



สำนักงานโรคติดต่อทางสาธารณสุข
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
โทร. 0-2860-8751-6
www.bangkok.go.th/aids
www.bangkok.go.th/health
f @bma.health



ผลการเฝ้าระวัง การติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2566

ชื่อหนังสือ ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2566

ที่ปรึกษา แพทย์หญิงณัฐณี อิศรางกูร ณ อยุธยา
ผู้อำนวยการสำนักงานโรคติดต่อทางสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ นางพรรณณี ชัยโพธิ์ศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นางสาวดรรรชนี ถ้วนคำ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวกุลวลดี จันทระศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสาวนียดา มหาทำนุโชค นักวิชาการสถิติชำนาญการ
นายฐานันท์ วิศิษฐ์ นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ

ผู้จัดพิมพ์เผยแพร่ กลุ่มงานโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
สำนักงานโรคติดต่อทางสาธารณสุข
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
124/16 อาคารกิม-เลี่ยนน้อยวัฒณ์ ถนนกรุงธนบุรี
แขวงบางลำภูล่าง เขตคลองสาน กทม. 10600
โทร 0 2860 8751-6 ต่อ 507
โทรสาร 0 2860 8201-2

คำนำ

เอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนและต่อเนื่อง การติดตามสถานการณ์ปัญหาด้านเอดส์ จึงมีการดำเนินการในหลายรูปแบบ หนึ่งในนั้นคือ การเฝ้าระวังโรคเอดส์ เป็นการติดตามสถานการณ์ในแต่ละระยะ ระยะก่อนการเกิดโรค ได้แก่ การเฝ้าระวังทางพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในระยะที่ติดโรคไปแล้ว ได้แก่ การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ระยะที่เปลี่ยนแปลงจากผู้ติดเชื้อไปเป็นผู้ป่วย ได้แก่ การเฝ้าระวังผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีนั้น กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัยได้พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 มาจนถึงปัจจุบันได้ดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีใน 6 กลุ่มประชากรเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้บริจาคโลหิต กลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานบริการ กลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานที่สาธารณะ กลุ่มชายที่มาตรวจรักษาทางโรค และกลุ่มผู้เสพยาเสพติด ส่วนการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัยได้ดำเนินการตั้งแต่ปีพ.ศ.2551 เป็นต้นมาเพื่อติดตามอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และในปี 2553 ได้เริ่มดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการทางเพศ โดยดำเนินการเฝ้าระวังปีเว้นปี การดำเนินการเฝ้าระวัง ทั้งหมดเป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย และมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ทำให้เกิดประโยชน์แก่กรุงเทพมหานครในหลายด้าน เช่น การกำหนดมาตรการต่างๆให้ตรงกับปัญหาของพื้นที่ ทำให้ทราบสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลาของพื้นที่ ทั้งยังใช้ประโยชน์ในการประเมินผลการดำเนินโครงการต่างๆเพื่อทราบประสิทธิภาพของมาตรการที่ดำเนินการ

กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย จึงได้นำข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวัง จัดทำเป็นรูปเล่มเพื่อเผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้อง และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้ข้อมูล ทั้งนี้ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังปัญหาเอดส์ทุกท่าน ที่ได้ร่วมดำเนินการเฝ้าระวังและได้ร่วมพัฒนางานเฝ้าระวังปัญหาเอดส์ให้ก้าวหน้ามาจนถึงปัจจุบัน

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	1
การเฝ้าระวังโรคเอดส์	4
• วัตถุประสงค์	4
• สถานการณ์เอดส์ในกรุงเทพมหานคร จากระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์	7
การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี	11
• วัตถุประสงค์	12
• ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	15
- กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	16
- กลุ่มผู้บริจาคโลหิต	17
- กลุ่มพนักงานบริการทางเพศ	18
- กลุ่มชายที่มาตรวจรักษากามโรค	19
- กลุ่มผู้เสพยาเสพติด	21
- ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อซิฟิลิส (Syphilis)	23
สรุปและอภิปรายผล	24
ภาคผนวก	25

บทนำ

การเฝ้าระวังเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรค เป็นเครื่องมือสำคัญในการแก้ไขปัญหาของโรคได้ดียิ่งขึ้น การดำเนินงานเฝ้าระวังและติดตามปัญหาการระบาดของโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานคร ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา ระบบการเฝ้าระวังปัญหาเอดส์ของกรุงเทพมหานครได้รับการพัฒนาปรับปรุงให้ทันต่อเหตุการณ์อยู่ตลอดเวลา โดยในปัจจุบันได้ดำเนินการระบบเฝ้าระวังที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์อยู่ 3 ระบบ ได้แก่

1. ระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์

เป็นระบบเฝ้าระวังสำหรับโรคเอดส์ระบบแรกที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกราย แต่เนื่องจากระบบนี้เป็นการวัดอัตราการเกิดโรคที่ระยะสุดท้ายของโรค (End stage of the disease) นั่นคือระยะที่ผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการและอาการแสดงของภาวะการมีภูมิคุ้มกันเสื่อมออกมาแล้ว ดังนั้นจึงทำให้ระบบนี้ไม่ค่อยมีประโยชน์สำหรับ

- การบอกอัตราการติดเชื้อ
- การบอกแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอัตราการติดเชื้อ
- การวางแผนป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

แต่จะมีประโยชน์คือ

- เป็นข้อมูลที่สามารถใช้ได้ในระดับจังหวัด
- สามารถบอกขนาดของปัญหา : จำนวนผู้ป่วย, อัตราป่วย
- สามารถบอกการกระจายของปัญหา
- บอกลักษณะทางประชากรที่สำคัญบางประการ เช่น ปัจจัยเสี่ยง เพศ อายุ
- บอกความต้องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ในปัจจุบัน ระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์เป็นระบบเฝ้าระวังที่อาศัยการรายงานโดยกำหนดให้มีการรายงานเฉพาะผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น ตามนิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค ฉบับปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 5 การรายงานผู้ป่วยเอดส์เป็นรายงานลับ ไม่มีการรายงานชื่อหรือข้อมูลระบุตัวบุคคลใดๆ ของผู้ป่วย เป็นการรายงานโดยใช้รหัสแทนชื่อ มีกองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลระดับจังหวัด และส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี

กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี เฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยการเจาะเลือดตรวจมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2532 เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบันเป็นรอบที่ 38 โดยดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นการดำเนินการซ้ำในกลุ่มประชากรเดิม (Same dynamic population) เพื่อติดตามแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย กลุ่มประชากรเป้าหมายทั่วไป ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มผู้บริจาคโลหิต กลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานบริการและในสถานที่สาธารณะ กลุ่มชายที่มาตรฐานรักษากามโรค และกลุ่มผู้เสพยาเสพติด ระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน - กรกฎาคม รูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวังจะเป็นแนวทางเดียวกับที่สำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด โดยใช้การเจาะเลือดตรวจแบบไม่ระบุชื่อ นามสกุล พร้อมกับการซักประวัติตามตัวแปรที่กำหนด

เนื่องจากเวลาเป็นตัวแปรสำคัญของการป่วยด้วยโรคเอดส์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ต้องการทราบสถานการณ์ โดยเฉพาะแนวโน้มของปัญหาในระดับภาพรวมไม่ใช่ระดับตัวบุคคล จึงมีการสำรวจหาอัตราการติดเชื้อในประชากรกลุ่มต่างๆ เป็นระยะๆ แทนที่จะรวบรวมการติดเชื้อตามที่แพทย์ตรวจพบเป็นรายๆ ซึ่งระบบนี้ อาศัยการสำรวจความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (Repeated survey) ใน

ประชากรเป้าหมายเดิม (Same dynamic population) ตั้งแต่ปี 2532 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ศูนย์กามโรค และคลินิกรักษาผู้ติดเชื้อ เสด็จติด ทำการสำรวจหาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีปีละสองครั้ง คือ ในเดือนมิถุนายนและธันวาคมของแต่ละปี ในประชากรกลุ่มต่างๆดังนี้ คือ

1. ผู้ติดเชื้อเสด็จติดชนิดชนิดที่มารับบริการบำบัดรักษาในคลินิกเสด็จติดที่มีอยู่ทั่วประเทศ
2. หญิงบริการทางเพศในสำนักโสเภณีทุกจังหวัด และหญิงบริการทางเพศในสถานประกอบการอื่นๆ
3. ชายขายบริการทางเพศ เฉพาะพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี ภูเก็ต และสงขลา
4. ชายที่มารับบริการตรวจกามโรคที่คลินิกกามโรคทุกจังหวัด
5. หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

ทุกจังหวัด

6. เลือดที่รับบริจาคทุกจังหวัด

ได้มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานต่างๆ เป็นระยะๆ กล่าวคือ ในการสำรวจครั้งแรกเริ่มเพียง 14 จังหวัด ต่อมาขยายเป็น 31 จังหวัดและครอบคลุมทุกจังหวัดในปลายปี 2538 ได้มีการทบทวนให้มีการสำรวจเพียงปีละครั้ง คือ เฉพาะเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม และตัดกลุ่มชายขายบริการออก โดยเจ้าหน้าที่จะสุ่มตรวจประชากรดังกล่าว กลุ่มละประมาณ 100 - 200 ตัวอย่าง โดยเน้นการตรวจแบบสมัครใจและเก็บเป็นความลับ (Voluntary Confidentialia) สำหรับกลุ่มชายที่มาขอรับบริการตรวจกามโรคและหญิงตั้งครรภ์ จะสุ่มตรวจโดยวิธี Unlinked anonymous testing ทำการแบ่งเลือดที่ส่งตรวจ VDRL มาตรวจหา anti HIV ด้วย โดยไม่มีการระบุชื่อเจ้าของเลือด ส่วนเลือดที่รับบริจาคนั้นใช้ผลการตรวจทุกตัวอย่างตลอดเดือน

กรุงเทพมหานครได้ดำเนินการสำรวจหาอัตราการติดเชื้อ HIV เช่นเดียวกัน ผลการสำรวจจะถูกรวบรวมวิเคราะห์ผลในระดับจังหวัด และประมวลภาพรวมในระดับประเทศต่อไป

3. ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

ในปี 2538 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรก ในพื้นที่ 20 จังหวัดเป้าหมาย โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่ทางกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการในกลุ่มเป้าหมาย 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มชายไทยอายุ 21 ปีที่ติดการเกณฑ์ทหาร กลุ่มคนงานชาย-หญิงในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีอายุระหว่าง 15-29 ปี กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 ชาย-หญิง และกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 15-29 ปี กลุ่มเป้าหมายละ 350 คนต่อกลุ่มต่อเพศ ดำเนินการปีละครั้ง

กรุงเทพมหานครได้ร่วมกับองค์กร AIDSCAP ในการดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ภายใต้โครงการ “กรุงเทพฯสู่อุดม” มาตั้งแต่ปี 2535-2539 โดยดำเนินการใน 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคนงาน กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข กลุ่มชายที่มารับบริการที่คลินิกกามโรคของรัฐ กลุ่มหญิงบริการทางเพศโดยตรงและแอบแฝง หลังจากปี 2539 มีปัญหาด้านงบประมาณ จึงมิได้มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงฯ ดังกล่าว และในปี 2543 ได้เริ่มดำเนินการอีกครั้งในประชากรเป้าหมาย 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 ชายและหญิง กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ปวช. ปีที่ 2 ชายและหญิง กลุ่มคนงานในโรงงาน ชายและหญิง กลุ่มชายไทยผู้มารับการเกณฑ์ทหาร กลุ่มหญิงบริการทางเพศ และกลุ่มประชาชนในชุมชน กลุ่มเป้าหมายละ 350 คน ต่อกลุ่มต่อเพศ และตั้งแต่ปี 2544 จนถึงปัจจุบัน ได้เพิ่มการดำเนินการในกลุ่มผู้ติดยาเสด็จติด กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และแรงงานต่างด้าว รวมกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 8,500 คน รูปแบบการดำเนินการใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง โดยแยกตามกลุ่มและเพศ แบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดสอบก่อนใช้ การตอบแบบสอบถามจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุลซึ่งในรายละเอียดของระบบนี้จะอยู่ในหนังสือการศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

ผลจากการเฝ้าระวังดังกล่าว สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแผนงานโครงการต่างๆ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และยังใช้เป็นตัวชี้วัดสำหรับประเมินกิจกรรมในการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์

ถึงแม้จะมีระบบการเฝ้าระวังด้วยกันหลายระบบ แต่ยังไม่สามารถบอกสถานการณ์ปัญหาเอตส์ที่ แท้จริงได้ โดยเฉพาะข้อมูลผู้ติดเชื้อรายใหม่ กรุงเทพมหานครจึงเริ่มดำเนินการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อ รายใหม่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มหญิงบริการทางเพศขึ้น ตั้งแต่ปี 2551 ซึ่งจากข้อมูลพบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อ เอชไอวีมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานบริการและในสถานที่ สาธารณะ แต่ในปี 2555 ไม่ได้ดำเนินการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศ ดำเนินการเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้เสพยาเสพติด ได้เริ่มดำเนินการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อ เอชไอวีขึ้นเป็นครั้งแรกในปี 2551 โดยดำเนินการเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร ระยะเวลาเป็นช่วงเดียวกับการ เฝ้าระวังอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี แต่เนื่องจากกลุ่มผู้เสพยาเสพติดเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยาก และระยะเวลาดำเนินการสั้นทำให้ได้ข้อมูลไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์หาอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้ ดังนั้นในปี 2552 ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดจึงดำเนินการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น จากข้อมูล อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ทราบว่าค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสามารถบอกหรือประเมิน สถานการณ์การติดเชื้อได้บ้างเป็นบางส่วนเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวียังมี ความจำเป็นและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อดูแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

การเฝ้าระวังโรคเอดส์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทราบขนาดความรุนแรงและความสำคัญของปัญหา
2. เพื่อทราบลักษณะการกระจายของโรคตามเวลา สถานที่ บุคคล และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อทราบภาระของสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่ทำการรักษา และความต้องการ

ในการดูแลรักษาพยาบาล

รูปแบบของระบบเฝ้าระวัง

เป็นการเฝ้าระวังแบบ hospital based ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของทั้งภาครัฐและเอกชน จะติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีทุกราย โดยมีการบันทึกการมารับบริการที่สถานบริการ เมื่อมีอาการทางคลินิกเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวัง ฉบับปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 5 ให้รายงานเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์โดยใช้บัตรรายงาน 506/1 โดยให้ทำการรายงานเป็นระบบลงทะเบียน (registration) ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำข้อมูลปรับปรุงแก้ไขให้เป็นสภาพปัจจุบัน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของทั้งภาครัฐและเอกชนที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี โดยต้องมีอาการและอาการแสดงเข้าหลักเกณฑ์ตามนิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวัง ฉบับปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 5 ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตหรือเสียชีวิต

หน่วยงานที่ทำการเฝ้าระวัง

สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนทุกแห่งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้

- แบบรายงานผู้ป่วยเอดส์ รง. 506/1 และ 507/1
- ระเบียบรายงานผู้ป่วยเอดส์ แบบ E1/1
- นิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวัง ฉบับปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 5
- คู่มือการจัดทำรหัสผู้ป่วยเอดส์

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ควรกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบหลักที่จะประสานกับหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล/หน่วยบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ให้มีส่วนเกี่ยวข้องและช่วยในการสนับสนุนให้ข้อมูล เพื่อรวบรวมข้อมูลเขียนลงในแบบรายงาน ซึ่งใช้แบบรายงาน 506/1 ในการรายงานผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรก ได้แก่

- **แผนกผู้ป่วยนอก** จะมีการตรวจผู้ป่วยเบื้องต้น ได้แก่ การวัดอุณหภูมิ ชั่งน้ำหนัก และลงทะเบียนใน OPD card หรือบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวินิจฉัยผู้ป่วย
- **แผนกให้บริการปรึกษาหรือคลินิกนิรนาม** ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมทางเพศ ตลอดจนประวัติการป่วยและการรักษา
- **แผนกตรวจชันสูตร** ให้ข้อมูลสภาพการติดเชื้อเอชไอวี
- **แผนกผู้ป่วยใน** มีบันทึกการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งผลการตรวจจากการตรวจพิเศษอื่นๆ มีการบันทึกทางการพยาบาล
- **แผนกการตรวจพิเศษต่างๆ** เช่น ผลการตรวจ CT scan, Biopsy, MRI เป็นต้น
- **คลินิกตรวจเฉพาะโรค** เช่น คลินิกวัณโรค คลินิกผิวหนัง คลินิก ARV และคลินิกอื่นที่มีผู้ป่วย

มารับบริการ

แบบรายงาน 506/1 ที่ใช้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจะได้ข้อมูลจาก OPD card หรือข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ผลการให้การรักษา ผลการชันสูตร บันทึกรักษาพยาบาล ผลการรักษา ผลการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ และเวชระเบียน เมื่อกรอกแบบรายงานเรียบร้อยแล้ว ก่อนส่งแบบรายงานให้ทำการตรวจสอบแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง และมีความสอดคล้องทุกๆ ตัวแปรที่รวบรวมข้อมูล ฉบับจริงส่งไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ฉบับสำเนาเก็บไว้ที่หน่วยรับผิดชอบ เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังโรคของโรงพยาบาล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการดูแลเครือข่ายของข้อมูลในจังหวัด เมื่อรวบรวมข้อมูลได้แล้ว จะทำการตรวจสอบความถูกต้อง ลงวันที่รับบัตรรายงาน แล้วแยกประเภทผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ปัจจุบันอยู่ในจังหวัด ทั้งที่ได้รับรายงานจากสถานบริการทั้งในและนอกจังหวัด

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่มาจากจังหวัดอื่น มารับการรักษาในสถานบริการในจังหวัดที่รายงาน บัตรรายงานของผู้ป่วยประเภทที่ 2 ต้องทำการส่งต่อ (Refer) แบบรายงาน 506/1 ที่คัดลอกข้อมูลลงระเบียนรายงานผู้ป่วยเอดส์ (E1/1 นอกจังหวัด) แล้วส่งไปยังจังหวัดตามที่อยู่ในปัจจุบันทันทีและประทับตราว่า “Refer” ให้ทราบว่าส่งต่อมาจากจังหวัดใด

แบบรายงาน 507/1 จะใช้ในกรณีที่เคยรายงานผู้ป่วยด้วยแบบรายงาน 506/1 แล้วมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อพบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มขึ้นหรือเปลี่ยนสถานภาพเป็นเสียชีวิต การรายงานด้วยแบบรายงาน 507/1 ควรระมัดระวังในเรื่องการลงรหัสชื่อผู้ป่วยต้องให้ตรงกับที่บันทึกในแบบรายงาน 506/1 เพื่อป้องกันการค้นหาไม่พบรายงานที่เคยรายงานไปแล้ว

2. การเรียงเรียงข้อมูล

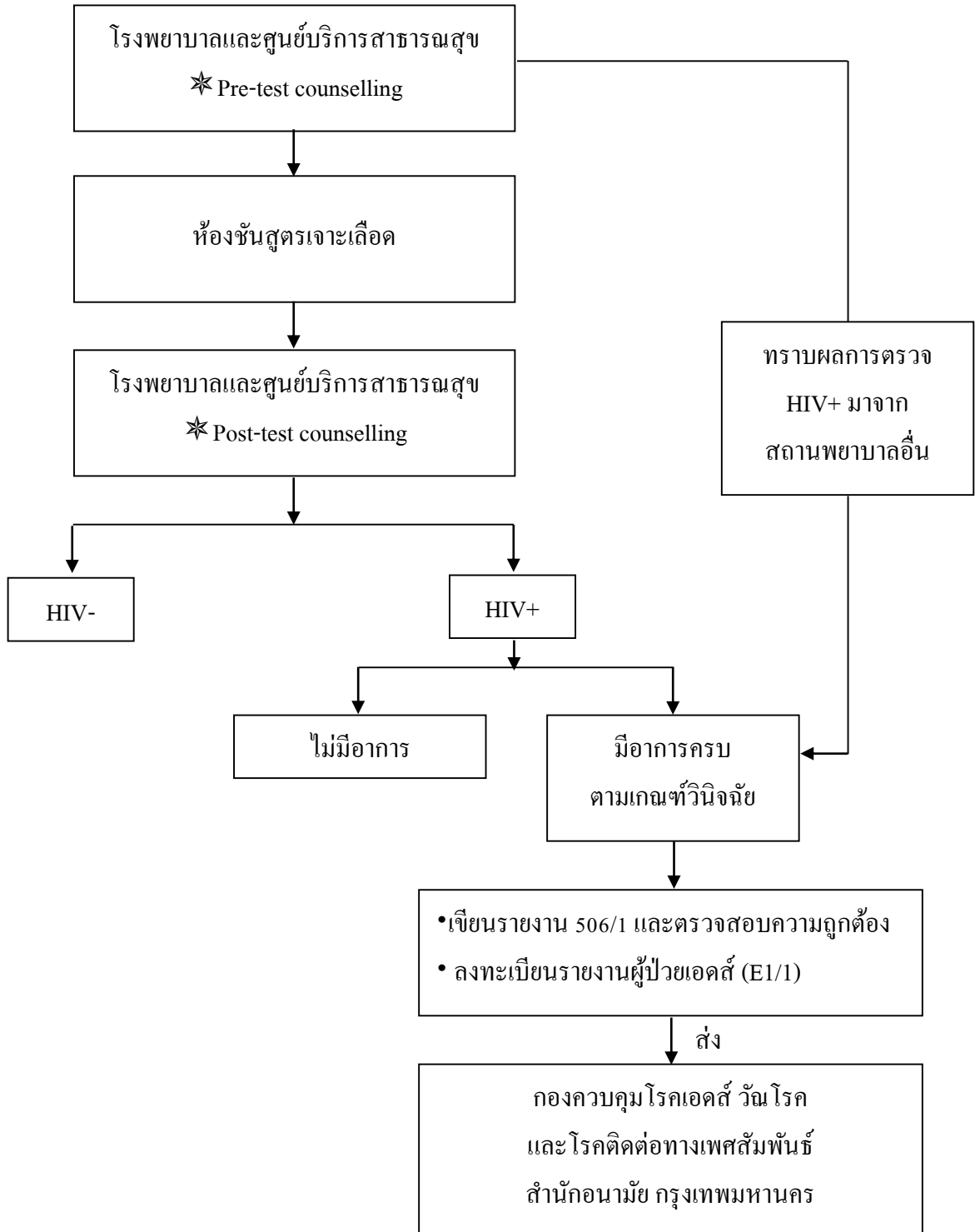
ข้อมูลจากแบบรายงาน 506/1 จะถูกบันทึกลงในระเบียนรายงานผู้ป่วยเอดส์ (E1/1) เพื่อการออกเลขลำดับที่ของผู้ป่วย และเพื่อการเรียงเรียงเป็นหมวดหมู่ หรือกรณีใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทำการบันทึกข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และนำเสนอต่อไป

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล

ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์และแปลผลในระดับภาพรวมของจังหวัดทุกเดือน ส่วนหน่วยงานที่ทำการเฝ้าระวังควรทำการวิเคราะห์ทุก 3 เดือน ตามตัวอย่างดังต่อไปนี้

- จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศเป็นรายปี
- จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามอาชีพและเพศเป็นรายปี
- จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงและปีที่เริ่มป่วย
- แนวโน้มของอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเป็นรายปี แยกเพศชายและหญิง
- จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกรายอำเภอ / จังหวัด
- จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงานจำแนกตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและปีที่เริ่มป่วย

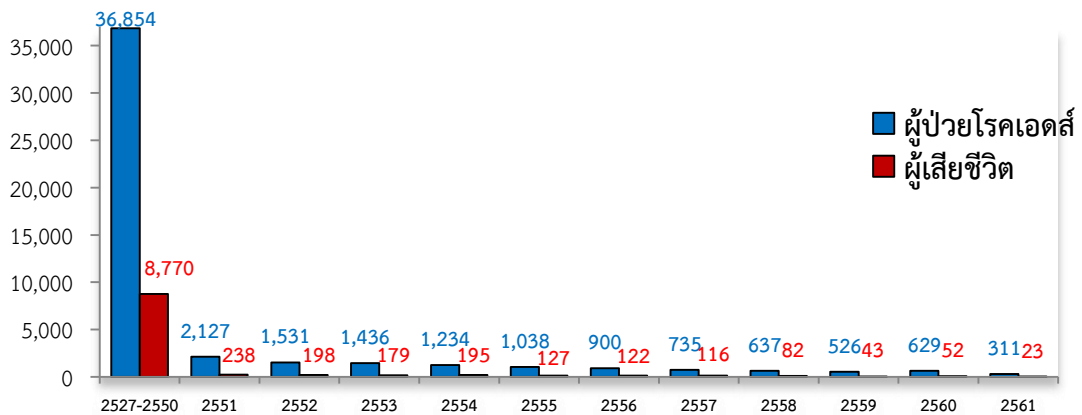
แผนผังการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเอดส์



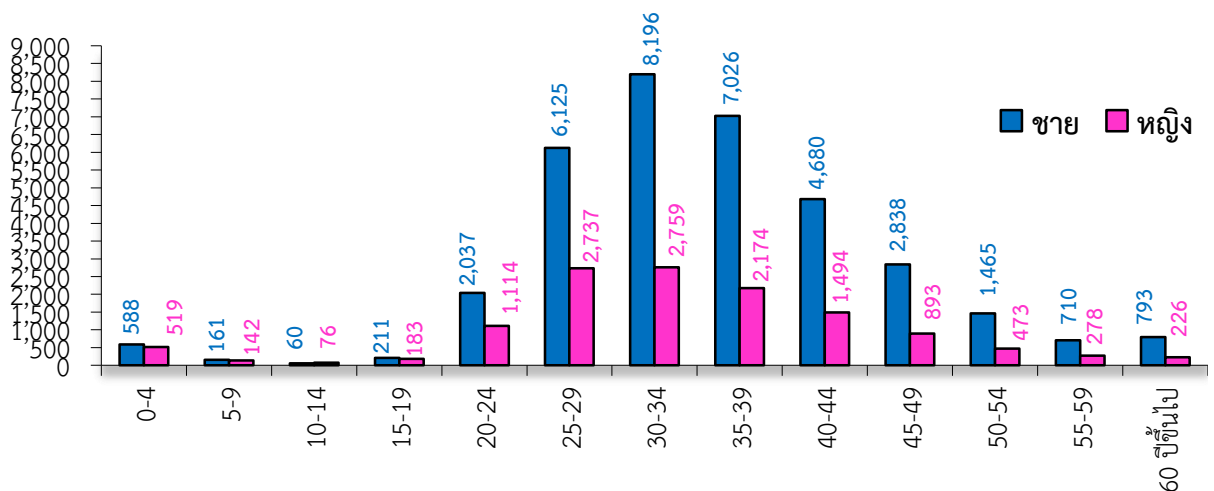
สถานการณ์เอตส์ในกรุงเทพมหานครจากระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 - กันยายน 2561*

จากการเฝ้าระวังผู้ป่วยเอตส์ โดยการรายงานด้วยบัตรรายงาน 506/1, 507/1 (Cases Report) จากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงเดือน กันยายน 2561 ในการสรุปจำนวน ผู้ป่วยเอตส์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอตส์สะสม 47,958 ราย ยังมีชีวิตอยู่ 37,795 ราย เสียชีวิต 10,145 ราย ผู้ป่วยเอตส์ ส่วนใหญ่พบเพศชายมากกว่าหญิง ในอัตราส่วน 2.6 : 1 ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 80.40 และส่วนใหญ่ร้อยละ 60.50 มีอายุระหว่าง 25 - 39 ปี เป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยแรงงาน และร้อยละ 38.93 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมาคือ อาชีพผู้ว่างงานร้อยละ 14.98 กลุ่มอายุที่พบว่ามี การเสียชีวิตมากที่สุดคือ 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.11 สำหรับกลุ่มเด็กอายุ 0 - 4 ปี ป่วยเป็นเอตส์ 1,107 ราย เสียชีวิตแล้ว 280 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.76 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยเอตส์ในกรุงเทพมหานครจำแนกตามปีที่เริ่มป่วย พ.ศ.2527 - กันยายน 2561



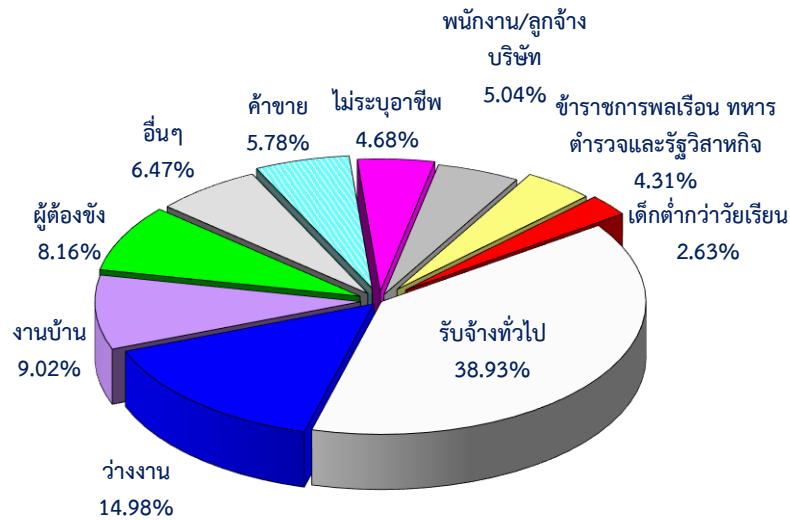
รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยเอตส์ในกรุงเทพมหานครจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พ.ศ.2527 - กันยายน 2561



เมื่อจำแนกตามเพศ พบผู้ป่วยเอตส์เพศชายมากกว่าหญิงในอัตราส่วน 2.6 : 1 (34,890 : 13,068) กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยเอตส์มากที่สุด ยังคงอยู่ในกลุ่มอายุ 30 - 34 ปี พบมากถึง 22.84% ของผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 35-39 ปี พบ 19.18% และ 25 - 29 ปี พบ 18.48% ตามลำดับ กลุ่มอายุที่พบว่ามีผู้ป่วยเป็นเอตส์สูงสุดอยู่ในวัยทำงาน และพบมากในเพศชาย

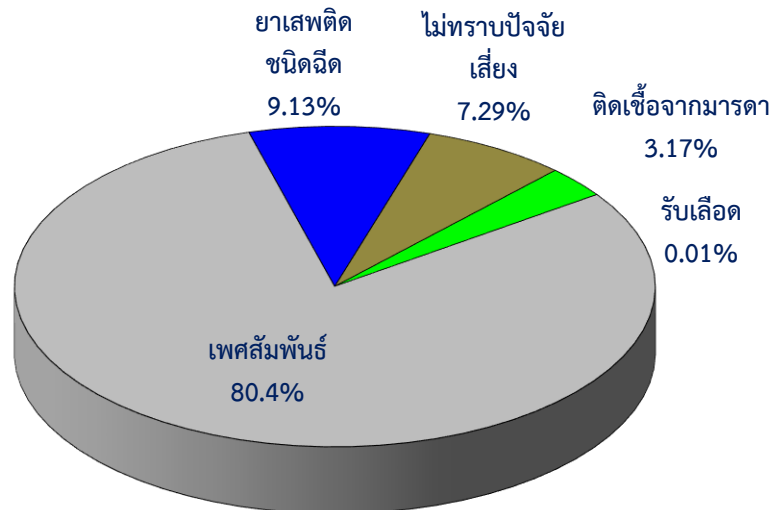
* เนื่องจากอยู่ระหว่างการปรับระบบรายงานใหม่ทำให้ข้อมูลยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จึงใช้ฐานข้อมูลเดิมในการรายงานทำให้ข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบัน

รูปที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยเอดส์ในกรุงเทพมหานครจำแนกตามอาชีพ พ.ศ.2527 – กันยายน 2561



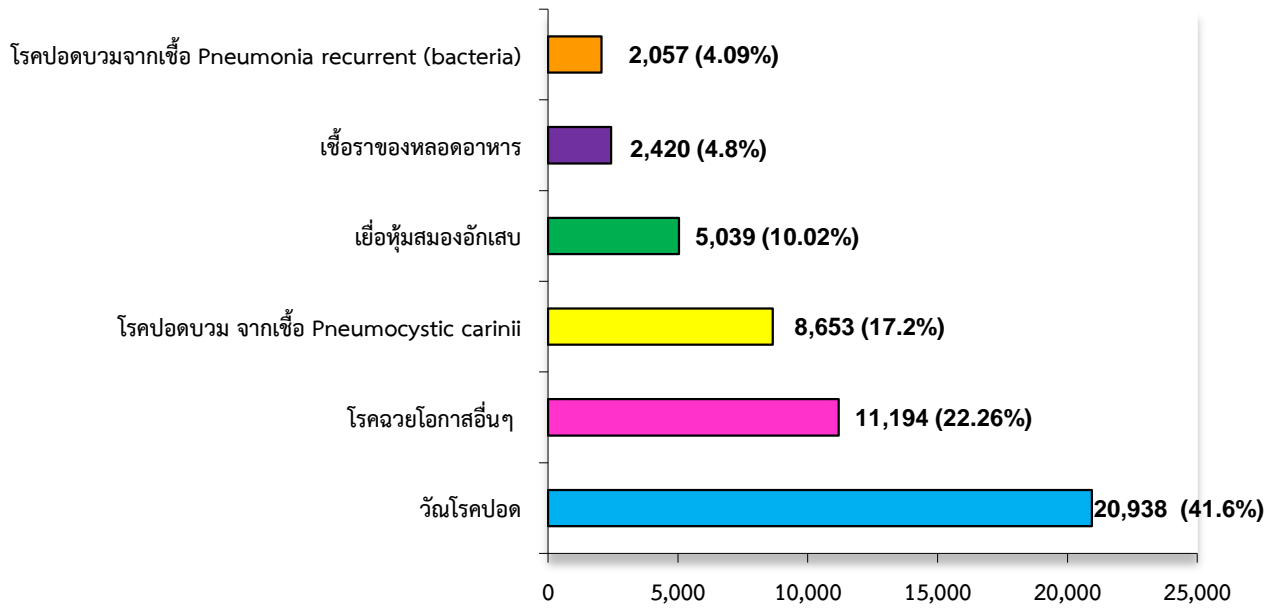
จากการจำแนกตามอาชีพยังคงพบผู้ป่วยเอดส์มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คือร้อยละ 38.93 รองลงมาคือกลุ่มผู้ว่างงานร้อยละ 14.98 และกลุ่มอาชีพงานบ้านร้อยละ 9.02 ส่วนในอาชีพอื่นๆ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก

รูปที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยเอดส์ในกรุงเทพมหานครจำแนกตามปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2527 – กันยายน 2561



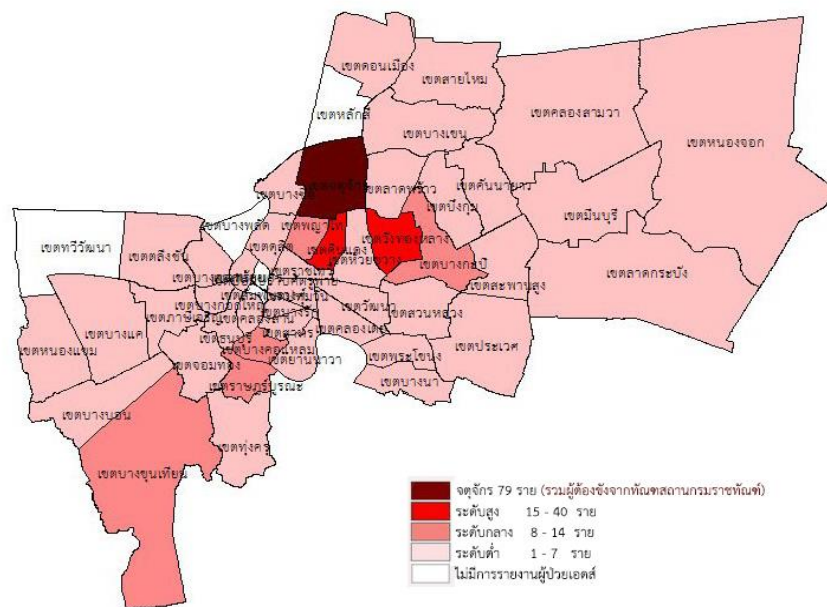
ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอดส์ที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยเอดส์ คือ การติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 80.40 รองลงมาคือปัจจัยเสี่ยงจากยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นร้อยละ 9.13 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เท่ากับ ร้อยละ 8.71 และ 0.43 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการติดเชื้อจากมารดาพบร้อยละ 3.17 และรับเลือด ร้อยละ 0.01

รูปที่ 5 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรกในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2527 – กันยายน 2561



โรคติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรกที่พบในผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดคือ วัณโรคปอด จำนวน 20,938 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.6 รองลงมาคือ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystic carinii โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคเชื้อราของหลอดอาหาร และโรคปอดบวมจากเชื้อแบคทีเรีย ตามลำดับ

รูปที่ 6 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ในกรุงเทพมหานคร "รายใหม่" จำแนกตามรายเขต ตั้งแต่ มกราคม – กันยายน 2561



จำนวนผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่เป็น *รายใหม่* ซึ่งได้รับรายงาน ตั้งแต่เดือนมกราคม – กันยายน 2561 ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูงมี 2 เขต คือ เขตดินแดง มีผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด 20 ราย รองลงมาคือเขตวังทองหลาง 15 ราย ระดับกลางมี 5 เขต ระดับต่ำมี 37 เขต และ 5 เขต ไม่มีการรายงานผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตในกรุงเทพมหานคร(ยอดสะสม)จำแนกตามพื้นที่เขตที่ได้รับรายงาน
ตั้งแต่เดือนกันยายน 2527 ถึง กันยายน 2561

ระดับสูง (1,246 - 1,801)				ระดับกลาง (690 - 1,245)				ระดับต่ำ (134 - 689)			
ลำดับที่	เขต	จำนวน (คน)	เสียชีวิต (คน)	ลำดับที่	เขต	จำนวน (คน)	เสียชีวิต (คน)	ลำดับที่	เขต	จำนวน (คน)	เสียชีวิต (คน)
1	บางเขน	1,799	512	1	ดุสิต	1,165	277	1	สายไหม	679	251
2	บางกะปิ	1,704	304	2	ห้วยขวาง	1,152	204	2	บางแค	673	71
3	ภาษีเจริญ	1,576	326	3	ยานนาวา	1,146	284	3	ป้อมปราบฯ	634	144
4	ธนบุรี	1,537	311	4	จอมทอง	1,145	191	4	หนองจอก	608	148
5	ดอนเมือง	1,528	405	5	ดินแดง	1,116	170	5	สาทร	603	134
6	พระโขนง	1,423	277	6	พญาไท	1,097	189	6	ปทุมวัน	596	97
7	บางขุนเทียน	1,414	275	7	คลองสาน	1,055	221	7	วังทองหลาง	561	62
8	บางกอกน้อย	1,407	282	8	บางพลัด	977	185	8	บางรัก	551	118
9	คลองเตย	1,362	233	9	บึงกุ่ม	971	197	9	ทุ่งครุ	497	66
10	บางซื่อ	1,347	307	10	บางคอแหลม	963	239	10	หลักสี่	379	51
11	ราษฎร์บูรณะ	1,312	275	11	ตลิ่งชัน	886	175	11	คันนายาว	347	43
				12	มีนบุรี	866	108	12	บางนา	346	34
				13	หนองแขม	857	148	13	บางบอน	344	28
				14	ประเวศ	807	139	14	วัฒนา	315	29
				15	บางกอกใหญ่	799	152	15	คลองสามวา	252	40
*	จตุจักร	4,896	1,786	16	ราชเทวี	793	128	16	สัมพันธวงศ์	213	45
				17	สวนหลวง	777	118	17	ทวีวัฒนา	185	21
				18	ลาดพร้าว	745	136	18	สะพานสูง	134	14
				19	ลาดกระบัง	727	122				
				20	พระนคร	692	153				

หมายเหตุ เขตจตุจักรมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด เนื่องจากเขตจตุจักรมีการรายงานจากทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ จึงทำให้เขตจตุจักรมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด

จำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตในกรุงเทพมหานคร(รายใหม่) จำแนกตามพื้นที่เขตที่ได้รับรายงาน
ตั้งแต่ มกราคม - กันยายน 2561

ระดับสูง (15 - 20)				ระดับกลาง (8 - 14)				ระดับต่ำ (1 - 7)			
ลำดับ ที่	เขต	จำนวน (คน)	เสียชีวิต (คน)	ลำดับ ที่	เขต	จำนวน (คน)	เสียชีวิต (คน)	ลำดับ ที่	เขต	จำนวน (คน)	เสียชีวิต (คน)
1	ดินแดง	20	-	1	บางกะปิ	12	-	1	ปทุมวัน	7	1
2	วังทองหลาง	15	-	2	ราชบุรีบูรณะ	10	1	2	ดอนเมือง	7	1
				3	บางขุนเทียน	10	-	3	สาทร	7	-
				4	บางคอแหลม	8	3	4	พระโขนง	6	1
				5	พญาไท	8	-	5	บางแค	6	1
								6	จอมทอง	6	-
								7	ธนบุรี	6	-
								8	สายไหม	5	3
								9	บางรัก	5	2
								10	หนองจอก	5	-
								11	มีนบุรี	5	-
								12	ห้วยขวาง	5	-
								13	สวนหลวง	5	-
								14	พระนคร	5	-
*	จตุจักร	79	6					15	สะพานสูง	5	-
								16	บางนา	5	-
								17	บางบอน	5	-
								18	บางเขน	4	1
								19	ภาษีเจริญ	4	1
								20	คลองสาน	4	1
								21	ตลิ่งชัน	4	-
								22	ลาดกระบัง	4	-
								23	ทุ่งครุ	4	-
								24	บางกอกใหญ่	3	1
								25	บึงกุ่ม	3	-
								26	ประเวศ	3	-
								27	ลาดพร้าว	3	-
								28	คลองสามวา	3	-
								29	ดุสิต	2	-
								30	ยานนาวา	2	-
								31	บางกอกน้อย	2	-
								32	คลองเตย	2	-
								33	ราชเทวี	2	-
								34	วัฒนา	2	-
								35	หนองแขม	1	-
								36	บางซื่อ	1	-
								37	คันนายาว	1	-

หมายเหตุ เขตจตุจักรมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด เนื่องจากเขตจตุจักรมีการรายงานจากทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์จึงทำให้เขตจตุจักรมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวโน้มความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากร 6 กลุ่มเป้าหมาย
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานแก่หน่วยงานในการวางแผนและการประเมินผลการดำเนินงานด้านเอดส์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

รูปแบบของระบบเฝ้าระวัง

อาศัยการสำรวจซ้ำ (Repeated Survey) ในกลุ่มประชากรเดิม (Same dynamic population) เป็นวิธีการในการเฝ้าระวัง ดำเนินการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาเดิมของทุกปี โดยในแต่ละรอบจะดำเนินการเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อการเฝ้าระวังเพียงครั้งเดียว และนำมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจหาแอนติบอดีตามวิธีการมาตรฐาน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ทำการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวีและซีฟิลิซิส ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย 6 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์
2. กลุ่มผู้บริจาคโลหิต
3. กลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานบริการ
4. กลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานที่สาธารณะ
5. กลุ่มชายที่มารับตรวจรักษากามโรค
6. กลุ่มผู้เสพยาเสพติด

ระยะเวลาดำเนินการ

โดยดำเนินการเก็บข้อมูลปีละครั้ง ในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม

หน่วยงานที่ทำการเฝ้าระวัง

ศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักงานชั้นสูงสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง สังกัดสำนักการแพทย์ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีของประชากร 6 กลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้

แบบบันทึกข้อมูลรายบุคคลของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อตามลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	อายุ ลำดับครรภ์ สัญชาติ อาการเข้าได้กับโรคเอดส์ ประวัติการกินยาต้านไวรัส
กลุ่มผู้บริจาคโลหิต	เพศ อายุ สัญชาติ อาชีพ ที่อยู่ปัจจุบัน ประเภทผู้บริจาคโลหิต ประเภทการรับบริการ(ในโรงพยาบาล/นอกโรงพยาบาล)
กลุ่มพนักงานบริการทางเพศ	อายุ สัญชาติ ประเภทสถานบริการ อาการเข้าได้กับโรคเอดส์ ประวัติการกินยาต้านไวรัสประวัติการตรวจเอชไอวี
กลุ่มชายที่มารับตรวจรักษากามโรค	อายุ สัญชาติ สถานภาพสมรส อาชีพ ที่อยู่ปัจจุบัน อาการป่วยเป็นกามโรค
กลุ่มผู้เสพยาเสพติด	เพศ อายุ สัญชาติ ประเภทผู้ป่วย (ใหม่ / เก่า) วิธีการเสพยาเสพติด ชนิดยาเสพติดที่เสพ ระยะเวลาติดยา พฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยา พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 การเก็บข้อมูลพื้นฐาน

เมื่อทราบผลการตรวจเอชไอวีแล้ว หน่วยงานที่ดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง สังกัดสำนักอนามัย และโรงพยาบาล 8 แห่ง สังกัดสำนักงานการแพทย์ และคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล จะดำเนินการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังพร้อมข้อมูลตัวแปรอื่นๆ ของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย รวบรวมตรวจสอบและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อหาอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี

1.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี

การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี มักตรวจพบได้ในเวลา 3-12 สัปดาห์ หลังจากได้รับเชื้อ แต่ผู้ติดเชื้อบางรายอาจต้องใช้เวลานานกว่านี้แต่ไม่เกิน 6 เดือน สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการเฝ้าระวัง ไม่ได้เน้นการตรวจหาการติดเชื้อเป็นรายบุคคล แต่เป็นการวัดความชุก (Prevalence) ของการติดเชื้อของกลุ่มคน ในทางปฏิบัติจึงอาศัยผลจากวิธีตรวจคัดกรองขั้นต้น (Screening test) เป็นหลัก ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ Supplementary test ร่วมด้วย

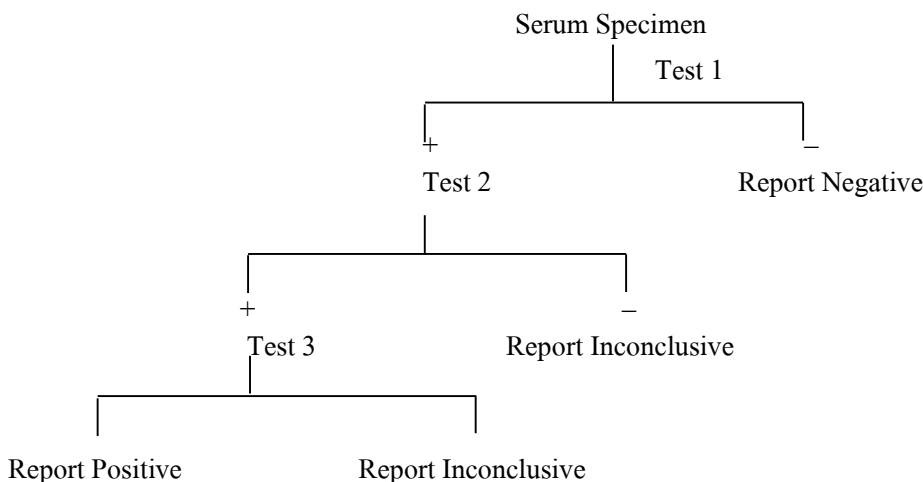
เนื่องจากค่าพยากรณ์ผลบวก (Predictive value positive) จะเพิ่มมากขึ้น ถ้าความชุกในประชากรนั้นๆ สูง องค์การอนามัยโลกจึงได้มีข้อเสนอแนะว่าให้ใช้ความชุกที่ร้อยละ 10 เป็นเส้นแบ่งว่าควรตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

ในกรณีที่ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่สูงกว่าร้อยละ 10 อาศัยการตรวจด้วย Simple Test หรือ Rapid Test หากได้ผลบวกครั้งเดียวก็ให้ถือว่าเป็นการติดเชื้อ

ในกรณีที่ความชุกของการติดเชื้อในพื้นที่ต่ำกว่าร้อยละ 10 อาศัยการตรวจด้วย Simple Test หรือ Rapid Test หากได้ผลบวกให้ตรวจซ้ำอีกครั้งด้วยชุดน้ำยาทดสอบที่มีหลักการหรือการเตรียมแอนติเจนแตกต่างจากวิธีทดสอบครั้งแรก ในประเทศไทย สำนักระบาดวิทยาได้ประยุกต์ใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยอาศัยการตรวจด้วยวิธี Screening test เป็นหลัก หากผลการตรวจด้วย Screening test ด้วย ELISA สองวิธีที่ต่างหลักการให้ผลบวกเหมือนกัน หรือตรวจด้วย ELISA และ Particle agglutination test (PA) ให้ผลบวกเหมือนกันก็ถือว่าเป็นการติดเชื้อ (รูปที่ 7)

รูปที่ 7 ขั้นตอนการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในงานเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี

(HIV Testing Algorithm for Sero-surveillance)



วิธีดำเนินการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV Sero-surveillance) โดยการสำรวจหาความชุก พ.ศ.2566

ประชากรที่สำรวจ	ขนาดตัวอย่าง (คน)	ที่มาของ ประชากร	วิธีการเลือกตัวอย่าง	หน่วยงาน รับผิดชอบ
●หญิงตั้งครรภ์	ทุกราย	คลินิกฝากครรภ์	หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ทุกรายที่มาฝากครรภ์ ในเดือน ก.ค. – ส.ค.	- โรงพยาบาล 8 แห่ง สังกัดสำนักงานแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล - ศูนย์บริการ สาธารณสุข 68 แห่ง
* กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ได้มีการดำเนินการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะ พื้นที่กรุงเทพมหานครต่อเนื่องตลอดปี ตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม สถานที่เฝ้าระวัง เป็นแหล่งเดียวกับเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี				
●ผู้บริจาคโลหิต	ทุกราย	ธนาคารเลือด	ใช้ผลการตรวจเลือดของ ผู้บริจาคโลหิตทุกรายใน เดือน ก.ค. – ส.ค.	- โรงพยาบาล 3 แห่ง สังกัดสำนักงานแพทย์ และคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
●พนักงานบริการ ทางเพศในสถาน บริการและใน สถานที่สาธารณะ	ทุกรายหรือเก็บ ให้ได้มากที่สุด	แหล่งขาย บริการทางเพศ (ทั้งในและนอก สถานบริการ ทางเพศ)	พนักงานบริการทางเพศ ทั้งในและนอกสถาน บริการทางเพศทุกรายที่ ยินยอมให้เจาะเลือดตรวจ และให้ข้อมูลพฤติกรรม ในเดือน ก.ค. – ส.ค.	- ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่มีคลินิกโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ศูนย์ฯ 3, 4, 9, 21, 23, 25, 28,29 และ 43
●ชายที่มาตรวจ รักษากามโรค	ทุกรายที่มา รับบริการหรือ เก็บให้ได้ มากที่สุด	คลินิกโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์บริการ สาธารณสุข	ชายที่มาตรวจรักษา กามโรคในคลินิกโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ทุกรายที่ ยินยอมให้เจาะเลือดตรวจ ในเดือน ก.ค. – ส.ค.	- ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่มีคลินิกโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ได้แก่ ศูนย์ฯ 3, 4 , 9, 21, 23, 25, 28,29 และ43
●ผู้เสพยาเสพติด	ทุกรายหรือเก็บ ให้ได้มากที่สุด	คลินิกยาเสพติด ของศูนย์บริการ สาธารณสุข และ สำนักงาน ป้องกันและ บำบัดการติด ยาเสพติด	เก็บทุกรายที่มาบริการ รักษาที่ยินยอมให้เจาะ เลือดตรวจ (ยกเว้น ผู้เสพยาในโครงการ ยาทีโนโฟเวียร์)ในเดือน ก.ค. – ส.ค.	- ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่มีคลินิกยาเสพติด ได้แก่ ศูนย์ฯ 3, 4, 7, 9, 16, 19, 21, 22, 23, 24, 29, 31, 40, 41, 43, 48 และ 51 - คลินิกยาเสพติด 2 ลาดพร้าว สังกัด สำนักงานป้องกัน และบำบัดการติด ยาเสพติด

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความชุกของการติดเชื้อในภาพรวมของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำการเฝ้าระวัง โดยอาศัยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งได้จัดทำตารางวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญไว้ และใช้โปรแกรม Pivot table ใน Excel ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเพิ่มเติม แล้วนำค่าที่ได้มาทำการเปรียบเทียบอัตราความชุกของปีที่ผ่านมา ตามกลุ่มประชากรที่เฝ้าระวัง เพื่อติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของค่าความชุก โดยในแต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมายได้ดำเนินการวิเคราะห์จำแนกตามตัวแปรที่จัดเก็บ ดังนี้

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	จำแนกตามกลุ่มอายุ ลำดับครรภ์ ประวัติการกินยาต้านไวรัส
กลุ่มผู้บริจาคโลหิต	จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ ประเภทผู้บริจาคโลหิต ที่อยู่อาศัย อาชีพ
กลุ่มพนักงานบริการทางเพศ	จำแนกตามกลุ่มอายุ ประเภทสถานบริการ ที่อยู่อาศัย
กลุ่มชายที่มาตรวจรักษากามโรค	จำแนกตามสถานภาพสมรส กลุ่มอายุ อาชีพ ที่อยู่อาศัยและ มีอาการป่วยเป็นกามโรค
กลุ่มผู้เสพยาเสพติด	จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ วิธีการเสพยา ชนิดยาที่เสพ

1.4 ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี

ในการเฝ้าระวังความชุกการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2566 เป็นรอบที่ 41 ของการเฝ้าระวัง ดำเนินการเก็บข้อมูล ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม ซึ่งตรงกับช่วงเวลาเดิมกับรอบของการเฝ้าระวังในปีที่ผ่านมา ในกลุ่มประชากรเป้าหมายการเฝ้าระวัง 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้บริจาคโลหิต กลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานบริการและสถานที่สาธารณะ กลุ่มชายที่มาตรวจรักษากามโรค และกลุ่มผู้เสพยาเสพติด สามารถเก็บข้อมูลได้จำนวน 7,697 คน จำแนกได้เป็นเพศหญิง จำนวน 3,668 คน และเพศชาย จำนวน 4,029 คน ดังข้อมูลในตารางที่แสดง (ตารางที่ 1)

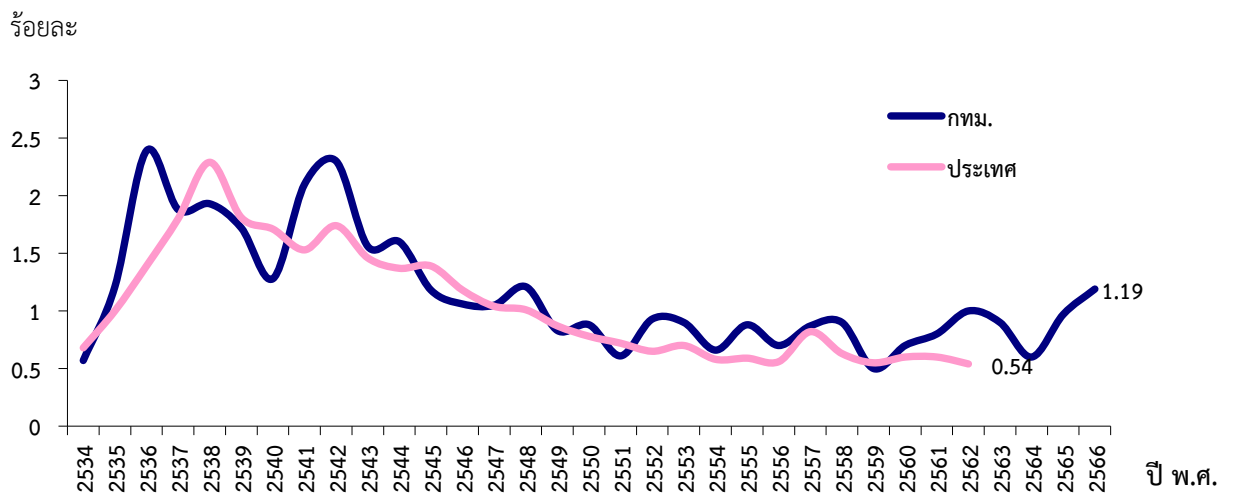
ตารางที่ 1 ตารางแสดงประเภทและจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้จากการเก็บข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี

ประชากรที่เฝ้าระวัง	จำนวนตัวอย่าง		
	รวม	ชาย	หญิง
กลุ่มประชากรทั่วไป			
1. หญิงตั้งครรภ์	1,252	-	1,252
2. ผู้บริจาคโลหิต	3,581	1,891	1,690
กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง			
3. พนักงานบริการทางเพศในสถานบริการ	283	-	283
4. พนักงานบริการทางเพศในสถานที่สาธารณะ	127	-	127
5. ชายที่มาตรวจรักษากามโรค	351	351	-
6. ผู้เสพยาเสพติดทุกชนิด	897	764	133
* ผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีฉีด	71	66	5
* ผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีอื่นๆ	818	690	128
* ผู้เสพยาเสพติดประเภทยาบ้า	317	267	50
รวม	7,697	4,029	3,668

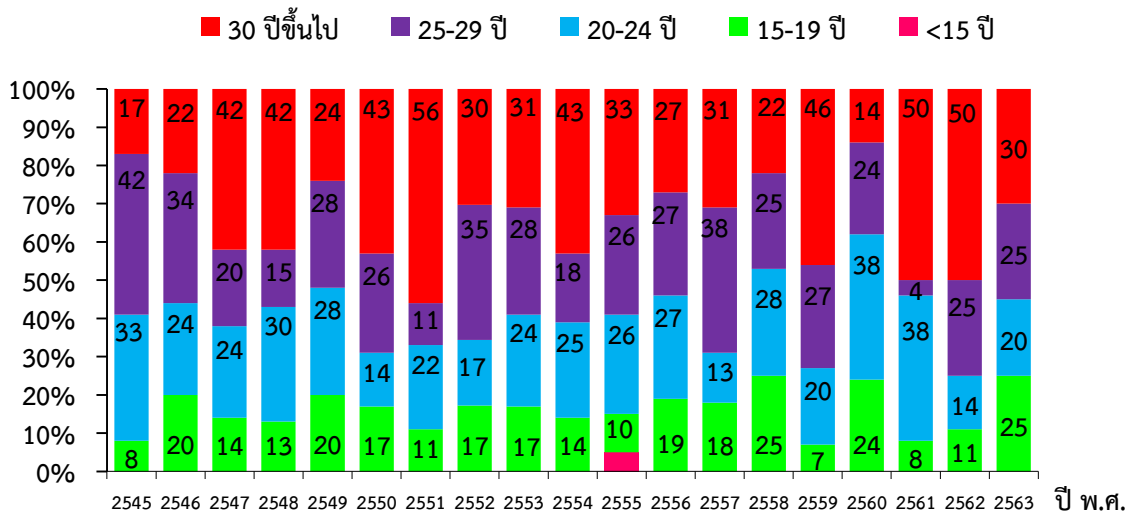
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

จากการเฝ้าระวังในหญิงตั้งครรภ์ โดยข้อมูลจากรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี (Perinatal HIV Intervention Monitoring System : PHIMS) และการเฝ้าระวังในศูนย์บริการสาธารณสุข พบว่า ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีระดับใกล้เคียงกับของประเทศ อย่างไรก็ตาม ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในปีพ.ศ.2566 พบว่ามีความชุกการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ที่ร้อยละ 1.19

รูปที่ 8 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เปรียบเทียบกรุงเทพฯและประเทศไทย พ.ศ.2534 –2566

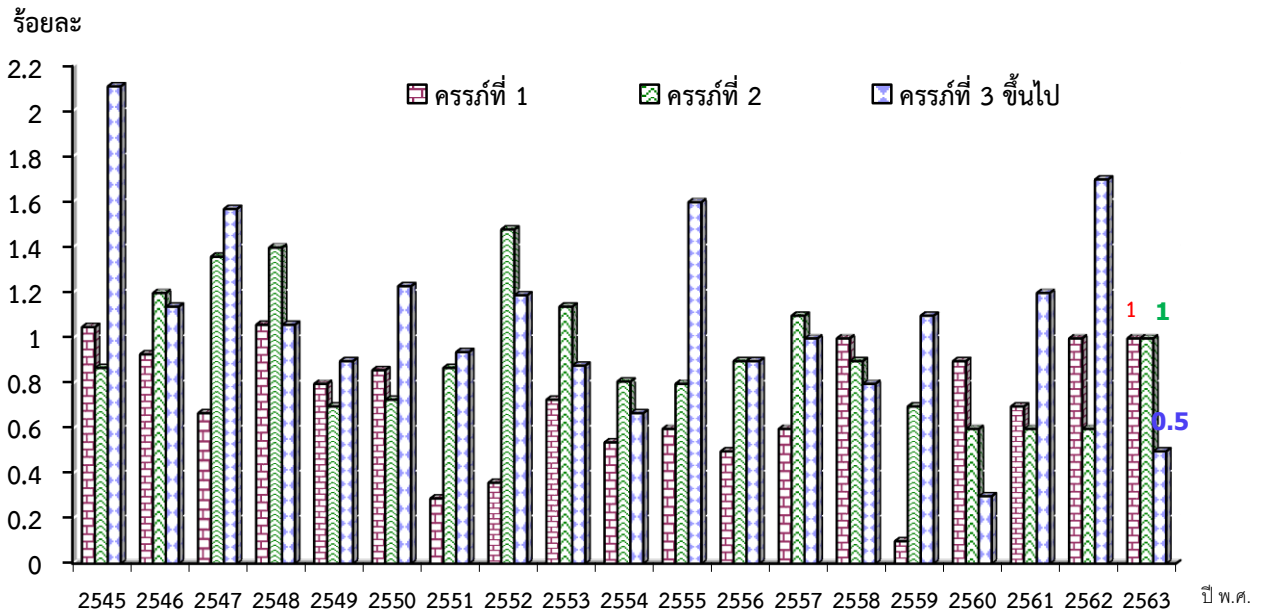


รูปที่ 9 สัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2545-2566



**ปี 2564-2566 อาศัยการรวบรวมข้อมูลจาก PHIMS

รูปที่ 10 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามลำดับครรภ์ พ.ศ. 2545-2563

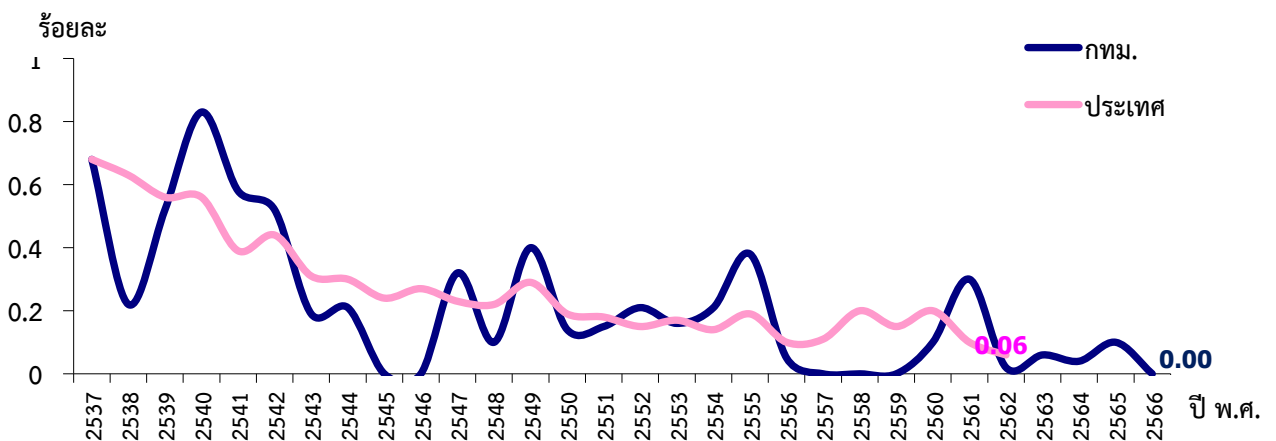


**ปี 2564-2566 อาศัยการรวบรวมข้อมูลจาก PHIMS

กลุ่มผู้บริจาคโลหิต

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต พบว่า ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลงทุกปี จนไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ.2557 ถึงปี พ.ศ.2559 แต่ในปี พ.ศ.2560 เริ่มกลับมาพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกครั้ง และในปี พ.ศ.2566 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 0 ราย จากจำนวนผู้บริจาคโลหิตทั้งหมด 3,581 ราย คิดเป็น ร้อยละ 0

รูปที่ 11 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต เปรียบเทียบกรุงเทพฯและประเทศไทย พ.ศ.2537- 2566



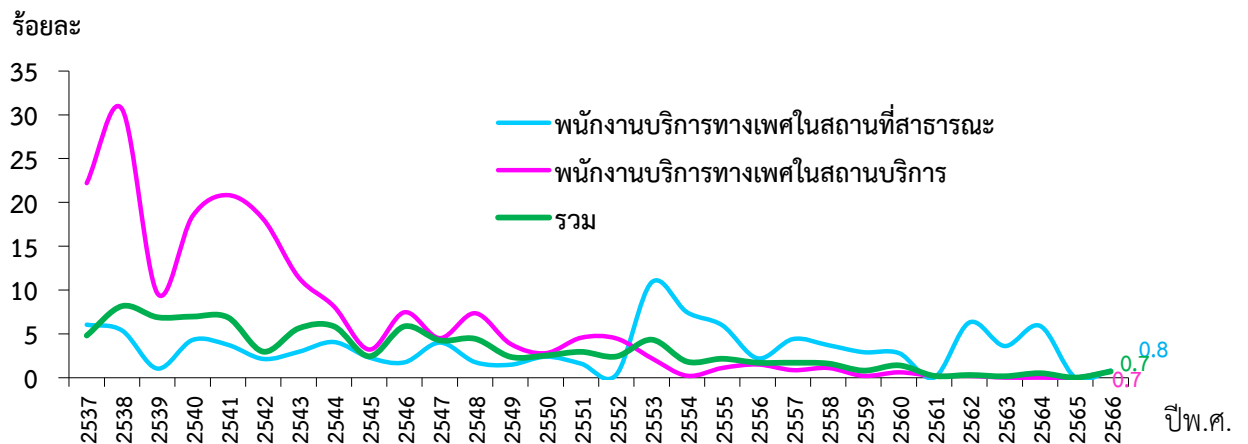
กลุ่มพนักงานบริการทางเพศ

กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แบ่งประเภทของพนักงานบริการทางเพศตามประเภทของสถานบริการมาตั้งแต่ปี 2553 ตามบริบทและสภาพแวดล้อมในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่เปลี่ยนแปลงไป โดยแบ่งเป็นพนักงานบริการทางเพศในสถานบริการและในสถานที่สาธารณะ

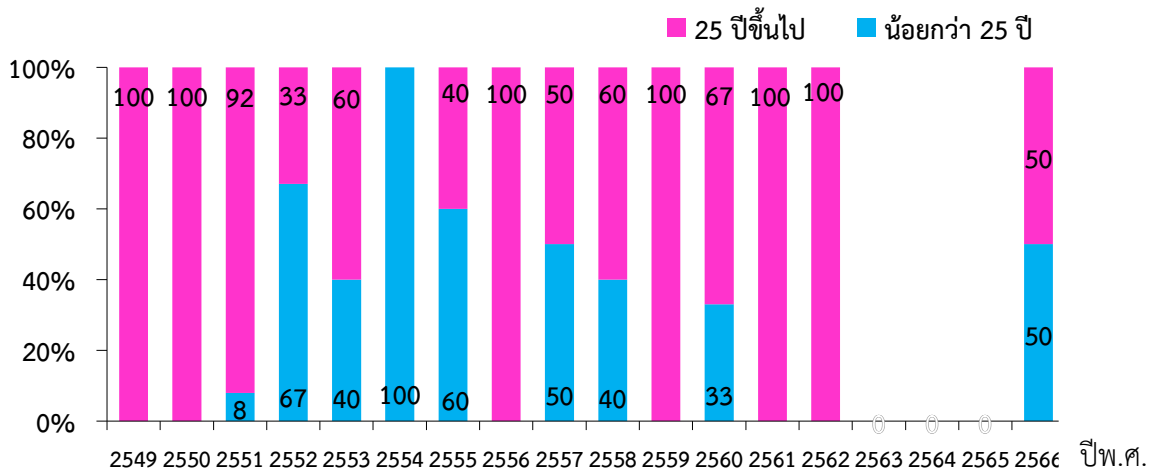
กลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานบริการพบว่ามีแนวโน้มของความชุกการติดเชื้อเอชไอวีลดลงในปี พ.ศ.2566 พบการติดเชื้อเอชไอวี 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 0.7

กลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานที่สาธารณะ พบการติดเชื้อเอชไอวี 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 0.8

รูปที่ 12 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศจำแนกตามประเภทสถานบริการ พ.ศ. 2537 - 2566

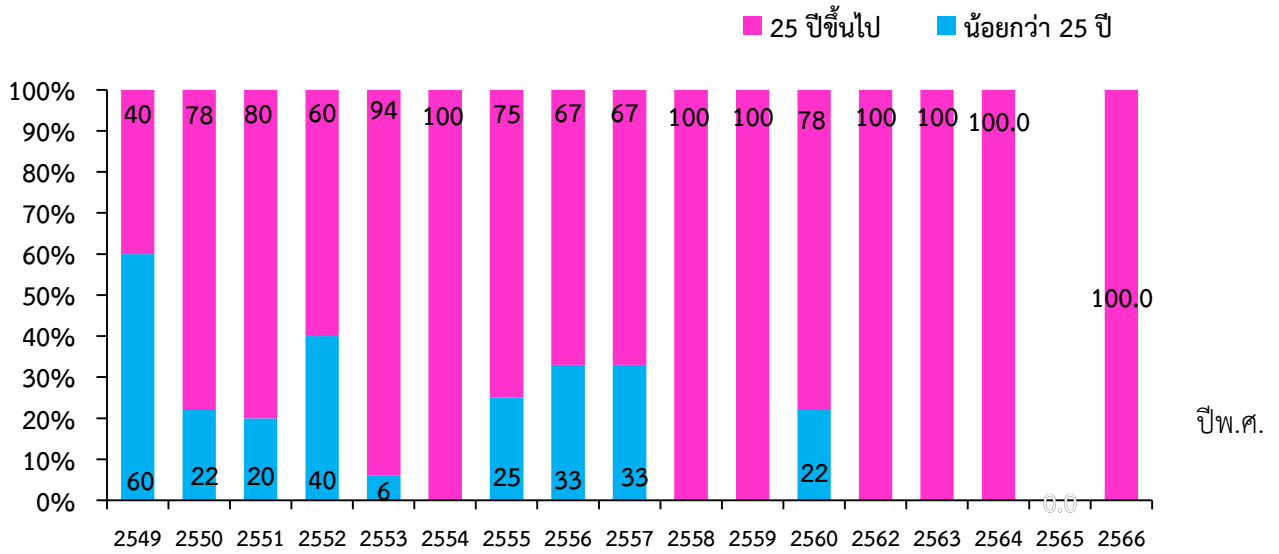


รูปที่ 13 สัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานบริการ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2549-2566



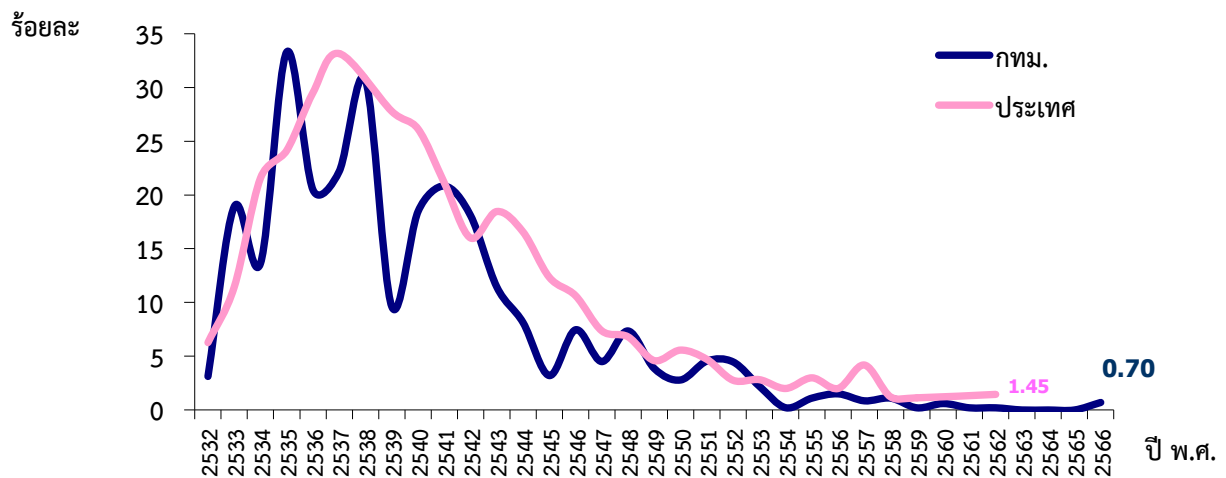
* ในปี พ.ศ.2563 2564และ2565 ไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานบริการ

รูปที่ 14 สัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานที่สาธารณะจำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2549-2566



* ในปี พ.ศ.2565 ไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานที่สาธารณะ

รูปที่ 15 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานบริการ เปรียบเทียบ กรุงเทพฯ และประเทศไทย พ.ศ. 2532- 2566

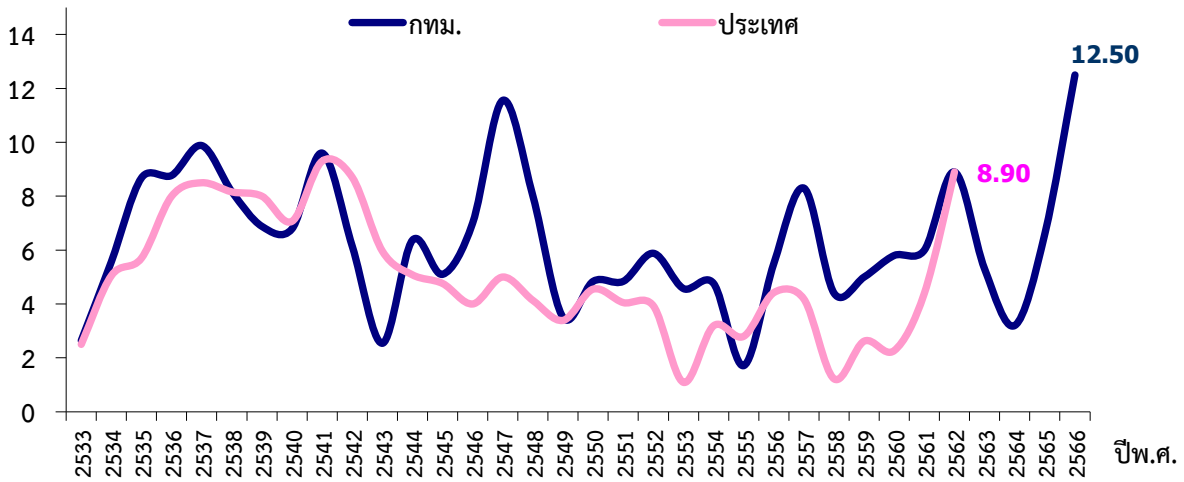


กลุ่มชายที่มาตรวจรักษาโรค

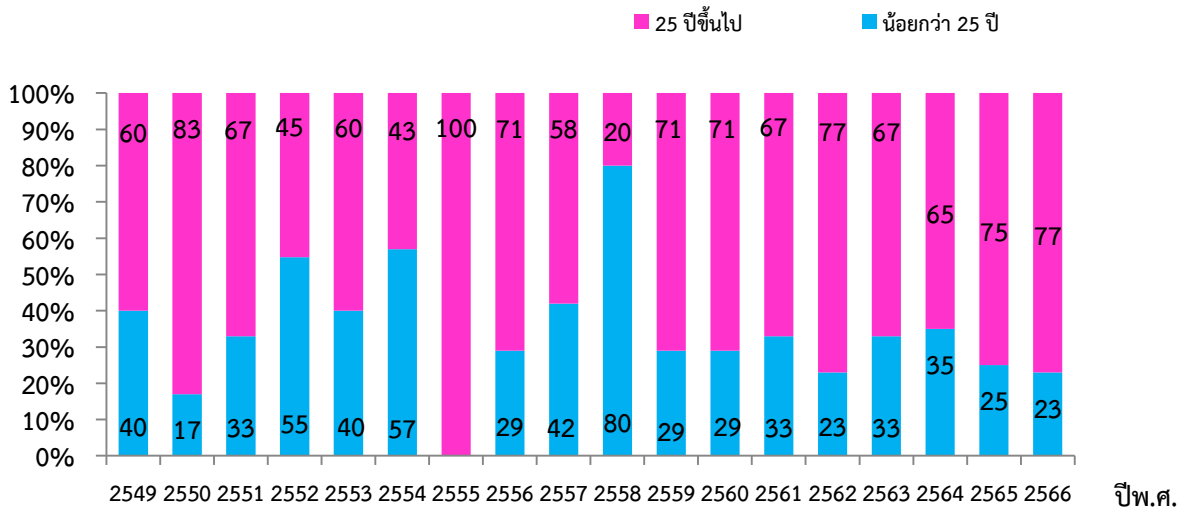
กลุ่มชายที่มาตรวจรักษาโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างไม่คงที่ ซึ่งต้องมีการดำเนินการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2566 พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 12.5 เมื่อดูตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 25 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 75 ในปี พ.ศ.2565 เป็นร้อยละ 77 ในปี พ.ศ.2566 ส่วนกลุ่มอายุ น้อยกว่า 25 ปี มีสัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 25 ในปี พ.ศ.2565 เป็นร้อยละ 23 ในปี พ.ศ.2566

รูปที่ 16 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มารับตรวจรักษากามโรคเปรียบเทียบกับกรุงเทพมหานคร และประเทศไทย พ.ศ. 2533 - 2566

ร้อยละ



รูปที่ 17 สัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มารับตรวจรักษากามโรค จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2549 - 2566

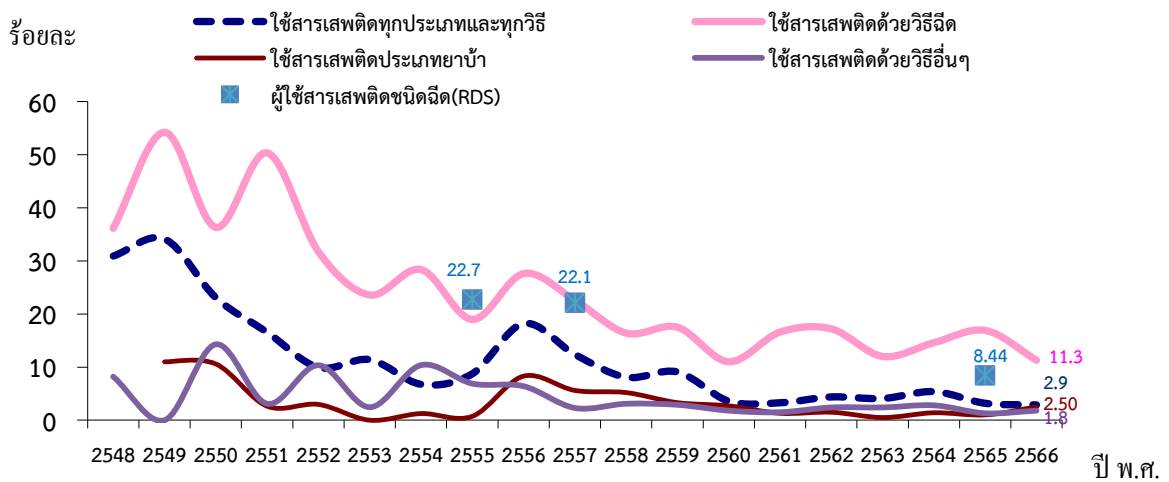


กลุ่มผู้เสพยาเสพติด

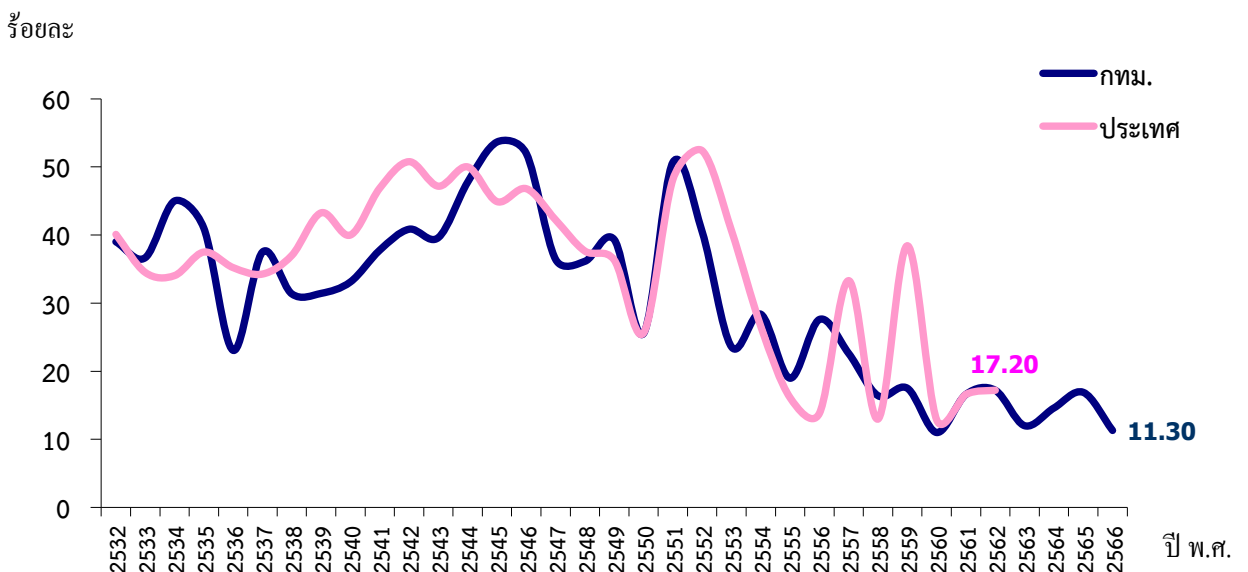
กลุ่มผู้เสพยาเสพติดทุกชนิดมีแนวโน้มความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีลดลงอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2566 มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีลดลงจากปี 2565 เล็กน้อย จากร้อยละ 3.2 เป็นร้อยละ 2.9 และเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป สูงกว่ากลุ่มอื่น ร้อยละ 4.1 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 2.3 (ภาคผนวก ตารางที่ 2)

สำหรับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดมีแนวโน้มความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีลดลงแต่ยังคงสูงกว่าทุกกลุ่มของผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีอื่น ปีพ.ศ.2566 พบการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 11.3 หากจำแนกตามกลุ่มอายุ พบกลุ่มอายุมากกว่า 30ปี มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงถึง ร้อยละ 13.7 รองลงมา คือกลุ่มอายุ 20 – 24 ปี สำหรับกลุ่มอายุอื่นไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี (ภาคผนวก ตารางที่ 2)

รูปที่ 18 ความชุกของการติดเชื้อเอช ไอวี ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด พ.ศ. 2548 – 2566



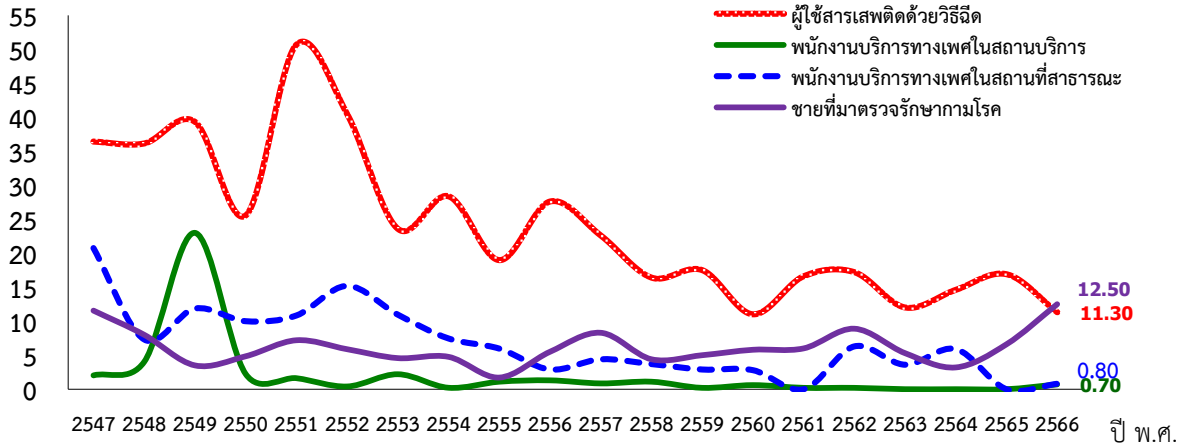
รูปที่ 19 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีด เปรียบเทียบกรุงเทพฯ และประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2566



เปรียบเทียบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามประเภทกลุ่มประชากรเป้าหมาย

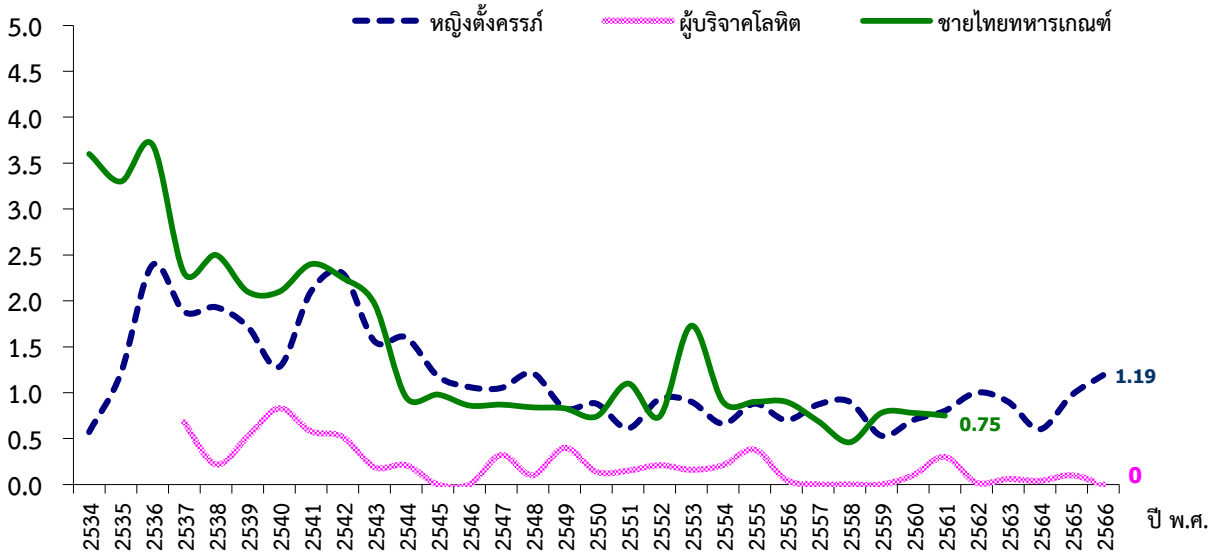
รูปที่ 20 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง พ.ศ. 2547 -2566

ร้อยละ



รูปที่ 21 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเป้าหมายประชากรทั่วไป พ.ศ. 2534 -2566

ร้อยละ

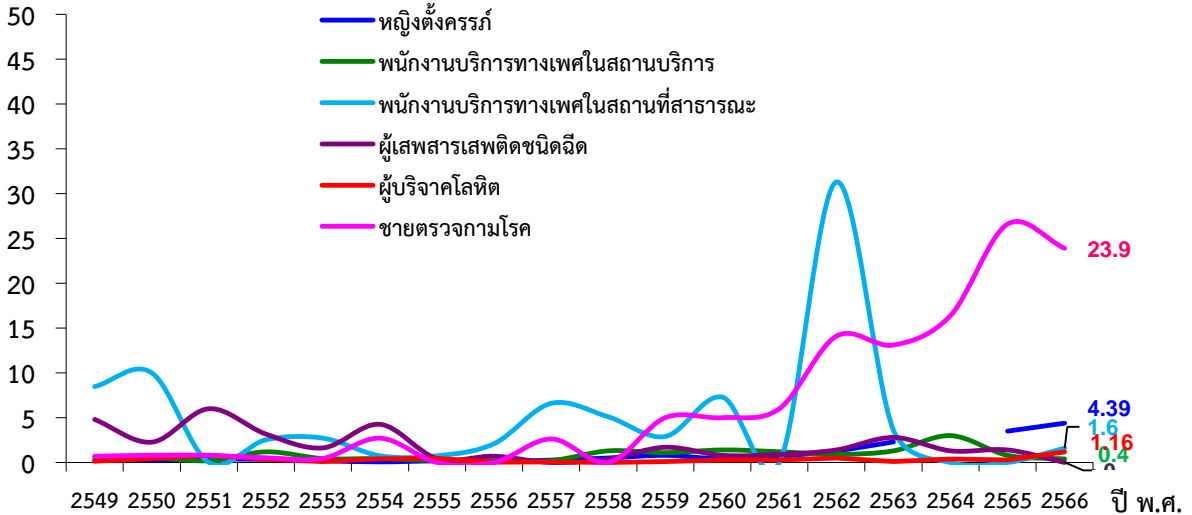


*ชายไทยทหารเกณฑ์ ไม่สามารถขอเข้าถึงข้อมูลกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบได้ ตั้งแต่ ปี 2561

ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อซิฟิลิส (Syphilis) เฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร

รูปที่ 22 ความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิส ในกลุ่มเป้าหมายที่เฝ้าระวัง พื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2549-2566

ร้อยละ



กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ มีแนวโน้มความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสสูงขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 3.5 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 4.39 โดยข้อมูลจากรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี กรมอนามัย (Perinatal HIV Intervention Monitoring System : PHIMS)

กลุ่มผู้บริจาคโลหิต พบว่าในปี พ.ศ. 2566 มีการติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 0

กลุ่มพนักงานบริการทางเพศ พบว่าการติดเชื้อซิฟิลิสลดลง ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศในสถานบริการ อยู่ที่ ร้อยละ 0.4 พบความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสสูงสุดในกลุ่ม 20-24 ปี สำหรับในสถานที่สาธารณะ พบว่าการติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในปี พ.ศ.2566 อยู่ที่ ร้อยละ 1.6 โดย พบความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิส สูงที่สุดในกลุ่ม 25-29 ปี

กลุ่มชายที่มาตรวจรักษาโรค พบว่าความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสสูงอย่างต่อเนื่อง และลดลงเล็กน้อย ในปี พ.ศ.2566 พบการติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 23.9 พบสูงสุดในกลุ่มอายุ มากกว่า 30 ปี ร้อยละ 26.5 รองลงมา กลุ่มอายุ 25 – 29 ปี ร้อยละ 25.6 และกลุ่มอายุตั้งแต่ 20 – 24 ปี ร้อยละ 22.1

กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด มีแนวโน้มความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสลดลงเล็กน้อย จาก ร้อยละ 1.4 ในปี พ.ศ.2565 จนไม่พบผู้ติดเชื้อซิฟิลิส ในกลุ่มดังกล่าว (ภาคผนวก ตารางที่2)

สรุปและอภิปรายผล

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ.2566 ในกลุ่มประชากรทั่วไป พบว่าอัตราความชุกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีคงที่ ในปีพ.ศ.2566 มีความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.19 กลุ่มผู้บริจาคโลหิตพบว่าเริ่มมีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีลดลงไม่ถึงร้อยละ 1 จนในปี 2566 อยู่ที่ร้อยละ 0 สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการทางเพศ มีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีลดลง แต่ในปี นี้ ในกลุ่มพนักงานในสถานี่สาธารณะ มีความชุกเพิ่มขึ้น กลุ่มชายที่มารับตรวจรักษาโรคที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีใน ปี 2566 พบการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 12.5 สำหรับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วย วิธีฉีดยังคงมีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีสูง ร้อยละ 11.3 การเฝ้าระวังการติดเชื้อซิฟิลิสพบว่าในปีพ.ศ.2566 มีอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มที่มีอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสมากที่สุด คือ กลุ่มชายที่มารับตรวจรักษาโรค ร้อยละ 23.5 รองลงมากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 4.39 และ ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ไม่พบการติดเชื้อซิฟิลิส จากการเฝ้าระวังครั้งนี้

จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าภาพรวมความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อจำแนกตามกลุ่มประชากร จะพบว่าในบางกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีลดลงกลับเริ่มมีการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มชายที่มารับตรวจรักษาโรค การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มดังกล่าวเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุไม่ถึง 24 ปี ส่วนกลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูงและยังคงสูงคงที่ ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด เช่นเดียวกับกับการติดเชื้อซิฟิลิสที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มชายโรค ผลการเฝ้าระวังดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ต้องมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีในการดำเนินงาน อยู่ตลอดเวลาเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ไม่ยึดแนวทางหรือวิธีการใดวิธีการหนึ่งในการแก้ปัญหา ควรเน้นเรื่องการสื่อสารทำความเข้าใจให้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน การปรับเปลี่ยนรูปแบบการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การใช้แอปพลิเคชันในการเข้าถึงข้อมูลความรู้หรือบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนในเรื่องการให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) การให้ยาหลังการสัมผัสเชื้อ (PEP) ควบคู่ไปกับการให้ความรู้ด้านการป้องกันอื่นๆ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายหรือสื่อสาธารณะ การชักชวนคู่มารตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการผลักดันให้องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ที่เป็นภาคีเครือข่ายในการทำงานด้านเอดส์เป็นหน่วยงานที่เข้มแข็ง สามารถดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ได้ทั้งงาน เชิงรุก และเชิงรับ เพื่อให้กรุงเทพมหานคร และประเทศไทยสามารถยุติปัญหาเอดส์ได้ภายในปี พ.ศ.2573

ภาคผนวก

ตารางที่ 1 ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร รอบที่ 41 ปี 2566 จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย	ผลการติดเชื้อเอชไอวี			ผลการติดเชื้อซิฟิลิส			ผลการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
	ตรวจ (ราย)	บวก(ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก(ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก(ราย)	ร้อยละ
หญิงตั้งครรภ์	1,252	15	1.19	1,252	55	4.39	-	-	-
ผู้บริจาคโลหิต	3,581	0	0	3,581	6	0.16	-	-	-
พนักงานบริการทางเพศในสถานบริการ	283	2	0.7	283	1	0.4	-	-	-
พนักงานบริการทางเพศในสถานที่สาธารณะ	127	1	0.8	127	2	1.6	-	-	-
ชายที่มาตรวจรักษากามโรค	351	44	12.5	351	84	23.9	-	-	-
ผู้ใช้สารเสพติดทุกประเภท	896	26	2.9	896	7	0.8	-	-	-
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	71	8	11.3	71	0	0	-	-	-
ผู้ใช้สารเสพติดประเภทยาบ้า	317	8	2.5	317	2	0.6	-	-	-
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีอื่น	817	11	1.3	817	7	0.86	-	-	-

ตารางที่ 2 ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานครรอบปี 41 ปี 2566 จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มอายุ

กลุ่มเป้าหมาย	ผลการตรวจเชื้อเอชไอวี															ผลการตรวจเชื้อซิฟิลิส														
	<15ปี			15-19ปี			20-24ปี			25-29ปี			>30ปี			<15ปี			15-19ปี			20-24ปี			25-29ปี			>30ปี		
	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ
หญิงตั้งครรภ์*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ผู้บริจาคโลหิต	9	0	0	172	0	0	462	0	0	619	0	0	2,319	0	0	9	0	0	172	0	0	462	1	0.2	619	0	0	2,319	5	0.2
พนักงานบริการ ทางเพศในสถาน บริการ	0	0	0	9	0	0	44	1	2.3	47	0	0	183	1	0.5	0	0	0	9	0	0	44	1	2.3	47	0	0	183	0	0
พนักงานบริการ ทางเพศ ในสถานที่ สาธารณะ	0	0	0	0	0	0	9	0	0	23	0	0	95	1	1.1	0	0	0	0	0	0	9	0	0	23	2	8.7	95	0	0
ชายที่มาตรวจ รักษากามโรค	0	0	0	22	1	4.5	77	9	11.7	90	12	13.3	162	22	13.6	0	0	0	22	1	4.5	77	17	22.1	90	23	25.6	162	43	26.5
ผู้ใช้สารเสพติด ทุกประเภท	2	0	0	74	1	1.3	156	4	2.6	151	0	0	513	21	4.1	2	0	0	74	1	1.35	156	1	0.6	151	1	0.7	513	4	0.8
ผู้ใช้สารเสพติด ด้วยวิธีฉีด	0	0	0	1	0	0	8	1	12.5	11	0	0	51	7	13.7	0	0	0	1	0	0	8	0	0	11	0	0	51	0	0
ผู้ใช้สารเสพติด ประเภทยาบ้า	0	0	0	6	0	0	17	0	0	33	0	0	261	8	3.1	0	0	0	6	0	0	17	0	0	33	1	3	261	1	0.38
ผู้ใช้สารเสพติด ชนิดอื่น	2	0	0	73	1	1.4	146	3	2.1	140	0	0	456	7	1.5	2	0	0	73	1	1.36	146	1	0.7	140	1	0.7	456	4	0.9

- ข้อมูลจากระบบ PHIMS ไม่ได้มีการบันทึกอายุ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความชุก (%) ของการติดเชื้อเอชไอวี ของประชากร 6 กลุ่ม เฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานครกับประเทศ ตั้งแต่ปี 2551–2566

ปี	หญิงตั้งครรภ์ (ANC.)		ผู้บริจาคเลือด (B.D.)		พนักงานบริการทางเพศหญิง (ในสถานบริการ)		พนักงานบริการทางเพศหญิง (ในสถานสาธารณะ)		ชายมาตรวจภาวะโรค (M.STD)		ผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีด (IDU.)	
	กทม.	ประเทศ	กทม.	ประเทศ	กทม.	ประเทศ	กทม.	ประเทศ	กทม.	ประเทศ	กทม.	ประเทศ
2551	0.61 N=2,965	0.72 N=57,838	0.15 N=2,052	0.25 N=65,301	4.55 N=264	4.71 N=4,995	1.59 N=314	2.64 N=10,567	4.84 N=125	4.26 N=1,056	50.67 N=150	47.96 N=221
2552	0.93 N=2,575	0.65 N=54,043	0.21 N=1,887	0.15 N=62,040	1.71 N=10,055	2.76 N=4,687	0.34 N=291	1.71 N=10,055	5.88 N=187	3.93 N=1,511	40.48 N=126	52.38 N=223
2553	0.90 N=4,650	0.70 N=55,394	0.16 N=1,935	0.17 N=62,608	2.21 N=8,894	2.82 N=5,012	10.88 N=147	2.21 N=8,894	4.57 N=219	1.91 N=1,776	23.58 N=123	40.65 N=504
2554	0.66 N = 4,224	0.58 N = 56,573	0.21 N = 935	0.14 N = 55,269	1.75 N = 9,307	2.0 N = 3,988	7.46 N = 134	1.75 N = 9,307	4.76 N =147	3.08 N = 1,102	28.37 N = 141	26.58 N = 162
2555	0.88 N = 4,413	0.59 N = 49,991	0.38 N = 1,042	0.19 N = 61,463	0.02 N = 6,972	2.99 N = 3,852	5.97 N = 134	0.02 N = 6,972	1.71 N =117	2.80 N = 1,034	18.97 N = 232	15.54 N = 296
2556	0.7 N=3,778	0.56 N=53,566	0.05 N=2,038	0.1 N=62,730	1.96 N=8,563	2.0 N=3,676	2.2 N=134	1.96 N=8,563	5.5 N=128	4.42 N=1,063	27.6 N=275	13.82 N=333
2557	0.87 N=3,659	0.82 N=64,882	0.0 N=1,536	0.11 N=72,143	1.56 N=6,343	4.18 N=4,381	4.4 N=135	1.56 N=6,343	8.3 N=228	4.18 N=1,354	22.6 N=345	33.3 N=441
2558	0.9 N=3,577	0.63 N=53,627	0.0 N=1,741	0.2 N=66,683	1.49 N=6,183	1.21 N=3,237	3.7 N=136	0.82 N=6,224	4.4 N=113	1.22 N=2,290	16.4 N=256	12.98 N=601
2559	0.5 N=2,807	0.55 N=47,503	0 N=1,706	0.15 N=70,559	0.94 N=5,246	1.13 N=2,083	2.9 N=138	0.94 N=5,246	5 N=140	2.62 N=1,936	17.5 N=234	38.43 N=281
2560	0.7 N=3,090	0.6 N=42,294	0.1 N=2,085	0.19 N=53,711	1.9 N=4,097	0 N=1,614	2.8 N=317	1.36 N=4,074	5.8 N=121	2.27 N=1,058	11.0 N=246	18.86 N=280
2561	0.8 N=3,071	0.62 N=35,657	0.3 N=2,755	0.12 N=49,463	1.19 N=4,105	0 N=1,731	0 N=12	0 N=4,107	6.0 N=199	4.43 N=1,196	16.6 N=211	16.6 N=211
2562	1.0 N=2,700	0.54 N=38,309	0.02 N=3,353	0.06 N=49,604	0.2 N=588	1.45 N=1,033	6.3 N=16	0.5 N=4,022	8.9 N=583	8.92 N=962	17.2 N=209	17.2 N=209
2563	0.9 N=2,316	- -	0.06 N=3,042	- -	0 N=627	- -	3.6 N=28	- -	5.3 N=873	- -	12.0 N=176	- -
2564	0.6 N=1,105	- -	0.04 N=2,721	- -	0 N=168	- -	5.9 N=17	- -	3.2 N=623	- -	14.6 N=158	- -
2565	0.97 N=1,855	- -	0.1 N=3,235	- -	0 N=239	- -	0 N=51	- -	6.6 N=732	- -	16.9 N=71	- -
2566	1.11 N=1,173	- -	0 N=3,581	- -	0.7 N=283	- -	0.8 N=127	- -	12.5 N=351	- -	11.3 N=71	- -

ตารางที่ 4 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการ ปี 2566 รอบที่ 41 จำแนกตามประเภทสถานบริการ

ประเภทสถานบริการ	ผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี		
	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ
ไนต์คลับ/ผับ/บาร์ร่าว/บาร์เปียร์/ดิสโก้เทค	38	0	0
บาร์อะโกโก้	10	0	0
อาบอบนวด	30	0	0
นวดแผนโบราณ	98	0	0
ชาน้ำ	43	2	4.7
ร้านอาหาร	28	0	0
กาแฟ	10	0	0
เตร็ดเตร่	40	1	2.5
นางทางโทรศัพท์	35	0	0
ร้านเสริมสวย	26	0	0
อื่นๆ	52	0	0
ผลรวมทั้งหมด	410	3	0.7

ตารางที่ 5 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีใน 4 กลุ่มเป้าหมาย ปี 2566 รอบที่ 41 จำแนกตามที่อยู่อาศัย

กลุ่มเป้าหมาย	อัตราความชุก (%) ของการติดเชื้อเอชไอวี					
	ใน กทม.			นอก กทม.		
	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ
ผู้บริจาคโลหิต (Bl.Doner)	2,078	0	0	1,503	0	0
พนักงานบริการทางเพศในสถานบริการ	283	2	0.7	-	-	-
พนักงานบริการทางเพศในสถานที่สาธารณะ	127	1	0.8	-	-	-
ชายที่มาตรวจรักษากามโรค (Male STI)	-	-	-	351	44	12.5

ตารางที่ 6 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายผู้มาตรวจรักษากามโรค ปี 2566 รอบที่ 41 จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ
โสด	296	32	10.8
คู่	54	12	22.2
หย่า/แยก	-	-	-
ไม่ระบุ	-	-	-
รวม	350	44	12.5

*ชายกามโรค missing 1 case

ตารางที่ 7 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ใน 2 กลุ่มเป้าหมาย ปี 2566 รอบที่ 41 จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	กลุ่มผู้บริจาคโลหิต			กลุ่มชายที่มาตรวจรักษากามโรค		
	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	21	0	0	-	-	-
ค้าขาย	41	0	0	30	2	6.7
รับจ้างทั่วไป	1116	0	0	131	12	9.2
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัท	62	0	0	49	6	12.2
เจ้าของกิจการ/บริษัท	56	0	0	12	5	41.7
ว่างงาน	3	0	0	14	5	35.7
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1,704	0	0	19	1	5.3
ผู้ใช้แรงงาน/กรรมกร	-	-	-	-	-	-
ขับรถรับจ้าง	-	-	-	-	-	-
นักเรียน/นักศึกษา	539	0	0	38	2	5.3
เกษตรกรรวม	-	-	-	-	-	-
นักแสดง/นักร้อง/นักดนตรี	-	-	-	-	-	-
อาชีพอิสระอื่นๆ	24	0	0	47	10	21.3
ขายอาชีพพิเศษ	-	-	-	-	-	-
พนักงานเสิร์ฟ	-	-	-	-	-	-
เสริมสวย	-	-	-	1	0	0
พระภิกษุ/สามเณร/นักบวช	1	0	0	-	-	-
ไม่ระบุ	13	0	0	-	-	-
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-
รวม	3,580	0	0	341	44	12.5

*ชายกามโรค missing 10 case

*ผู้บริจาคโลหิต missing 1 case

ตารางที่ 8 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ใน 2 กลุ่มเป้าหมาย ปี 2566 รอบที่ 41 จำแนกตามสถานที่เฝ้าระวัง
 สังกัดสำนักงานแพทย์ และสังกัดสำนักอนามัย

สถานที่เฝ้าระวัง	กลุ่มหญิงตั้งครรภ์			กลุ่มผู้บริจาคโลหิต		
	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ	ตรวจ (ราย)	บวก (ราย)	ร้อยละ
วิทยาลัยแพทยศาสตร์ และ วชิรพยาบาล	198	5	2.5	3,329	0	0
รพ.กลาง	114	2	1.75	-	-	-
รพ.ตากสิน	163	3	1.84	69	0	0
รพ.เจริญกรุงประชารักษ์	315	0	0	183	0	0
รพ.ศิรินคร	179	2	1.12	-	-	-
รพ.ราชพิพัฒน์	195	3	1.54	-	-	-
รพ.ลาดกระบัง*	-	-	-	-	-	-
รพ.เวชการุณย์รัศมี	88	0	0	-	-	-
รพ.หลวงพ่อบุ	0	0	0	-	-	-
ศบส.	-	-	-	-	-	-
รวม	1,252	15	1.1	3,581	0	0

* ข้อมูลไม่ปรากฏในฐานข้อมูล PHIMS (รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก:Perinatal HIV Intervention Monitoring System)