ 1 ค่าประมาณผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง (HCV) ในประชากรไทย

Age range	Year 2004			Year 2014						
	Anti-HCV +ve rate	RNA +ve rate	Thai population	Anti-HCV carrier	HCV carrier	Anti-HCV +ve rate	RNA +ve rate	Thai Population	Anti-HCV carrier	HCV carrier
0-10	1.47	0.41	9,553,008	140429	39,244	0.35	0.05	8,485,974	29701	4,273
11-20	1.42	0.53	9,419,566	133758	50,238	0.59	0.10	8,829,060	52091	8,699
21-30	2.28	1.02	10,570,790	241014	107,318	0.45	0.00	9,330,783	41989	0
31-40	2.56	1.92	10,972,787	280903	210,745	1.04	0.13	10,346,437	107603	13,472
41-50	3.10	1.55	8,859,873	274656	137,540	2.72	1.69	10,465,811	285061	176,466
>50	3.36	1.53	11,173,300	375423	170,846	1.46	0.93	16,496,285	242495	153,760
Total	2.15	1.00	60,549,324	1,446,183	715,930	0.94	0.39	63,954,350	758,940	356,670

doi:10.1371/journal.pone.0149362.t002



บทที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงและประชากรกลุ่มเสี่ยง ต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี

ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ได้แก่

2.1 ช่องทางเข้า - ออก

การติดต่อของไวรัสตับอักเสบ ซี

1. เลือดและผลิตภัณฑ์ทุกชนิด โดยเฉพาะได้รับก่อนปี พ.ศ. 2533 สภาอากาศไทย เริ่มควบคุมคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ทั่วประเทศหลังปี พ.ศ. 2535
2. การใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน
3. การสัก การเจาะหู โดยใช้อุปกรณ์ที่ไม่มีมาตรฐาน
4. การฟอกไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
5. ติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.2 ลักษณะในการถ่ายทอดเชื้อ

การถ่ายทอดเชื้อผ่านทางเลือดสู่เลือด (Blood to blood contact) เท่านั้น เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน บุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสกับเลือดผู้ติดเชื้อ การสักร่างกาย เป็นต้น สำหรับการติดเชื้อโดยวิธีอื่น เช่น ทางเพศสัมพันธ์โดยมีผลทำให้เกิดช่องทางเข้าทางเลือด เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การถ่ายทอดจากมารดาไปสู่ทารกพบได้น้อยมาก

2.3 ลักษณะที่ไม่ก่อให้เกิดการถ่ายทอดเชื้อ

1. การดื่มน้ำโดยใช้แก้วร่วมกัน
2. การกอด
3. การสัมผัสร่างกาย
4. การให้นมบุตร

2.4 ประชากรกลุ่มเสี่ยง

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. ชายรักชาย และพนักงานบริการทางเพศ
3. ผู้ที่มีประวัติใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
4. ผู้ต้องขังหรือผู้เคยมีประวัติต้องขัง
5. ผู้ที่เคยได้รับเลือดและ/หรือรับบริจาคอวัยวะก่อนปี พ.ศ. 2535
6. ผู้ที่เคยสักผิวหนัง เจาะผิวหนังหรืออวัยวะต่าง ๆ ในสถานประกอบการที่ไม่ใช่

สถานพยาบาล

7. ผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการฟอกไตเป็นประจำ
8. ผู้ที่เป็นคู่สมรส หรือผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรัง รวมทั้ง

สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

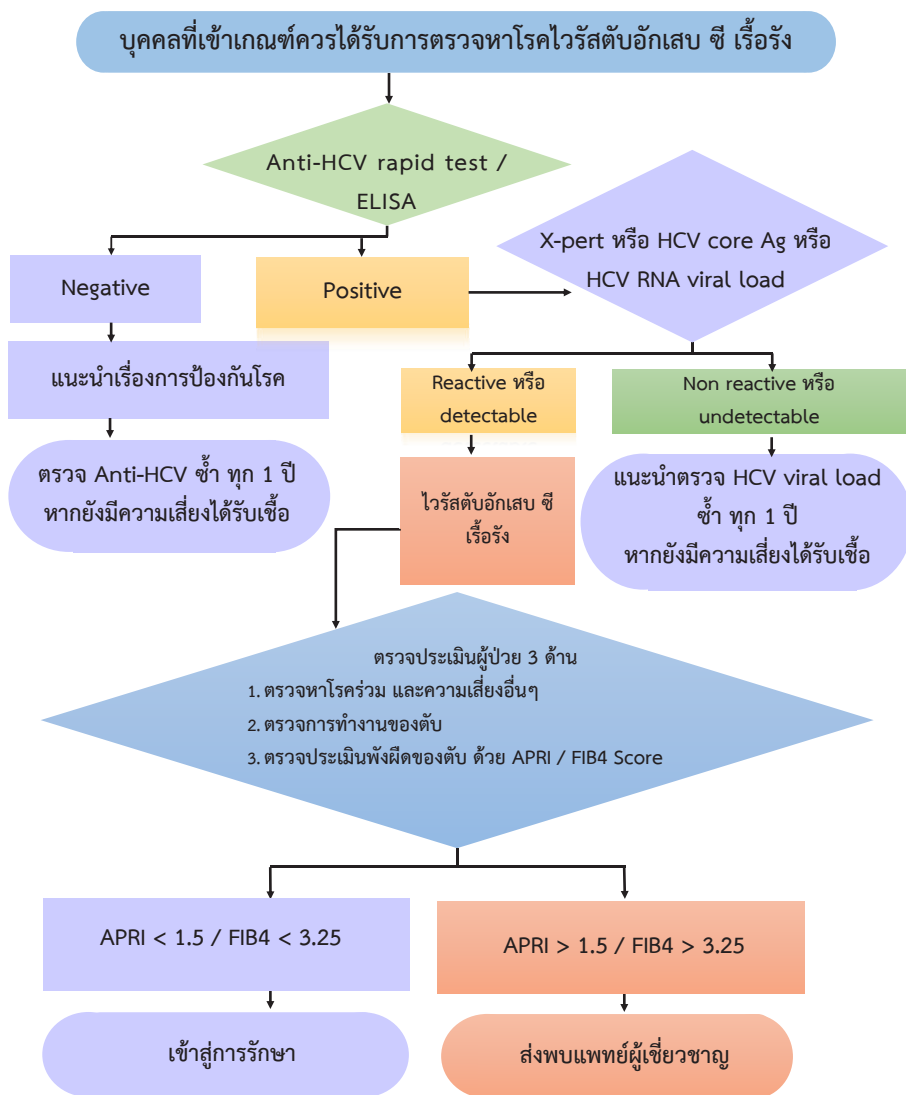
9. ผู้ที่มีมารดาเป็นผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง
10. ผู้ที่เคยรับการรักษาจากผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ฉีดยา ทำฟัน หรือหัตถการอื่น ๆ
11. ผู้ที่มีค่าเอนไซม์ของตับผิดปกติ
12. ผู้ที่สัมผัสหรือมีประวัติสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี

2.5 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรครุนแรงหรือเกิดภาวะ Cirrhosis เรื้อรัง

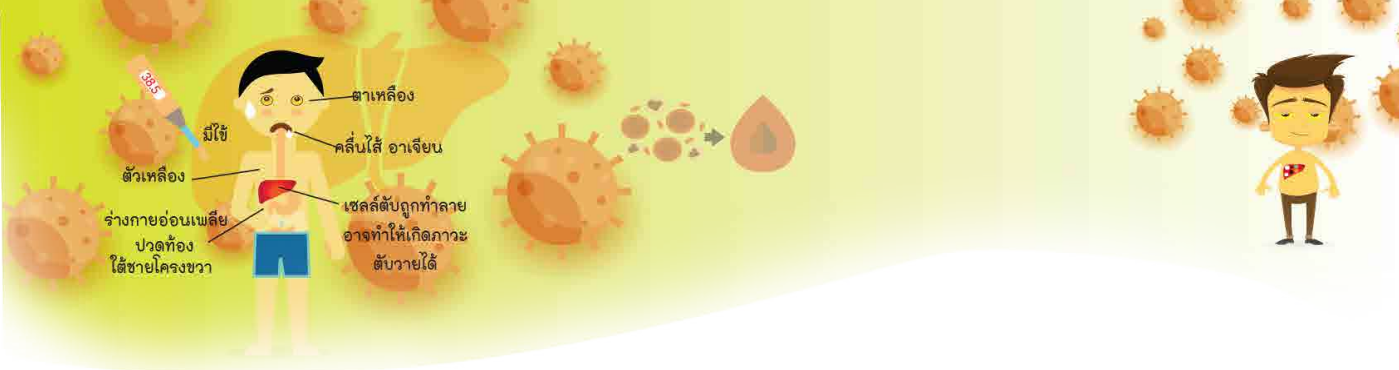
1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ร่วมด้วย
3. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 30 - 35 กรัม/วัน ขึ้นไป
4. โรคอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome)
5. ผู้ป่วยอายุมาก

ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง โดยการตรวจหา Antibody หากตรวจพบผลลบ (Negative) ควรได้รับการแนะนำป้องกันโรคและตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ซ้ำทุก 1 ปี ในกรณีที่ตรวจพบผลบวก (Positive) ให้ตรวจยืนยันด้วย X - pert หรือ HCV core Ag หรือ HCV RNA viral load หากได้ผลบวกแสดงว่าเป็นไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง และมีการตรวจประเมินผู้ป่วยเพื่อส่งต่อหรือเข้าสู่ระบบการรักษา ดังแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง



หมายเหตุ ผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการอบรมแนวทางฉบับนี้ จากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตรวจสอบรายชื่อผู้เชี่ยวชาญทางเว็บไซต์ <https://ddc.moph.go.th/das/>



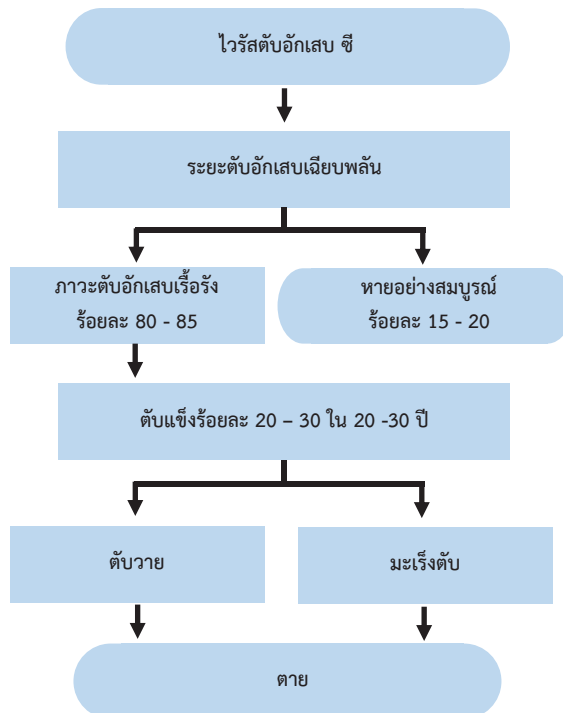
บทที่ 3 ความรู้เรื่องไวรัสตับอักเสบ ซี

ไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นไวรัสที่ค้นพบปี พ.ศ. 2532 พบว่าเป็นไวรัสที่ทำให้เกิดตับอักเสบได้อีกชนิดหนึ่ง สามารถทำให้เกิดตับอักเสบทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ตลอดจนถึงตับแข็งและมะเร็งตับ

ความรุนแรงของเชื้อไวรัสชนิดนี้ คือ ตับอักเสบเฉียบพลันซึ่งหายได้เพียงร้อยละ 15 - 20 ภาวะติดเชื้อเรื้อรัง พบได้หลังการติดเชื้อร้อยละ 80 - 85 ซึ่งพบภาวะตับแข็งร้อยละ 20 - 30 และนำไปสู่ภาวะตับวาย และอีกร้อยละ 1 - 4 ของภาวะตับแข็ง (Cirrhosis) กลายเป็นมะเร็งตับ ดังแผนภูมิที่ 4

3.1 พยากรณ์โรค

แผนภูมิที่ 4 การพยากรณ์โรค



3.2 อาการของโรคไวรัสตับอักเสบบี

แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ตับอักเสบนเฉียบพลัน

ตับอักเสบนเฉียบพลัน หลังจากไวรัสตับอักเสบบี เข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำให้เกิดการอักเสบบของตับ แต่ส่วนมากผู้ป่วยจะไม่มีอาการ มีเพียงประมาณร้อยละ 25 - 30 ของผู้ป่วยจะมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ที่เรียกว่า ดีซ่าน ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ว่าตัวเองเกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แบบเฉียบพลัน

ระยะที่ 2 ตับอักเสบเรื้อรัง

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มากกว่าร้อยละ 80 จะเกิดภาวะตับอักเสบเรื้อรัง ซึ่งในระยะแรกผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการ จนเมื่อตับถูกทำลายไปมากพอควรหรือมีการอักเสบบของตับมาก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

ระยะที่ 3 ตับแข็ง

ในระยะแรก ยังไม่มีอาการหรือความผิดปกติ ผู้ป่วยยังสามารถมีชีวิต ทำงานได้ตามปกติเหมือนเดิมจนกระทั่งผู้ป่วยสูญเสียการทำงานของตับมากขึ้นเรื่อย ๆ ก็จะเริ่มมีอาการต่าง ๆ ซึ่งอาการแสดงแบ่งเป็น 2 ระยะ

3.1 อาการที่เกิดจากการสูญเสียการทำงานของเซลล์ตับ ทำให้การสร้างสารอาหาร พลังงาน และการทำลายพิษต่าง ๆ ผิดปกติ อาจพบอาการ ดังนี้

- 1) อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผอมลง
- 2) ตัวเหลือง ตาเหลือง
- 3) ท้องมาน ขาบวม
- 4) ผิวดำคล้ำ แห้ง คันโดยไม่มีแผล หรือคันมากกว่าเดิม
- 5) เลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน
- 6) ผิวหนังช้ำ เขียวง่าย
- 7) ไวต่อยาหรือสารพิษต่าง ๆ มากกว่าปกติ
- 8) สมอมนิ่งง ซึม สับสน หรือโคม่า

3.2 อาการที่เกิดจากภาวะตับแข็ง (Cirrhosis)

- 1) อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ถ่ายเป็นเลือด เนื่องจากมีการแตกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (Esophageal varices)
- 2) ม้ามโต
- 3) ซีด เกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ
- 4) มะเร็งตับ



บทที่ 4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

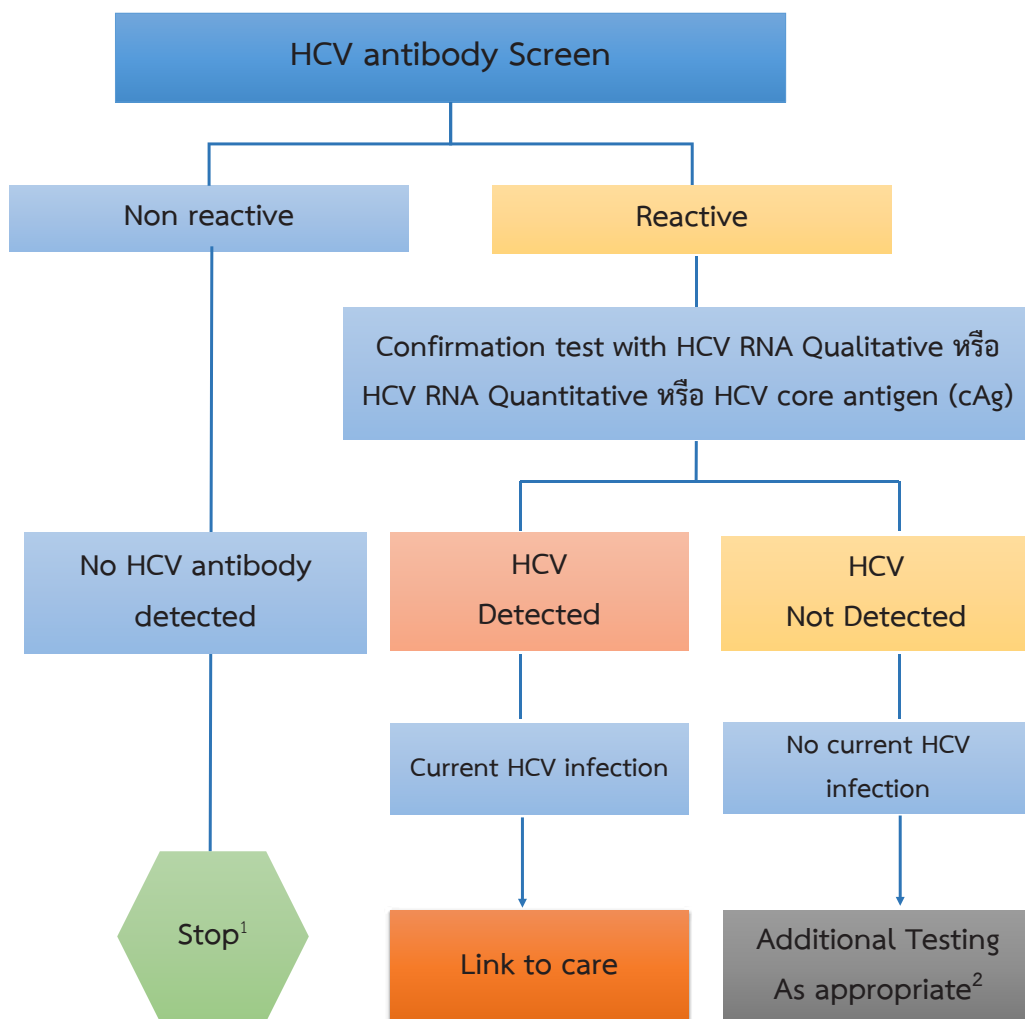
การตรวจทางห้องปฏิบัติการมี 2 ขั้นตอน

1. การตรวจคัดกรอง
2. การตรวจยืนยันการวินิจฉัย

การตรวจคัดกรองโดยการตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อ HCV (Anti - HCV) มีทั้งชุดตรวจที่ใช้หลักการ ELISA และชุดตรวจรวดเร็ว (Rapid Test) ที่ใช้หลักการ Immunochromatography แต่ที่นิยมตรวจเป็นการตรวจแอนติบอดีด้วยวิธี Enzyme immunoassay (EIA) ซึ่งใช้ชุดการตรวจสำเร็จรูป ถ้าตรวจพบว่าให้ผลบวกจำเป็นต้องตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ดังแผนภูมิที่ 5

การตรวจยืนยันการวินิจฉัยทำได้หลายวิธี เช่น HCV RNA Qualitative หรือ HCV RNA Quantitative หรือ HCV core antigen (cAg)

แผนภูมิที่ 5 แนวทางการตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี



¹สำหรับผู้ที่อาจได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แนะนำให้ทำการทดสอบ HCV RNA หรือการตรวจติดตามแอนติบอดี HCV สำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง การทดสอบ HCV RNA นั้นสามารถพิจารณาได้

²เพื่อแก้ไขจากผลบวกปลอมของตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ให้พิจารณาตรวจแอนติบอดีไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยวิธีอื่น และให้ทำการทดสอบ HCV RNA ซ้ำ หากสงสัยว่าบุคคลที่ทดสอบนั้นได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา หรือมีหลักฐานทางคลินิกเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ ซี หรือหากมีข้อกังวลควรเก็บรักษาตัวอย่างทดสอบไว้



บทที่ 5 การประเมินผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

5.1 การประเมินผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี

การประเมินผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นขั้นตอนการประเมินประชากรกลุ่มเสี่ยง อาการ และระยะของโรคไวรัสตับอักเสบ ซี และความพร้อมของผู้ป่วย ในการรักษาด้วย ยาต้านไวรัส Direct - acting Antiviral (DAA) ดังแผนภูมิที่ 7 ได้แก่

5.1.1 การประเมินก่อนการรักษา

ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี แบบเรื้อรัง สามารถดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อรักษา สภาพตับไม่ให้ถูกทำลาย และควรที่จะสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม เพื่อติดตามสภาพและอาการของตับด้วย

- 1) ผู้ป่วยที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholic dependent) เพราะไม่ควรเริ่มให้ การรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี ที่ยังดื่มสุราอยู่
- 2) ในกลุ่มประชากรผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (PWID) ควรได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และเอชไอวี รวมถึงควรได้รับ การเสนอให้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของการ ติดเชื้อสองชนิดพร้อมกัน
- 3) ควรประเมินการทำงานของไต ถ้าค่า GFR < 30 ml/min/1.7 m² ให้ส่งพบ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหาร
- 4) ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่มีภาวะรุนแรงหรือที่ยังควบคุมไม่ได้ตีร่วมด้วย ควรปรึกษา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหาร

5) ควรใช้ระบบการประเมินความรุนแรงของโรคตับ เช่น คะแนน APRI หรือ FIB - 4 หรือ elastography หรือ serum fibrosis marker หรือการเจาะตับ เพื่อประเมินสภาพตับ

6) การตรวจอย่างง่าย โดยอาจใช้วิธีตรวจหา AST to Platelet Ratio Index หรือ APRI เพื่อประเมินความรุนแรงของพังผืดในตับทดแทน ซึ่งสามารถคำนวณและแปลผล APRI ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินความรุนแรงของโรคตับ โดยใช้วิธี APRI หรือ FIB - 4

คำนวณ	APRI* = [AST Level ÷ (Upper Limit of Normal of AST) / Platelet Count] × 100		
แปลผล	APRI > 1.5	หมายถึง cirrhosis	เทียบเท่า METAVIR = F4
	APRI = 0.5 - 1.5	หมายถึง significant fibrosis	เทียบเท่า METAVIR ≥ F2
	APRI < 0.5	หมายถึง non or mild fibrosis	เทียบเท่า METAVIR < F2

*AST และ Upper Limit of Normal of AST มีหน่วยเป็น IU/L และ Platelet Count มีหน่วยเป็น 10⁹/L

FIB - 4 Score = (Age* × AST) / (Platelets × √(ALT))

*Use with caution in patients < 35 or > 65 years old, as the score has been shown to be less reliable in these patients.

แปลผล ค่า FIB - 4 มากกว่า 3.25 หมายถึง มีภาวะตับแข็ง

5.1.2 การประเมินระหว่างการรักษา

การติดตามการตอบสนองต่อการรักษาในระหว่างการรักษาด้วยยา DAA แนวทางฉบับนี้ เสนอให้ใช้ตารางการติดตามผลที่ไม่ซับซ้อน ดังตารางที่ 3

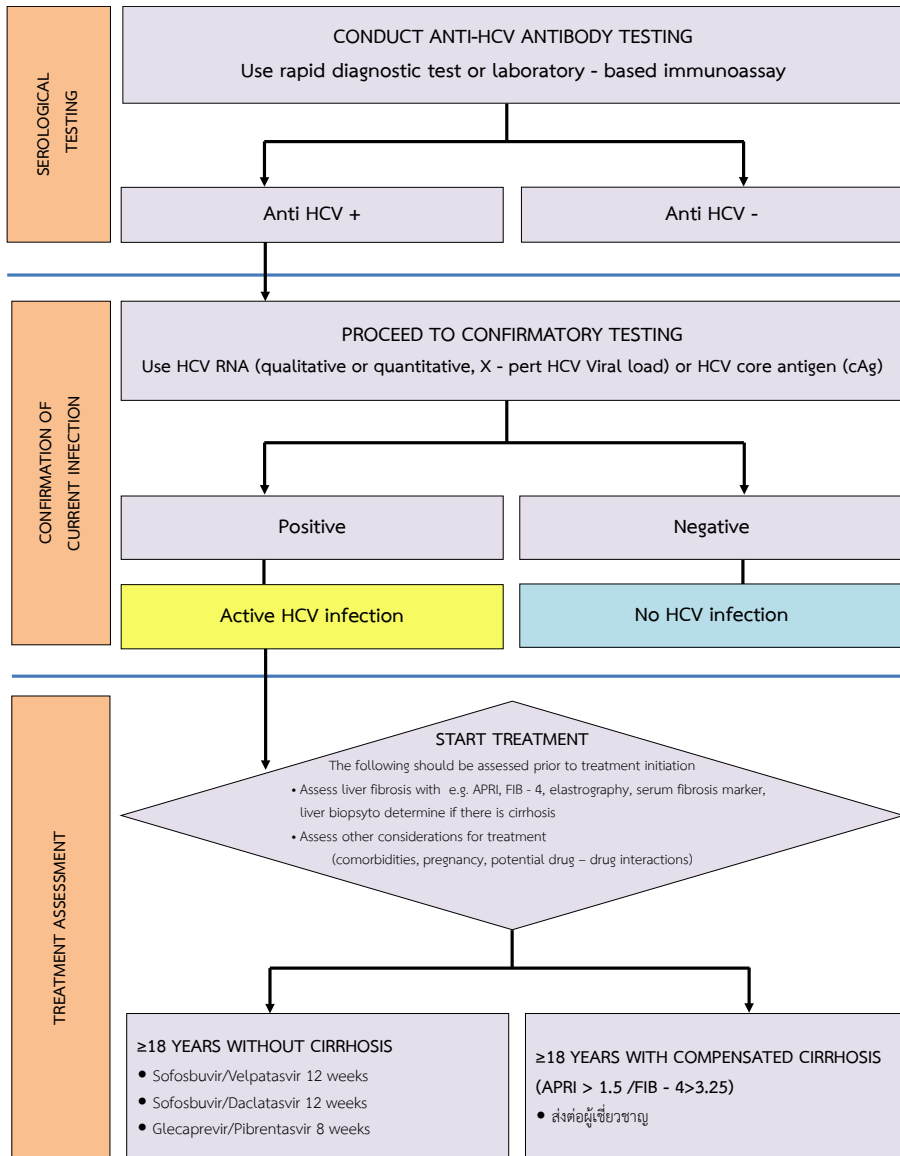
ตารางที่ 3 การติดตามการตอบสนองต่อการรักษาในระหว่างการรักษาด้วยยา DAA

ช่วงเวลาในการติดตามผล	ช่วงเวลาในการติดตามผลกรณีการรักษาด้วยยา DAA เพียงอย่างเดียว
จุดตั้งต้น (baseline) ช่วงก่อนการรักษา	การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง
ช่วง 4, 8 และ 12 สัปดาห์ ของการรักษา	ติดตามการรับประทานยาสม่ำเสมอด้วยเครือข่ายติดตามการรักษาพยาบาล เช่น รพ.สต. หรือ อสม.
ช่วงก่อนเริ่มการรักษา และที่ 12 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดการรักษา (0, 24 สัปดาห์)	ติดตามโดยแพทย์

5.1.3 การประเมินการรักษา

การประเมินผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในกรณีที่ไม่มีภาวะตับแข็ง ให้การรักษาด้วยยา DAA ส่วนถ้าพบว่ามีภาวะตับแข็งให้ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ดังแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 6 การประเมินการรักษา

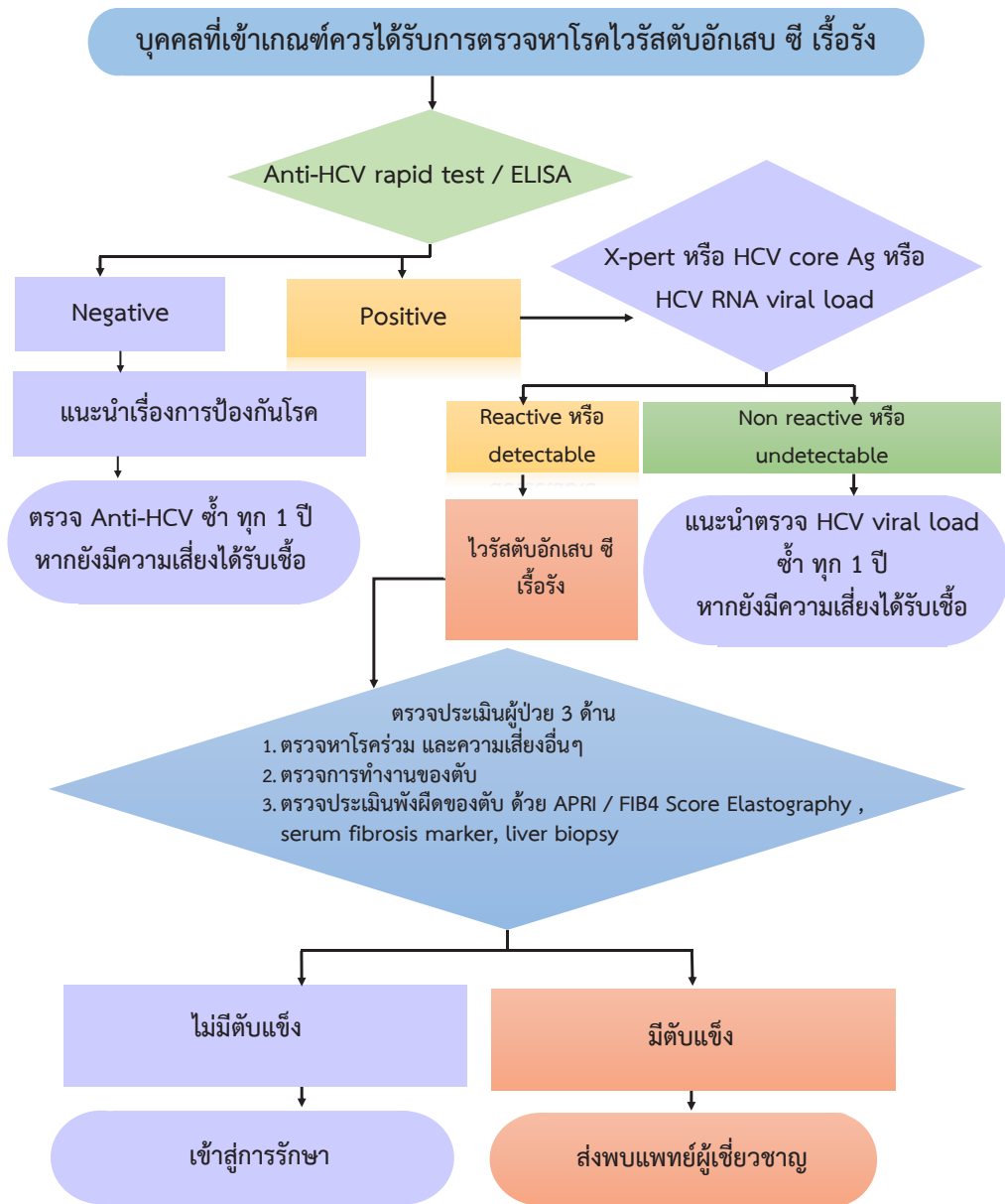


หมายเหตุ ผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการอบรมแนวทางฉบับนี้ จากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตรวจสอบรายชื่อผู้เชี่ยวชาญทางเว็บไซต์ <https://ddc.moph.go.th/das/>

5.2 ผู้ป่วยที่ควรส่งต่อเพื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรกระบบทางเดินอาหารเป็นผู้พิจารณาให้การรักษา

- 1) ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกลุ่ม (DAA) ในการรักษาไวรัสตับอักเสบบี มาก่อน
- 2) ผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และรักษาหายมาก่อน
- 3) ผู้ป่วยที่เป็น Cirrhosis
- 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะรุนแรง หรือที่ยังควบคุมไม่ได้มาร่วมด้วย
- 5) ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่มีค่า GFR < 30 มิลลิลิตร/นาที
- 6) ผู้ป่วยที่มีประวัติปลูกถ่ายตับ
- 7) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ร่วมด้วย

แผนภูมิที่ 7 สรุปแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง



หมายเหตุ ผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการอบรมแนวทางฉบับนี้ จากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
ตรวจสอบรายชื่อผู้เชี่ยวชาญทางเว็บไซต์ <https://ddc.moph.go.th/das/>



บทที่ 6 การรักษาผู้ติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบ ซี เรื้อรัง

6.1 การรักษา

การรักษาทางการแพทย์สามารถรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี แบบเรื้อรังได้โดยผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง ควรได้รับการรักษาด้วยสูตรยา DAA

แนวทางฉบับนี้ให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการเลือกสูตรยาชนิดครอบคลุมทุกสายพันธุ์ ซึ่งใช้รักษาไวรัสตับอักเสบ ซี รวมทั้งระยะเวลาที่ใช้สำหรับการรักษาผู้ใหญ่และวัยรุ่น ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเลือกสูตรยาสำหรับรักษาผู้ใหญ่ซึ่งป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรังที่ไม่มีภาวะตับแข็ง

สูตรยา	ระยะเวลา
Sofosbuvir (400 mg)/ Velpatasvir (100 mg)	12 สัปดาห์
Sofosbuvir (400 mg)/ Daclatasvir (60 mg)	12 สัปดาห์
Glecaprevir (100 mg)/ Pibrentasvir (40 mg)	8 สัปดาห์

6.2 ข้อควรระวังในการใช้ยาสูตร DAA และควรส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้ป่วยตับอักเสบไวรัส ซี ร่วมกับมีภาวะตับแข็ง
2. ผู้ป่วยตับอักเสบไวรัส ซี ร่วมกับมีภาวะตับวาย
3. ผู้ป่วยตับอักเสบไวรัส ซี ร่วมกับมีภาวะมะเร็งตับ
4. ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ร่วมกับไวรัสตับอักเสบ ซี
5. ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง GFR < 30 มิลลิลิตรต่อนาที
6. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะรุนแรงหรือที่ยังควบคุมไม่ได้ตีร่วมด้วย
7. ผู้ป่วยที่มีประวัติปลูกถ่ายตับ
8. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกลุ่ม (DAA) ในการรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี มาก่อน

6.3 แนวทางการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรกระบบทางเดินอาหาร

1. ส่งตรวจสายพันธุ์ของไวรัสตับอักเสบ ซี (Genotype)
2. ถ้าเป็นสายพันธุ์ 3b และมีตับแข็ง ให้การรักษาด้วย Sofosbuvir/Velpastasvir ร่วมกับ Ribavirin เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์
3. ถ้าเป็นตับแข็งระยะท้าย (Decompensated cirrhosis) ให้การรักษาด้วย Sofosbuvir/Velpastasvir ร่วมกับ Ribavirin เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์
4. ถ้าผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง GFR < 30 มิลลิลิตรต่อนาที พิจารณาการรักษาด้วย Sofosbuvir/Velpastasvir ด้วยความระมัดระวัง หรือให้การรักษาด้วย Glecaprevir/Pibrentasvir
5. ถ้ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาไวรัสตับอักเสบ บี ของสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย



บทที่ 7 การป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบ ซี

ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ดังนั้นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี สิ่งที่สำคัญที่สุด หลักการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี มีดังนี้

7.1 การป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี

1. ห้ามใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน
2. สวมถุงมือถ้าต้องสัมผัสเลือด
3. ห้ามใช้มีดโกนหนวด แปรงสีฟันร่วมกัน
4. ห้ามใช้อุปกรณ์ในการสักร่วมกัน ผู้รับทำการเจาะสักก็ควรต้องมีอุปกรณ์ บุคลากรที่มีมาตรฐานและรับผิดชอบในการกระทำ ไม่นำอุปกรณ์ที่ใช้แล้วมาใช้กับคนอื่นอีก
5. ใช้ถุงยางอนามัย จนรักษาหายจากไวรัสตับอักเสบ ซี
6. กรณีหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี แนะนำให้ทำการรักษาก่อนตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปยังทารก

7.2 การป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี

1. กรณีเป็นผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ควรสนับสนุนให้ได้รับการบำบัดยาเสพติดอย่างเหมาะสม และสนับสนุนให้ผู้ที่ใช้สารเสพติดเข้าถึงเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด
2. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี

7.3 การป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในชุมชน

ทั่วโลกมีการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี โดย

1. ตรวจสอบการรับบริจาคโลหิตทุกถุง
2. จัดหาอุปกรณ์การฉีดยาที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว
3. ให้ความรู้เรื่องการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm reduction) แก่กลุ่มประชากรผู้ใช้สารเสพติด
4. ทำความสะอาดอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้งแผนปัจจุบัน และแผนโบราณ
5. ทำความสะอาดฆ่าเชื้อ เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการสัก เจาะร่างกาย ก่อนนำมาใช้

7.4 การช่วยเหลือและให้กำลังใจ

โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ก่อให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ป่วย ทำให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี เกิดความละอายและแยกตัวออกจากสังคม กำลังใจและการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนฝูง และชุมชน เป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ในสังคม



บทที่ 8 การจากระบบบริการ

ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจำนวนมากที่ไม่ทราบสถานการณ์การติดเชื้อของตนเอง เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและการรักษา ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้จึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคตับแข็ง และมะเร็งตับในอนาคต ถึงแม้ผู้ติดเชื้อบางส่วนจะได้รับการตรวจจนทราบสถานการณ์การติดเชื้อของตนเอง แต่ก็อาจไม่ได้รับการรักษาทั้งที่ยาที่ใช้ในการรักษาได้รับการบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ และเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาอยู่แล้ว ปัญหาสำคัญ คือ การขาดความเชื่อมโยงระหว่างการตรวจและการรักษา และข้อบ่งชี้ยาที่กำหนดไว้ตามบัญชียาหลักแห่งชาติมีความจำเพาะสูง ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมที่ซับซ้อน และต้องมีผู้เชี่ยวชาญในการประเมินผู้ป่วยก่อนรับการรักษา แต่ผู้เชี่ยวชาญยังคงมีจำนวนไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยในปัจจุบัน นอกจากนี้ ถึงแม้ยาที่จำเป็นบางชนิดจะอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาแล้ว แต่ยาชนิดใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพดีและผลข้างเคียงต่ำกว่ายาเดิมยังคงมีราคาแพง ผู้ป่วยจึงยังไม่สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้

8.1 การตรวจคัดกรอง

การคัดกรอง คือ ขั้นตอนที่ทำให้ทราบว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยการตรวจด้วยชุดทดสอบรู้ผลเร็ว (Rapid test)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่มีประสิทธิภาพ โดยการดำเนินงานเชิงรุกในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเชิญชวนให้เข้ารับบริการตรวจคัดกรอง เช่น การสร้างทัศนคติ ความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และมีบริการเชิงรับในสถานพยาบาลเพื่อการตรวจคัดกรองและส่งต่อเข้าสู่บริการการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างการดำเนินการ

1. สื่อสารความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ เข้าใจ และตระหนักถึงการรู้สถานะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบของตนเอง
2. รมณรงค์ตรวจคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีการดำเนินโรคเร็ว เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ เป็นต้น

การคัดกรอง

การคัดกรอง คือ ขั้นตอนที่ทำให้บุคคลทราบว่าตนติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี หรือไม่

1. บุคคลทั้งหมดที่เคยเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้มีอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี สูงควรได้รับการคัดกรองด้วยการตรวจหาแอนติบอดี (Antibody test) ซึ่งรวมถึงผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (People who inject drugs, PWID) และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (People living with HIV, PLHIV)
2. สำหรับกลุ่มประชากรทั่วไป ในพื้นที่ที่ค่าความชุกของแอนติบอดีที่จำเพาะต่อไวรัสตับอักเสบ ซี ในกลุ่มประชากรมีค่า $\geq 2\%$ หรือ $\geq 5\%$ ประชากรผู้ใหญ่ ทุกคนควรจะสามารถเข้าถึงบริการเพื่อตรวจหาแอนติบอดีได้ ตลอดจนได้รับการแนะนำให้ตรวจหาแอนติบอดี
3. บุคคลใดก็ตามที่ผลตรวจพบแอนติบอดี ควรได้รับการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (Viral load test หรือที่รู้จักกันในนามของการตรวจหา HCV RNA) เพื่อยืนยันว่ามี การติดเชื้อแบบเรื้อรังหรือไม่
4. ไม่จำเป็นต้องทำการตรวจหาจีโนไทป์ (Genotype testing) ของไวรัสตับอักเสบ ซี ก่อนที่จะได้รับการรักษาด้วยการเลือกสูตรยา DAA ชนิด “ครอบคลุมทุกสายพันธุ์” (Pan - genotypic)

8.2 การรักษา

ไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นโรคที่พบได้บ่อยพอควร โดยทั่วไปผู้ป่วยมักจะไม่ทราบมาก่อนว่ามีเชื้อนี้อยู่ในร่างกาย จะทราบได้ก็ต่อเมื่อไปตรวจร่างกายแล้วพบค่าการทำงานของตับผิดปกติ และตรวจเลือดพบการติดเชื้อ

เป้าหมายของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี

1. กำจัดไวรัสออกจากร่างกาย
2. ลดความเสียหายของตับ
3. ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
4. ป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ไปสู่คนอื่น ๆ

ถ้าการรักษาประสบความสำเร็จ จะตรวจไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ในร่างกาย และจะ
ไม่มีการแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น

1. การรักษา

ปัจจุบันมีการพัฒนายา Direct Acting Antiviral (DAA) ซึ่งออกฤทธิ์โดยการขัดขวาง
การเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสและสามารถให้ได้โดยวิธีรับประทาน ได้แก่ NS5A inhibitor ได้แก่
Daclatasvir และ NS5B inhibitor ได้แก่ Sofosbuvir ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการ
replication และการสร้างไวรัสใหม่ การใช้ร่วมกันนั้นให้ประสิทธิภาพการรักษาที่ดี (SVR
เพิ่มขึ้น) กำจัดเชื้อไวรัสได้ทุกสายพันธุ์ ออกฤทธิ์เสริมกับสูตร PR หรือสามารถใช้ร่วมกันได้โดยไม่ต้องใช้
Peg interferon alpha โดยใช้เวลากำหนดรักษาสั้นลงและมีอาการข้างเคียงไม่รุนแรง

2. การเตรียมความพร้อมสำหรับการรักษา

ปัจจัยเหล่านี้มีผลกระทบต่อการรักษา

- 2.1 สายพันธุ์ของไวรัสตับอักเสบบี ซี ในร่างกายของผู้ป่วย
- 2.2 ระดับของความเสียหายของตับ
- 2.3 ปริมาณไวรัสในร่างกาย
- 2.4 ผู้ป่วยสามารถรับยาอย่างต่อเนื่องได้นานแค่ไหน
- 2.5 อายุ
- 2.6 น้ำหนักตัว
- 2.7 เชื้อชาติ
- 2.8 การดื่มแอลกอฮอล์
- 2.9 การสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว

สิ่งที่สำคัญคือ ให้วางแผนกับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ รวมทั้งเพื่อนและครอบครัวก่อนที่จะเริ่มการรักษา แพทย์จะมีการประเมินผู้ป่วยในระยะก่อนการรักษา ในระหว่างการรักษา และระยะหกเดือนหลังการรักษา โดยจะติดตามคุณภาพตับของผู้ป่วย พร้อมไปกับจำนวนของไวรัสในร่างกาย ผู้ป่วยต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงของการรักษา เช่น อาจจำเป็นต้องหยุดพักงาน เงื่อนไขทางสุขภาพอื่น ๆ ที่ต้องจัดการรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษา

การรักษานั้นมีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการรับการรักษา อย่างไรก็ตามมีหลายโปรแกรมที่สามารถช่วยครอบคลุมค่าใช้จ่าย เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพสามารถช่วยแนะนำโปรแกรมเหล่านั้นให้ผู้ป่วยในการช่วยเหลือทางการเงินหรือการรองรับค่ารักษา

เพื่อนและครอบครัวสามารถสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ช่วงแรกในการรักษา ผู้ป่วยจะใช้เวลาวางแผนร่วมกับแพทย์ผู้รักษา รวมถึงคนรอบข้างที่คอยให้การสนับสนุน

สิ่งสำคัญที่ต้องจำไว้ก็คือ แม้จะรักษาหายแล้วร่างกายจะไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันต้านไวรัสชนิดนี้ได้ ผู้ป่วยสามารถกลับมาติดเชื้อได้อีก

(ที่มา : <http://yourlanguage.hepcinfo.ca/th/treatment-hepatitis-c>)

8.3 ระบบส่งต่อผู้ป่วย

ปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการตรวจจนทราบสถานการณ์การติดเชื้อของตนเอง แต่ก็อาจไม่ได้รับการรักษาทั้งที่ยาที่ใช้ในการรักษาได้รับการบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ และเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาอยู่แล้ว ดังนั้นจึงต้องพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทางการแพทย์ถึงสภาพปัญหาและผลกระทบของโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง และความจำเป็นของการรักษาผู้ป่วย
2. พัฒนาระบบบริการให้เชื่อมโยงการตรวจคัดกรอง การดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ เช่น ระบบทะเบียนแบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการรักษา และระบบบริการให้คำปรึกษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไวรัสตับอักเสบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม
3. มีระบบข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบ ที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลการตรวจคัดกรองและการดูแลรักษาในสถานพยาบาลที่บุคคลนั้น ๆ มีสิทธิการรักษาพยาบาลอยู่ โดยสามารถตรวจสอบได้ว่าบุคคลที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาตามสถานพยาบาลนั้น ๆ หรือไม่

8.4 การประเมินผลการบริการ

8.4.1 การติดตามผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี

- 1) ตรวจสอบเลือดเป็นระยะ ๆ (ทุก 3 - 6 เดือน) ตามที่แพทย์นัด เพื่อเฝ้าดูการดำเนินของโรค
- 2) ผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ควรได้รับคำแนะนำว่าความเสี่ยงของการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่ำ จึงไม่จำเป็นต้องป้องกัน ยกเว้นในกรณีที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย แต่ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก
- 3) ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง ที่มีภาวะอ้วน ภาวะดีต่ออินซูลิน หรือกลุ่มโรคทางเมตาบอลิก และดีมีสุรา ควรปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะหรือปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้ตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น หรือช่วยชะลอการลุกลามของโรคในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

8.4.2 การปฏิบัติตัวเมื่อติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี

- 1) หลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์
- 2) แยกอุปกรณ์ที่เป็นของมีคม เช่น มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ แปรงสีฟัน โดยไม่ปนเปื้อนกับผู้อื่น
- 3) งดการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาาร่วมกัน
- 4) การสัก เจาะ ควรใช้อุปกรณ์ที่มีมาตรฐาน และห้ามนำไปใช้กับผู้อื่น ๆ
- 5) งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 6) หลีกเลี่ยงสารพิษอื่น ๆ เช่น อาหารเสริม สมุนไพร ที่ไม่ทราบส่วนประกอบหรือผลข้างเคียง เพราะอาจทำให้ตับอักเสบเพิ่มขึ้น หรือเกิดตับแข็งเร็วขึ้น
- 7) ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
- 8) ควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง



บทที่ 9 บทบาทของภาคประชาสังคมในการต่อสู้ เพื่อการเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

ทำไมภาคประชาสังคมถึงต้องต่อสู้เพื่อการเข้าถึงการรักษาไวรัส ตับอักเสบ ซี

เราไม่อาจปฏิเสธได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือกลุ่มผู้ได้รับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเป็นกลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบจากโรคไวรัสตับอักเสบ ซี มากที่สุดกลุ่มหนึ่ง เพราะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี พบได้มากในผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด และผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงมากที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ร่วมด้วย ทั้งนี้ ผู้ได้รับเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ชนิดเรื้อรัง ด้วยมีโอกาสป่วยด้วยโรคตับแข็งหรือโรคมะเร็งตับได้เร็วกว่าคนที่ได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี อย่างเดียวสองเท่า

ในอดีต โรคไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นโรคไม่สามารถรักษาได้ และต่อมาเริ่มมียาที่พอรักษาได้ ผู้ป่วยน้อยรายได้รับการรักษาด้วยยานี้จนหาย แต่หลายรายรักษาไม่ได้ผล และยังคงติดเชื้ออยู่หลายคนได้รับผลข้างเคียงรุนแรงจากยานี้จนทนรักษาจนจบไม่ได้ เมื่อเทคโนโลยีด้านยาพัฒนามาจนมียาชนิดใหม่ที่รักษาไวรัสตับอักเสบ ซี ได้หายขาดและไม่มีผลข้างเคียงจากยาที่รุนแรง แต่ปัญหาใหญ่ คือ ราคาแพงมาก เพราะการผูกขาดผ่านระบบสิทธิบัตร

คงเป็นเรื่องน่าเสียดายและเป็นความสูญเสียใหญ่ของประเทศ ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีจนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและกลับมาใช้ชีวิตที่เป็นปกติได้ ต้องมาป่วยหนักหรือเสียชีวิตจากโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ที่ปัจจุบันรักษาได้หายขาดแล้ว

นอกจากนี้ ในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในกลุ่มอื่น ๆ อีกเป็นจำนวนแสนคน รวมถึงผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ที่ควรจะได้รับ การรักษาให้รอดพ้นจากโรคตับแข็งและมะเร็งตับ จากไวรัสตับอักเสบ ซี ซึ่งการเข้าถึงการรักษาและบริการสุขภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนพึงมี

เมื่อประชาชนเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ พวกเขาจะสามารถกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ต่อไป ในด้านระบบสุขภาพ การรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี ได้ขยายขนาดเท่ากับการป้องกันไม่ให้ส่งต่อเชื้อไปให้กับผู้ป่วยรายใหม่ได้ และการเข้าถึงการรักษาเป็นการช่วยลดภาระงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข และประหยัดงบประมาณแผ่นดินในการรักษาด้วยการเปลี่ยนถ่ายตับ หรือการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคตับแข็งขั้นรุนแรงหรือโรคมะเร็งตับ

จากยุคสู่ยุค : จากการรักษาด้วยยา Pegylated Interferon สู่ยากลับ HCV DAA

ก่อนปี พ.ศ. 2556 ภาคประชาสังคมกลุ่มหลักที่รณรงค์เรียกร้องให้หลักประกันสุขภาพของประเทศ จัดให้มีการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี คือ กลุ่มภาคประชาสังคมที่ทำงานกับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด จนนำไปสู่การนำเสนอโนบายให้มีการรักษาด้วยยา Pegylated Interferon ซึ่งเป็นยาฉีด (สัปดาห์ละหนึ่งเข็ม) และต้องใช้ร่วมกับยา Ribavirine ซึ่งเป็นยากิน (กินทุกวัน ๆ ละหลายเม็ด ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัว)

ข้อเสนอถูกนำไปสู่การพิจารณาของคณะกรรมการบัญญัติยาหลักแห่งชาติ ซึ่งในกระบวนการพิจารณา คณะกรรมการฯ ได้มอบหมายให้หน่วยงานวิจัยเชิงนโยบาย ซึ่งมีชื่อว่า โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ดำเนินการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เนื่องจากยามีราคาแพง ในขณะที่เดียวกันกองทุนยาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินการต่อรองราคากับบริษัทยาควบคู่ไปกับงานวิจัยฯ

จนสุดท้าย ผลการวิจัยระบุว่า การรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยยาสูตรนี้มีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ให้เกิดการรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี และต้องรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งและมะเร็งตับ ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศได้จัดสรรงบประมาณสำหรับซื้อยา และขยายชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมถึงการรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยยาสูตรนี้ ซึ่งจัดซื้อรวมโดยระบบของรัฐในราคาเข็มละ 3,500 บาท สำหรับยา Pegylated Interferon และยา Ribavirine ซึ่งเป็นยากิน เป็นการแถมฟรี ผู้ติดเชื้อรวมทั้งไวรัสเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบ ซี ต้องได้รับยาสัปดาห์ละหนึ่งเข็ม เป็นเวลา 48 สัปดาห์ ในขณะที่ผู้ติดเชื้อเฉพาะไวรัสตับอักเสบ ซี ต้องฉีดยาเป็นเวลา 24 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของไวรัสและสภาพการทำงานของตับ

อย่างไรก็ดี อุปสรรคสำคัญที่ทำให้มีเพียงผู้ป่วยจำนวนน้อยเข้าถึงการรักษา มีหลายประการ ประการแรก คือ ปัญหาคอขวดในการเข้าถึงการตรวจต่าง ๆ เช่น การตรวจ การติดเชื้อ การตรวจยืนยันการติดเชื้อเรื้อรัง การตรวจหาสายพันธุ์ การตรวจสภาพการทำงานของตับ ฯลฯ ที่ซับซ้อน ราคาแพง และแหล่งบริการตรวจที่จำกัด ประการที่สอง คือ การสื่อสารให้หน่วยบริการต่าง ๆ และผู้ป่วยทราบถึงนโยบายการเข้าถึงการตรวจและการรักษา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่ไม่เพียงพอ และอคติในเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติกับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด และประการสุดท้าย คือ ประสิทธิภาพของยาที่รักษาไม่ได้ผลกับทุกสายพันธุ์ของไวรัสตับอักเสบบี ซี ระยะเวลารักษานาน และผลข้างเคียงของยาที่รุนแรง

แต่เมื่อหลังจากปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา ยารักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี กลุ่มใหม่ที่เรียกว่า Hepatitis C Direct Acting Antiviral (HCV DAA) ซึ่งเป็นยากิน เริ่มออกสู่ตลาดมากขึ้น และเป็นยาที่รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ให้หายขาดได้ โดยที่มีระยะเวลาการรักษาที่สั้นลงเหลือเพียง 12 สัปดาห์ ยากลุ่มนี้จึงเป็นความหวังใหม่สำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ซี ทั่วโลก

ยาในกลุ่มนี้ที่เป็นยาหลัก ๆ ในการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี ได้แก่ ยา Sofosbuvir ที่ต้องให้คู่กับยา Daclatasvir หรือยา Velpatasvir ซึ่งรักษาได้กับไวรัสตับอักเสบบี ซี ทุกสายพันธุ์

แต่ปัญหาใหญ่ คือ ยาที่กล่าวมาข้างต้นมีราคาแพงมาก ราคาเปิดตัวอยู่ที่เม็ดละ 30,000 บาท และผู้ป่วยต้องกินยาทั้งหมดจำนวน 84 เม็ด (วันละเม็ด) เป็นเวลา 12 สัปดาห์

การเคลื่อนไหวคู่ขนานระดับโลกและระดับประเทศ

เมื่อก้าวเข้าสู่ยุคการรักษาด้วยยาในกลุ่ม HCV DAA การเข้าถึงยาเพราะราคาแพง กลายเป็นประเด็นที่ถูกริพากษ์วิจารณ์ครึกโครมไปทั่วโลก ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มนี้มีจำนวนมหาศาลเป็นร้อย ๆ ล้านคน แต่เข้าถึงเพราะยาราคาแพงและถูกผูกขาดด้วยระบบสิทธิบัตร ภาคประชาสังคมทั่วโลกตั้งคำถามเกี่ยวกับความชอบธรรมในการผูกขาดของบริษัทยา จริยธรรมของบริษัทยา และต้นทุนที่แท้จริงของยา จนไปสู่กระบวนการเคลื่อนไหวรณรงค์เรียกร้องกดดันบริษัทยา ขอให้จรรยาบรรณที่ภาคประชาสังคมสืบทราบ คือ บริษัทยาที่เป็นเจ้าของสิทธิบัตรยา Sofosbuvir ไม่ได้เป็นผู้ประดิษฐ์คิดค้นยานี้ขึ้นเอง แต่ซื้อบริษัทวิจัยยาเล็ก ๆ ที่คิดค้นยา Sofosbuvir ขึ้นมา โดยที่ทุนตั้งต้นในการวิจัยยานี้มาจากภาษีของประชาชนในสหรัฐอเมริกา

นอกจากการรณรงค์เรียกร้องบริษัทยา ภาคประชาสังคมในสหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป สาธารณรัฐอาร์เจนตินา บราซิล ยูเครน อินเดีย จีน และไทย จับมือทำงานร่วมกันในการสืบค้นและวิเคราะห์ค่าขอรับสิทธิบัตรยา Sofosbuvir เพื่อฟ้องคัดค้านกับสำนักสิทธิบัตรของรัฐในแต่ละประเทศ ให้เพิกถอนสิทธิบัตรหรือปฏิเสธค่าขอรับสิทธิบัตร เพราะยา Sofosbuvir ขาดคุณสมบัติที่จะได้รับคุ้มครองสิทธิบัตร ทั้งนี้ นอกจากการคาดหวังผลในเชิงกฎหมายเพื่อปลดล็อกการผูกขาดผ่านสิทธิบัตร และเปิดโอกาสให้ยาที่เหมือนกัน แต่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องสิทธิบัตร (ยาชื่อสามัญ) เข้ามาแข่งขันได้ การเคลื่อนไหวนี้เป็นการสร้างแรงกดดันให้กับบริษัทยาให้ลดราคาขายลง

ในประเทศไทย เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ ที่เป็นภาคี เริ่มการรณรงค์เรียกร้องให้มีการรักษาไวรัสตับอักเสบบีด้วยยา Sofosbuvir ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีข้อเสนอให้นำมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรในกฎหมายสิทธิบัตรของไทยมาบังคับใช้อีกครั้ง หลังจากที่ได้เคยใช้เป็นเมื่อสิบกว่าปีก่อนกับยาด้านไวรัสเอชไอวี ยารักษาโรคหลอดเลือดอุดตัน และยารักษามะเร็ง

ในอีกด้านหนึ่ง เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ได้ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนใช้กระบวนการทางกฎหมาย โดยยื่นคำคัดค้านคำขอรับสิทธิบัตรยา Sofosbuvir ในประเทศ จนถึงปัจจุบันยังไม่สิทธิบัตรที่อนุมัติให้กับยา Sofosbuvir ในไทย และคำคัดค้านคำขอรับสิทธิบัตร 5 ฉบับยังอยู่ในกระบวนการพิจารณาของกรมทรัพย์สินทางปัญญา

ผลจากการรณรงค์เรียกร้องในไทย ทำให้การรักษาไวรัสตับอักเสบบี ด้วยยา Sofosbuvir และยาในกลุ่ม HCV DAA ชนิดอื่น ถูกนำเสนอให้คณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติพิจารณา มีการต่อรองราคากับบริษัทยา และดำเนินการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อนำยา Sofosbuvir เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติและชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศทั้งสามระบบ ทั้งนี้ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีฯ และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการต่าง ๆ ที่กล่าวมา

จากการรณรงค์ในระดับสากลโดยภาคประชาสังคมหลาย ๆ องค์กร ทำให้องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นถึงความสำคัญของการเข้าถึงการรักษาไวรัสตับอักเสบบี และมีมติให้เรื่องไวรัสตับอักเสบบี เป็นวาระเร่งด่วนที่จะต้องจัดให้หมดไปในปี พ.ศ. 2573 มติขององค์การอนามัยโลกกลายเป็นแรงกระตุ้นในประเทศสมาชิกต่าง ๆ รวมถึงประเทศไทย ต้องมีแผนยุทธศาสตร์เพื่อขจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้หมดไป

ด้วยกระแสแรงกดดันเรียกร้องในระดับสากลและระดับประเทศ มีผลทำให้รัฐบาลประเทศมาเลเซียตัดสินใจประกาศใช้มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร (Compulsory Licensing หรือ CL) กับยา Sofosbuvir เพราะยาต้นแบบที่บริษัทจดสิทธิบัตรไว้มีราคาแพง และบริษัทไม่ยอมลดราคา แม้ว่ารัฐบาลมาเลเซียได้พยายามต่อรองราคายาหลายครั้งแล้วก็ตาม การประกาศนโยบาย CL ของรัฐบาลมาเลเซีย ถือว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ เพราะทำให้บริษัทที่เป็นเจ้าสิทธิบัตรยา Sofosbuvir ยอมขยายสิทธิ ยกเว้นการคุ้มครองสิทธิบัตรให้กับมาเลเซีย ไทย ยูเครน และเบลารุส ซึ่งการยกเว้นนั้นไม่ใช่เฉพาะกับยา Sofosbuvir เท่านั้น แต่รวมถึงยารักษาไวรัสตับอักเสบ ซี อื่น ๆ ของบริษัทด้วย

จากเดิมที่ยา Sofosbuvir มีราคาตอนเปิดตัวที่เม็ดละ 30,000 บาท ในขณะที่ต่อราคาเพื่อเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ ราคาเม็ดละ 1,200 บาท จนรัฐบาลมาเลเซียประกาศใช้มาตรการ CL และไทยสามารถผลิตหรือนำเข้ายา Sofosbuvir ของบริษัทอื่นได้ ราคายา Sofosbuvir ลดลงเหลือเพียงเม็ดละไม่เกิน 120 บาท

อย่างไรก็ดี อุปสรรคที่ยังขัดขวางการเข้าถึงยา คือ ประเทศไทยยังไม่มียา HCV DAA ที่รักษาได้ทุกสายพันธุ์อย่างยาสูตรรวมเม็ดของยา Sofosbuvir และยา Velpatasvir ซึ่งยานี้ จะช่วยให้ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้นไปอีก และจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในเรื่องค่าตรวจหาสายพันธุ์ลง

ปัญหาใหญ่ ทำงานคนเดียวสำเร็จได้ยาก

ประเทศไทยถือว่ามียุทธศาสตร์ที่ดีจากการทำงานด้านเอชไอวีและเอ็ดส์ร่วมกัน ทั้งฝ่ายภาคประชาสังคม แพทย์ หน่วยบริการสาธารณสุข และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีฯ ในทุกระดับ ด้วยบทเรียนและต้นทุนเดิมที่มี ทำให้การขับเคลื่อนให้เกิดการเข้าถึงการรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี ส่งผลให้มียา HCV DAA ในระบบสุขภาพได้เร็วในระยะเวลาเพียงไม่ถึง 4 ปี แนวทางการรักษาถูกปรับปรุงแก้ไขให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการตรวจและรักษาได้ดีขึ้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรงบประมาณการตรวจคัดกรองให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง องค์การเภสัชกรรมทำการวิจัยเพื่อผลิตยา HCV DAA เอง และกระทรวงสาธารณสุขมียุทธศาสตร์ของประเทศในการจัดการกับไวรัสตับอักเสบ

ทั้งนี้ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีฯ ถือเป็นเพียงจักรสำคัญ ที่ทำงานทั้งในระดับประเทศในเชิงนโยบาย และระดับพื้นที่ในระดับปฏิบัติกับกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ในชุมชนและโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อคลี่คลายปัญหาการเข้าถึงการตรวจและการรักษา ที่เป็นปัญหาเฉพาะระดับพื้นที่หรือที่เป็นปัญหาระดับนโยบายของประเทศ

ตัวอย่างหนึ่ง คือ การทำงานในพื้นที่นำร่องในภาคเหนือและภาคใต้ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีฯ ในระยะเวลา 4 ปีที่ผ่านมา เครือข่ายฯ ทำงานอย่างหนักเพื่อสร้างความตระหนักให้กับเพื่อนผู้ติดเชื้อฯ ในชุมชนผ่านหลักสูตรการอบรม เพื่อให้เข้าใจถึงการตรวจและการรักษาด้วยยา HCV DAA รวมถึงสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพและความท้าทายและอุปสรรคในการเข้าถึง และสื่อสารให้เพื่อน ๆ ขอรับการตรวจและการรักษาตามโรงพยาบาลที่ได้ลงทะเบียนไว้ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการตรวจสอบและค้นหาช่องว่างในระบบและสรุปนำเสนอให้มีการแก้ไขในเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ทำงานร่วมกับโรงพยาบาล เพื่อให้มีข้อตกลงความร่วมมือให้เกิดการทำงานเชื่อมร้อยระหว่างผู้ป่วย แผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลระดับจังหวัด และให้เกิดการส่งต่อให้ได้รับการตรวจและการรักษาตามชุดสิทธิประโยชน์

การทำงานสานต่อจากนี้

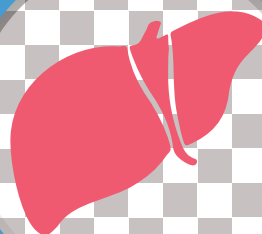
แม้ว่าการขับเคลื่อนเพื่อการเข้าถึงการตรวจและการรักษาไวรัสตับอักเสบบี C ในประเทศไทยจะมีความคืบหน้าตามลำดับ แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคอีกมากมายที่ภาคประชาสังคมและหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐต้องทำงานร่วมกันต่อไป

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทยและองค์กรภาคประชาสังคมมีเป้าหมายที่จะทำให้ทุกคนในประเทศไทยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี C ชนิดเรื้อรัง ได้รับการตรวจและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ โดยที่สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อไปนี้ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข

1. ประเทศมียา HCV DAA ที่เป็นสูตรรักษาได้ทุกสายพันธุ์ในระบบหลักประกันสุขภาพ
2. ข้อบ่งชี้และเกณฑ์การได้รับการตรวจและการรักษาควรปรับปรุงแก้ไขให้ทุกคนติดเชื้อเข้าถึงได้
3. ระบบสุขภาพมีกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจและการรักษาได้สะดวก ตามสถานการณ์และข้อจำกัดเฉพาะของแต่ละพื้นที่
4. ในอนาคตระบบหลักประกันสุขภาพควรจัดสรรงบประมาณเพื่อการตรวจและการรักษาให้เพียงพอ
5. ประเทศมีฐานข้อมูลเรื่องไวรัสตับอักเสบบี C ที่เป็นระบบและเป็นปัจจุบัน เพื่อใช้ในการติดตามและวางแผน

ภาคผนวก 1

แนวทางการเบิกจ่ายชดเชย
กรณีการตรวจคัดกรองและการตรวจ
ยืนยันไวรัสตับอักเสบ ซี



แนวทางการเบิกจ่ายชดเชยกรณีการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับจัดสรรงบประมาณสำหรับการบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ การป้องกันในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการสนับสนุน ส่งเสริมการจัดบริการสำหรับกลุ่มดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสมีผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และไม่เกิดผลข้างเคียงในการรักษา จึงได้เพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

1) ผู้มีสิทธิขอรับบริการ

เป็นบุคคลสัญชาติไทยที่มีสิทธิว่าง หรือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต้องมีเงื่อนไขเป็นไปตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1.1) ผู้ที่ลงทะเบียนการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในระบบโปรแกรม NAP

1.2) ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (People who inject drugs: PWID) ที่มารับบริการ การบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing: VCT) ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิอาจไม่ประสงค์ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีก็ได้แล้วแต่ความสมัครใจ

2) สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จะทราบได้จากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเท่านั้น ผู้มีสิทธิจะได้รับบริการในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเป็นการตรวจคัดกรอง และการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ดังนี้

2.1) การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (Anti HCV)

2.2) การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HCV viral load: HCV RNA – Quantitative)

2.3) การตรวจประเมินก่อนการรักษา จำนวน 2 รายการ ได้แก่

2.3.1) การตรวจสภาพความยืดหยุ่นในตับ ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ

-ตรวจ Transient elastography (Fibroscan ®) หรือ

-ตรวจ Fibro marker panel

2.3.2) การตรวจสายพันธุ์ไวรัสตับอักเสบบี (HCV genotype)

2.1) การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (Anti HCV)

เป็นการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Anti HCV) ซึ่งเป็นโปรตีนที่เกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายที่ระบุนว่ามี หรือเคยมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยมีรายละเอียดผลการตรวจดังนี้

2.1.1) ผลการตรวจ Anti HCV เป็นลบ (negative) แสดงว่าไม่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทั้งนี้ผู้มีสิทธิสามารถรับการตรวจคัดกรองได้ใหม่หลังจากพบว่ามีการสัมผัสเชื้อในภายหลังในปีถัดไป

2.1.2) ผลการตรวจ Anti HCV เป็นบวก (positive) แสดงว่าเคยมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมาก่อน โดยที่ขณะนี้อาจมีหรือไม่มีไวรัสอยู่ในเลือดก็ได้ ในกรณีนี้ต้องตรวจพิสูจน์เพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีโดยการตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (HCV viral load)

ทั้งนี้การตรวจ Anti HCV ควรตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วย Rapid test แต่ถ้าผู้ใช้สิทธิบริการเคยทราบมาก่อนว่าเป็นผลบวก จึงพิจารณาการตรวจด้วยเครื่องอัตโนมัติ หน่วยบริการสามารถเบิกจ่ายชดเชยได้เพียง 1 รายการเท่านั้น เนื่องจากการตรวจด้วยวิธี Rapid test ให้ความไวและความจำเพาะมากกว่า 90% ซึ่งก็เพียงพอต่อการคัดกรองในเบื้องต้น และตรงกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกในการคัดกรองเพื่อกำจัดไวรัสตับอักเสบบีให้หมดไป ซึ่งต่อไปควรต้องมีกระบวนการควบคุมคุณภาพมาตรฐานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

2.2) การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HCV viral load : HCV RNA-Quantitative)

ในกรณีที่การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (Anti HCV) ได้ผลเป็นบวก (positive) ต้องตรวจเลือดหาปริมาณ RNA ของไวรัสเพื่อเป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจริง รวมถึงทราบระดับความรุนแรงของการติดเชื้อดังกล่าว โดยมีรายละเอียดผลการตรวจ ดังนี้

2.2.1) ผลการตรวจได้น้อยกว่าค่าต่ำสุดที่วัดได้ (Not detected) ต้องนัดผู้ป่วยมาตรวจเลือดซ้ำเพื่อยืนยันการติดเชื้อในภายหลังอีกครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป แต่ไม่เกิน 1 ปี นับจากการตรวจครั้งล่าสุด หากได้ผลตรวจเป็น Not detected อีกครั้งแสดงว่าไม่มีการติดเชื้อ และหากมีความเสี่ยงในภายหลังสามารถมารับบริการตรวจ HCV viral load ซ้ำได้ในปีถัดไป

2.2.2) ผลการตรวจได้ค่าน้อยกว่า 5,000 IU/ml แสดงว่ามีการติดเชื้อแต่ยังไม่รุนแรงมาก และยังไม่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาตามแนวทางกำกับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีด้วยยา Peginterferon+ Ribavirin และยาในกลุ่ม DAA (Sofosbuvir และ Sofosbuvir+Ledipasvir) เนื่องจากความรุนแรงของโรค

ไวรัสตับอักเสบบีจะค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้าๆ ให้กลับมาตรวจ HCV viral load ซ้ำเพื่อติดตามดูปริมาณของไวรัสในปัสสาวะ นับจากการตรวจครั้งล่าสุด 12 เดือนขึ้นไป

2.2.3) ผลการตรวจได้ค่าตั้งแต่ 5,000 IU/ml ขึ้นไป แสดงว่ามีการติดเชื้อและเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับการรักษาตามแนวทางกำกับการใช้ยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีด้วยยา Peginterferon+Ribavirin และยาในกลุ่ม DAA (Sofosbuvir และ Sofosbuvir+Ledipasvir) ซึ่งในกรณีนี้ต้องมีการตรวจประเมินการรักษา

2.3) การตรวจประเมินก่อนการรักษา

การตรวจประเมินก่อนการรักษา จะตรวจในกรณีที่ผลตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HCV RNA – Quantitative) มีค่าตั้งแต่ 5,000 IU/ml ขึ้นไป โดยให้ตรวจ 2 อย่างได้แก่

2.3.1) การตรวจสภาพความยืดหยุ่นในตับ มีการตรวจ 2 วิธีคือ

- 1) การตรวจ Transient elastography (*Fibroscan*®) หรือ
- 2) การตรวจ Fibro marker panel

2.3.2) การตรวจหาสายพันธุ์ของไวรัสตับอักเสบบี (HCV Genotype)

ซึ่งมีเกณฑ์ และเงื่อนไขการตรวจ ดังตารางรายละเอียดการตรวจประเมินก่อนการรักษา

รายละเอียดการตรวจประเมินก่อนการรักษา

การตรวจ	ผล	การดำเนินการ
1) การตรวจสภาพความยืดหยุ่นในตับ มี 2 วิธี หน่วยบริการสามารถเลือกทำวิธี ก) หรือ ข) อย่างไม่อย่างหนึ่ง		
ก) Transient elastography (<i>Fibroscan</i>®) หรือ	-ค่า fibro score ไม่เกิน 5 kPa	-ให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับไวรัสตับอักเสบบี -ให้ตรวจซ้ำได้ทุก 2 ปี โดยนับจากการตรวจครั้งล่าสุด
	-ค่า fibro score เท่ากับ 5 kPa แต่ไม่เกิน 7 kPa	-ให้ตรวจซ้ำได้ปีละ 1 ครั้ง โดยนับจากการตรวจครั้งล่าสุด 12 เดือนขึ้นไป
	-ค่า fibro score ตั้งแต่ 7 kPa ขึ้นไป	-เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาตามแนวทางกำกับการใช้ยา Peginterferon+Ribavirin และยาในกลุ่ม DAA (Sofosbuvir และ Sofosbuvir+Ledipasvir)

การตรวจ	ผล	การดำเนินการ
ข) Fibro marker panel	ขึ้นอยู่กัแต่ละ test แต่ทุก test ต้องมีค่าเทียบเท่าไม่เกิน F2	-ให้ตรวจซ้ำได้ปีละ 1 ครั้ง โดยนับจากการตรวจครั้งล่าสุด 12 เดือนขึ้นไป
	ขึ้นอยู่กัแต่ละ test แต่ทุก test ต้องมีค่าเทียบเท่าตั้งแต่ F2 ขึ้นไป	-เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาตามแนวทางกำกับการใช้ยา Peginterferon+Ribavirin และยาในกลุ่ม DAA (Sofosbuvir และ Sofosbuvir+Ledipasvir)
2) การตรวจหาสายพันธุ์ของไวรัส		
HCV genotype	ทราบสายพันธุ์ของไวรัสตับอักเสบบี	แพทย์ผู้ทำการรักษาวางแผนการรักษาและเลือกยาที่ถูกต้องตามสายพันธุ์ที่ตรวจได้

หมายเหตุ : การตรวจสภาพความยืดหยุ่นในตับ เป็นคุณสมบัติส่วนหนึ่งที่กำหนดไว้ในแนวทางกำกับการรักษาด้วยยา Peginterferon+Ribavirin และยาในกลุ่ม DAA (Sofosbuvir และ Sofosbuvir+Ledipasvir) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้องมีคุณสมบัติครบทุกข้อตามแนวทางกำกับการใช้ยาดังกล่าว

3) รายการและอัตราการจ่ายชดเชย

สปสช. จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการในอัตราเหมาจ่าย ตามรายการและราคาดังต่อไปนี้

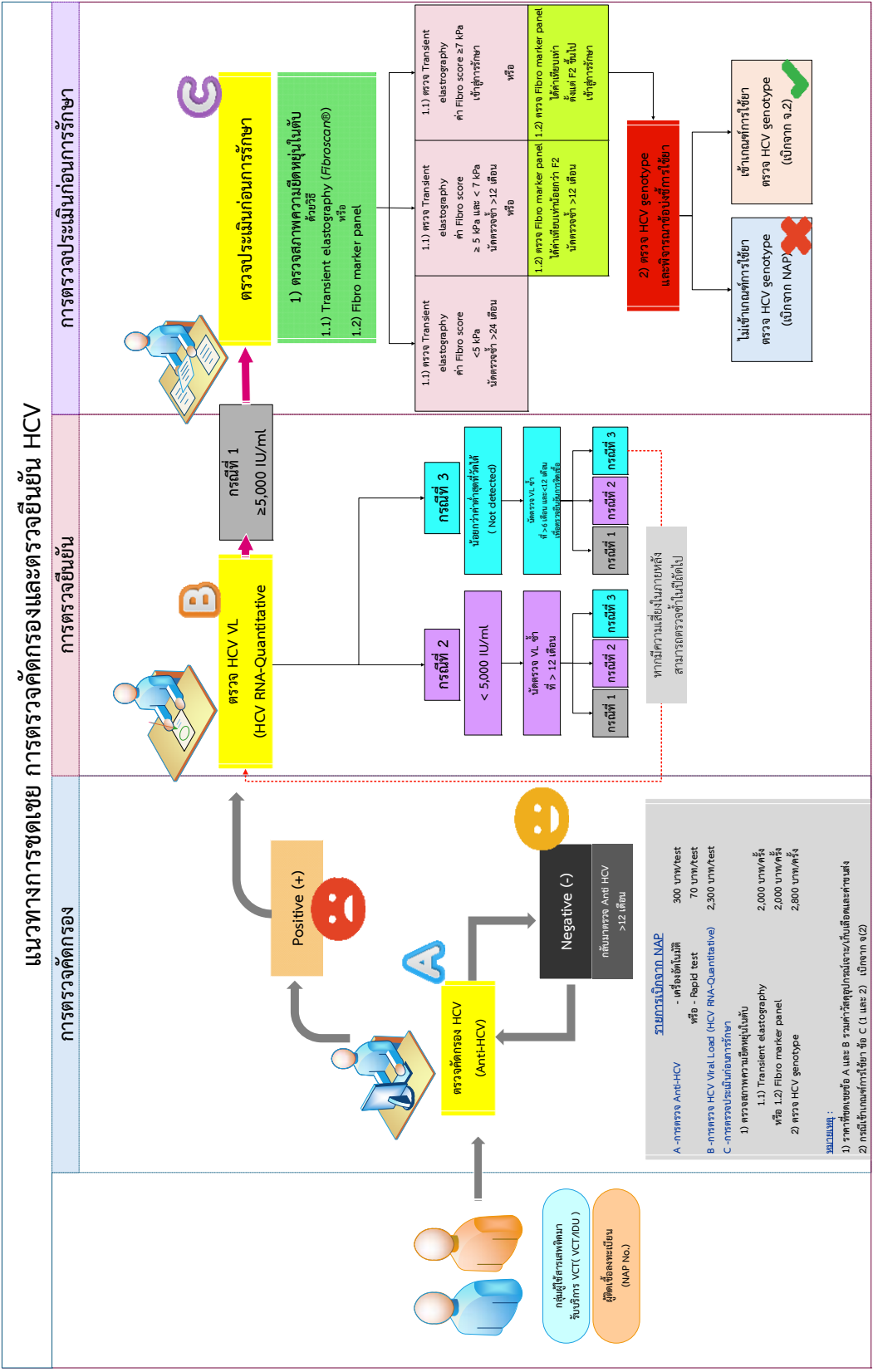
ตารางรายละเอียดรายการและอัตราการชดเชย

ลำดับ	การตรวจ	วิธีการตรวจ	ราคาจ่ายชดเชย
1	การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	Anti HCV 1.1) Rapid test หรือ 1.2) เครื่องอัตโนมัติ	70 บาท/test 300 บาท/test
2	การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	HCV viral load (HCV RNA – Quantitative)	2,300 บาท/test
3	การตรวจประเมินก่อนการรักษา 1) ตรวจสภาพความยืดหยุ่นในตับ ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง	-Transient elastography (Fibroscan®) หรือ -Fibro marker panel	2,000 บาท/ครั้ง 2,000 บาท/ครั้ง

ลำดับ	การตรวจ	วิธีการตรวจ	ราคาจ่ายชดเชย
	2) ตรวจหาสายพันธุ์ไวรัสตับอักเสบบี	-HCV genotype	2,800 บาท/ครั้ง

หมายเหตุ

- 1) ราคาจ่ายชดเชย เป็นการจ่ายชดเชยต่อการตรวจรู้ผล
- 2) ราคาจ่ายชดเชย เป็นราคาที่รวมค่าวัสดุอุปกรณ์ในการจัดเก็บ/เจาะและการขนส่งเรียบร้อยแล้ว
- 3) ในกรณีที่การตรวจในกรณีเดียวกันมีหลายวิธี สปสข. จะจ่ายชดเชยเพียง 1 วิธีการตรวจ เท่านั้น
- 4) กรณีที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาตามแนวทางกำกับการใช้ยา Peginterferon+Ribavirin และยาในกลุ่ม DAA (Sofosbuvir และ Sofosbuvir+Ledipasvir) การตรวจประเมินการรักษารายการที่ 3.1) และ 3.2) หน่วยบริการจะได้รับการชดเชยจากกองทุนยา จ (2) พร้อมค่ายา Peginterferon+Ribavirin และยาในกลุ่ม DAA (Sofosbuvir และ Sofosbuvir+Ledipasvir) เช่นเดิม
- 5) สปสข. สนับสนุนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในลักษณะการจัดการเครือข่ายบริการในพื้นที่ อย่างไรก็ตามหากเครือข่ายบริการในพื้นที่ไม่พร้อมบริการ หน่วยบริการสามารถส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจยังหน่วยตรวจชั้นสูงทางห้องปฏิบัติการที่ผ่านการตรวจประเมินในการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รายละเอียดรายชื่อนหน่วยบริการ ดังภาคผนวก 1-3 หรือ สปสข. มีการประกาศแจ้งเพิ่มเติมในภายหลัง
- 6) ผู้มีสิทธิควรเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำ ยกเว้นกรณีที่มีความจำเป็น หรือการตรวจเพื่อประเมินการรักษาให้สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่นได้ และควรเป็นหน่วยบริการที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในระบบทางเดินอาหาร โดยการเข้ารับบริการดังกล่าว สปสข. ได้จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการตามเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราที่กำหนด และไม่มีส่วนเกินที่เรียกเก็บจากต้นสังกัด ยกเว้นในการเข้ารับบริการในครั้งนั้นมีการรักษากรณีอื่นนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บได้ตามเกณฑ์ และเงื่อนไขที่กำหนดของกรณีอื่นๆ



4) หน่วยบริการที่ขอรับการชดเชย

เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนกรณีให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

1) การตรวจคัดกรอง Anti HCV	2) การตรวจยืนยัน HCV Viral load (HCV RNA- quantitative)	3) การตรวจประเมินการรักษา	
		การตรวจสภาพตับ Transient elastography (Fibroscan ®) หรือ Fibro marker panel	การตรวจสายพันธุ์ ไวรัสตับอักเสบบี (HCV genotype)
รายชื่อหน่วยบริการที่มีความพร้อมในการให้บริการในแต่ละกรณี สามารถตรวจสอบได้จาก หน้า website โปรแกรม NAP ตั้งแต่วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป			

ข้อมูลหน่วยบริการที่ให้บริการในกรณีต่างๆ ในภาคผนวก 1-3 อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นกับความพร้อมของหน่วยบริการนั้น ๆ เนื่องจากการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบีไม่มีการตรวจประเมินศักยภาพของหน่วยบริการโดยเฉพาะ เพราะเป็นปีแรกของการเริ่มดำเนินการ สปสช. จึงใช้ฐานข้อมูลเดิมที่มีการขึ้นทะเบียนศักยภาพในกรณีการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นข้อมูลเบื้องต้นและหน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลหน่วยบริการที่ให้บริการในกรณีต่างๆ ที่เป็นปัจจุบันได้ที่ หน้า website โปรแกรม NAP

5) การส่งข้อมูลเบิกจ่ายชดเชย

5.1) สปสช. ดัดข้อมูลเพื่อออกรายงานการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน ทั้งนี้ต้องส่งข้อมูลไม่เกิน 360 วันนับจากวันที่ให้บริการ หากเกินเวลาที่กำหนดถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ขอเบิกชดเชย

5.2) สปสช. ชดเชยค่าบริการที่บันทึกผ่านโปรแกรม NAP โดยตัดยอดข้อมูลและประมวลผลการจ่ายชดเชยเป็นรายเดือน ตามวันที่ตัดยอดข้อมูลในตารางรอบการประมวลผลการชดเชยบริการปีงบประมาณ 2562

6) การอุทธรณ์ข้อมูล

เป็นการขอแก้ไขข้อมูลของหน่วยบริการหลังวันตัดยอดข้อมูลเพื่อประมวลผลการจ่ายชดเชย ซึ่งหน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ได้ หากตรวจสอบพบว่ามีการจ่ายชดเชยไม่ถูกต้องตามเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด มีข้อขัดแย้งทางหลักวิชาการหรือการรักษา หรือความคลาดเคลื่อนในการส่งข้อมูลเบิกจ่ายชดเชยในโปรแกรม NAP

โดยต้องอุทธรณ์เป็นหนังสือราชการส่งไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่ของหน่วยบริการ ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2562

7) การชดเชยค่าบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ชดเชยค่าบริการตามเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราที่กำหนด โดยมีกระบวนการชดเชยค่าบริการดังแผนภูมิกระบวนการชดเชยค่าบริการ

แผนภูมิ กระบวนการชดเชยค่าบริการ



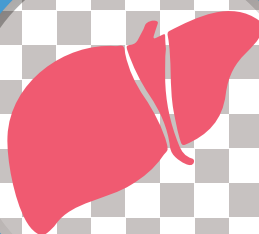
รอบการประมวลผลชุดเซรุ่มการให้บริการ ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	เดือนที่ส่งข้อมูล (Sent date)	วันที่ตัดข้อมูล
1	ตุลาคม 2561	31 ตุลาคม 2561
2	พฤศจิกายน 2561	30 พฤศจิกายน 2561
3	ธันวาคม 2561	31 ธันวาคม 2561
4	มกราคม 2562	31 มกราคม 2562
5	กุมภาพันธ์ 2562	28 กุมภาพันธ์ 2562
6	มีนาคม 2562	31 มีนาคม 2562
7	เมษายน 2562	30 เมษายน 2562
8	พฤษภาคม 2562	31 พฤษภาคม 2562
9	มิถุนายน 2562	30 มิถุนายน 2562
10	กรกฎาคม 2562	31 กรกฎาคม 2562
11	สิงหาคม 2562	31 สิงหาคม 2562
12	กันยายน 2562	30 กันยายน 2562

หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงวันที่ตัดข้อมูล สปสช. จะเวียนหนังสือแจ้งให้หน่วยบริการทราบ

ภาคผนวก 2

คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ที่ 1/2561
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกัน
ควบคุมโรคตับอักเสบจากไวรัส



(สำเนา)

คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

ที่ ๑ /๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส

ตามคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ที่ ๑/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส นั้น

ในการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ได้มีมติให้แก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบของคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ดังนี้ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๔ (๗) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ จึงมีคำสั่งดังนี้

๑. ยกเลิกคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ที่ ๑/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๒.๑ องค์ประกอบ

- | | |
|--|------------|
| (๑) ศาสตราจารย์ ดร. ภูววรรณ
ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | ที่ปรึกษา |
| (๒) นายศุภมิตร ชุมภ์สุทธิวัฒน์
ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค | ที่ปรึกษา |
| (๓) อธิบดีกรมควบคุมโรค | ประธาน |
| (๔) รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
ที่กำกับงานด้านโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส | รองประธาน |
| (๕) นายสมบัติ แทนประเสริฐสุข
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค | รองประธาน |
| (๖) ศาสตราจารย์ประเสริฐ เอื้อวรากุล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | อนุกรรมการ |
| (๗) ศาสตราจารย์พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | อนุกรรมการ |
| (๘) รองศาสตราจารย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | อนุกรรมการ |

(๙) รองศาสตราจารย์...

(๙) รองศาสตราจารย์วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อนุกรรมการ
(๑๐) นางอัญชลี อวิหิงสานนท์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย	อนุกรรมการ
(๑๑) นางสาวศุภรัตน์ เข็มนาถ สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
(๑๒) นายกสภาเทคนิคการแพทย์	อนุกรรมการ
(๑๓) นายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย	อนุกรรมการ
(๑๔) นายกสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	อนุกรรมการ
(๑๕) ประธานกลุ่มภารกิจสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ
(๑๖) หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
(๑๗) ผู้แทนกรมการแพทย์	อนุกรรมการ
(๑๘) ผู้แทนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	อนุกรรมการ
(๑๙) ผู้แทนกรมอนามัย	อนุกรรมการ
(๒๐) ผู้แทนกรมบัญชีกลาง	อนุกรรมการ
(๒๑) ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม	อนุกรรมการ
(๒๒) ผู้แทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย	อนุกรรมการ
(๒๓) ผู้แทนภาคประชาสังคมที่ทำงานกับผู้ใช้สารเสพติด	อนุกรรมการ
(๒๔) ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข	อนุกรรมการ
(๒๕) ผู้อำนวยการสำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
(๒๖) ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
(๒๗) ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
(๒๘) ผู้อำนวยการกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ และเลขานุการ
(๒๙) หัวหน้าศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

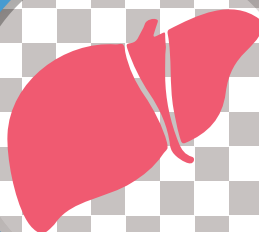
๒.๒ อำนวยการหน้าที่

(๑) ศึกษา พิจารณาข้อมูล และประมวลผลข้อมูลด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส เพื่อใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส

(๒) เสนอความเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส

ภาคผนวก 3

คำสั่งกรมควบคุมโรค ที่ 108/2563
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดการ
โรคไวรัสตับอักเสบ ซี



(สำเนา)

คำสั่งกรมควบคุมโรค

ที่ ๑๐๘ / ๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานด้านการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

ด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ทุกประเทศร่วมกันแก้ไข และกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จอันหนึ่งของเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals) โดยประเทศไทยได้ให้คำมั่นต่อนานาชาติว่าจะร่วมกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ภายในปี ๒๕๗๓ ทั้งนี้ โรคไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นโรคที่สามารถติดต่อทางเลือดหรือสารคัดหลั่งและทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อสามารถทำให้เกิดตับอักเสบทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ตลอดจนตับแข็งและมะเร็งตับ จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อเป้าหมายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในอนาคต

กรมควบคุมโรค ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และเล็งเห็นว่าการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน จึงแต่งตั้งคณะทำงานด้านการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

- | | |
|--|----------------|
| ๑. นายวัลลภ ไทยเหนือ | ที่ปรึกษา |
| ๒. นายสุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย
อธิบดีกรมควบคุมโรค | ประธานคณะทำงาน |
| ๓. นายปรีชา เปรมปรี
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค | รองประธาน |
| ๔. นายสมบัติ แทนประเสริฐสุข
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค | คณะทำงาน |
| ๕. นายพรศักดิ์ อยู่เจริญ
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค | คณะทำงาน |
| ๖. นาวาอากาศเอกชินวัตร สุทธิวนา
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช | คณะทำงาน |
| ๗. ศาสตราจารย์พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | คณะทำงาน |
| ๘. ศาสตราจารย์สมบัติ ตรีประเสริฐสุข
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | คณะทำงาน |
| ๙. รองศาสตราจารย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | คณะทำงาน |
| ๑๐. รองศาสตราจารย์พูลชัย จรัสเจริญวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | คณะทำงาน |

๑.๑๑ รองศาสตราจารย์อภัสณี โสภณสฤษดิ์สุข คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะกรรมการ
๑.๑๒ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หม่อมหลวงทยา กิตติยากร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะกรรมการ
๑.๑๓ นายอภิชาติ วชิรพันธ์ สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ
๑.๑๔ นายเฉลิมศักดิ์ กิตติตระกูล มูลนิธิเข้าถึงเอดส์	คณะกรรมการ
๑.๑๕ นายวีระพันธ์ งามมี มูลนิธิไอโซน	คณะกรรมการ
๑.๑๖ นายสุรพล เกษะเรียนอุดม กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ
๑.๑๗ นางสาวศิริลักษณ์ กองพลี กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ
๑.๑๘ นายยุทธภูมิ ศรีคำจัน กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ
๑.๑๙ นางสาวศันสนีย์ วงค์ม่วย กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ
๑.๒๐ นายศรายุธ อุตตมางคพงศ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ และเลขานุการ
๑.๒๑ นางมณฑินี วสันติอุปกาศกร ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๒ นายกฤษณวัฒน์ รัศมี ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๓ ว่าที่ร้อยตรีหญิงจุฑารัตน์ ชูเอียด ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๔ นางสาวสุดาภรณ์ กู้กอง ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๕ นางสาวณัฐนิชา วัฒนานนท์ ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

๒. ให้คณะทำงานมีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๒.๑ ศึกษา พิจารณาข้อมูล และประมวลผลข้อมูลด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อใช้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี

๒.๒ เสนอและจัดทำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขถือปฏิบัติ

๒.๓ ประสาน ผลักดันการดำเนินงาน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านการกำจัดโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี

๒.๔ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ลงชื่อ สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย
(นายสุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย)
อธิบดีกรมควบคุมโรค

สำเนาถูกต้อง



(นางมณฑินี วสันตอุปกอกร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

จุฬารัตน์/คัต

บรรณานุกรม

1. บัญชียาหลักแห่งชาติ. แนวทางการกำกับการใช้ยา Peginterferonalfa ชนิด 2a และ 2b ร่วมกับ Ribavirin. บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข (บัญชียาหลักแห่งชาติแผนปัจจุบัน). [เข้าถึงเมื่อ 18 ม.ค.60], เข้าถึงได้จาก : <http://drug.fda.moph.th:81/nlem.in.th/node/10200>
2. สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย. สํารวจและประเมินคุณภาพชุดนํ้ายตรวจแอนติเจนของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Anti - HCV). วารสารเทคนิคการแพทย์. ธันวาคม 2546 : 1 - 9.
3. Verachai V, Phutiprawan T, Theamboonlers A, Chinchai T, Tanprasert S, Haagsmans BL, Osterhaus AD, Poovorawan Y. Prevalence and genotypes of hepatitis C virus infection among drug addicts and blood donors in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2002 Dec ; 33(4) : 849 - 51.
4. World Health Organization. Draft global health sector strategies Viral hepatitis, 2016–2021 in Sixty-Ninth World Health Assembly A69/32 Provisional agenda item 15.1 on 22 April 2016 [cited 2016 July 13]. Available from: http://apps.who.int/gb/e/e_wha69.html.
5. Wasitthankasem R, Posuwan N, Vichaiwattana P, Theamboonlers A, Klinfueng S, Vuthitanachot V, et al. (2016) Decreasing Hepatitis C Virus Infection in Thailand in the Past Decade: Evidence from the 2014 National Survey. PLoS ONE 11(2): e0149362. Doi : 10.1371/journal.pone.0149362



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ศูนย์ประสานงานโรคติดต่ออีกเสบจากไวรัส
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ 0-2590-3216 โทรสาร 0-2591-8413
เว็บไซต์ <http://aidssti.ddc.moph.go.th>