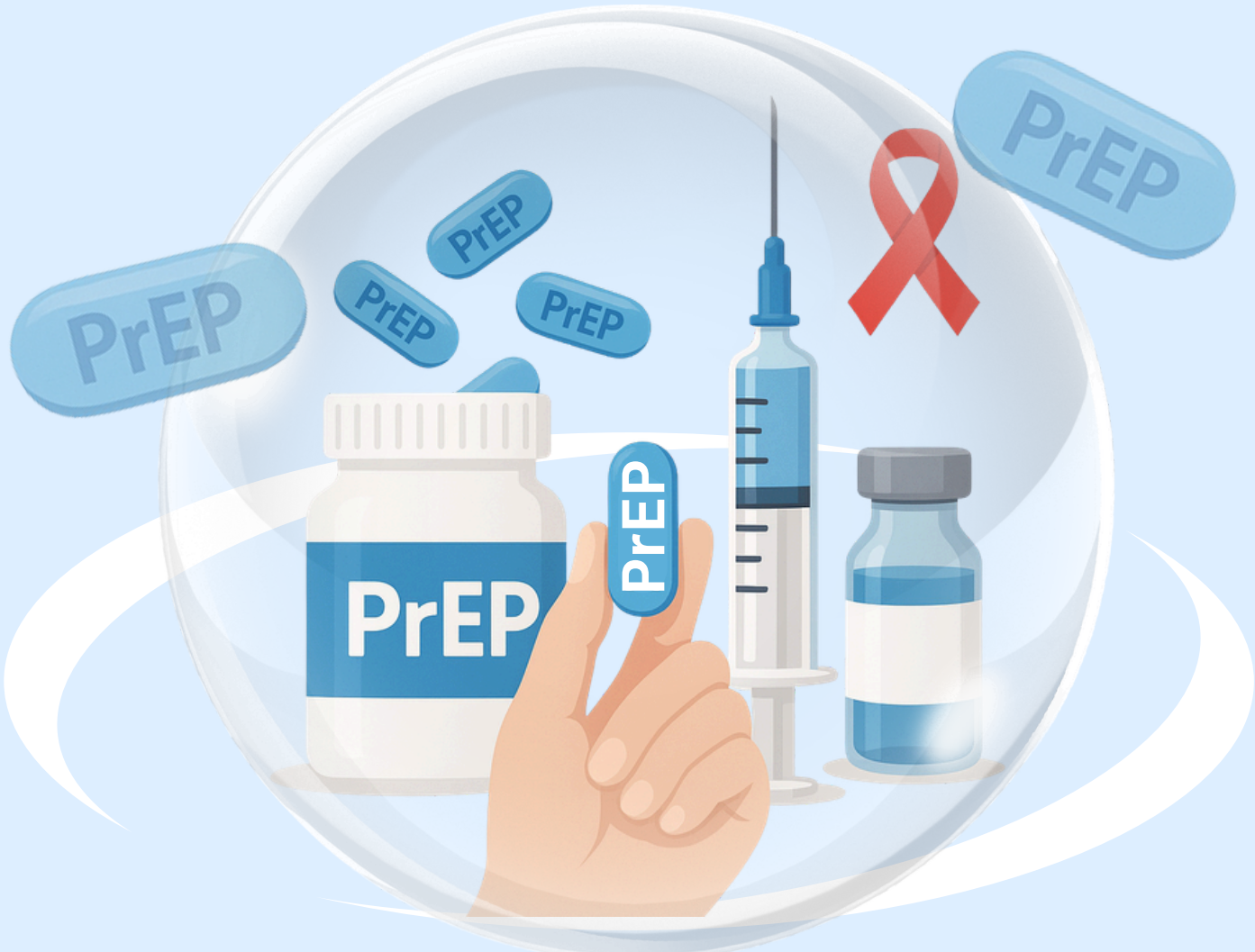
กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
Division of AIDS and STIs

แนวทางการจัดบริการ
ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี

ประเทศไทย ปี 2568



Thailand National Guidelines for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) 2025

DDC 69015

แนวทางการจัดบริการ
ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2568
Thailand National Guidelines
for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) 2025

อ้างอิง

Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. Thailand National Guidelines for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) 2025. Nonthaburi : Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2026.

แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2568

Thailand National Guidelines for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) 2025

ที่ปรึกษา

นายแพทย์มณเฑียร คณาสวัสดิ์	อธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์นิติ เหตานุรักษ์	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
แพทย์หญิงบุษบัน เชื้ออินทร์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
นายแพทย์สุเมธ องค์วรรณดี	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
แพทย์หญิงชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
นายแพทย์พงศ์ธร ชาติพิทักษ์	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสมบูรณ์ของเนื้อหา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงธันยวีร์ ภูธนกิจ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โอภาส พุทธเจริญ	ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา ขอเจริญพร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
แพทย์หญิงสุพัตรา รุ่งไมตรี	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
แพทย์หญิงรสพร กิตติเยาวมาลย์	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
ดร. แพทย์หญิงนิตยา ภานุภาค	สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงมณฑินี วสันติอุปโภคากร	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นายยุทธภูมิ ศรีคำจีน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นางสาวเพลินพิศ พรหมมะลิ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นายแพทย์ศุภณัฐ ฐิติภัทรกร	นักวิชาการอิสระ
นางสาวฟาริดา ลังกาฟ้า	ศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
นางอรพิณ สุขศรีพานิช	ศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

คณะผู้เรียบเรียงเนื้อหา

นางนุชนารถ แก้วดำเกิง	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นางสาวเพลินพิศ พรหมมะลิ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นางนิรมล ปัญสุวรรณ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นางสาวลาวัณย์ สันติชินกุล	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

นางสาวสิริพร ภิยโยทัย	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นายแพทย์ชาตรี จุลเพชร	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นางสุธิดา วรโชติธนัน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
แพทย์หญิงกันต์ฤทัย จรสธรรมรัตน์	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นายยุทธภูมิ ศรีคำจีน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นางสาววิไลพร นามศรี	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นางสาวภัทร์ศยา มุกลีมาศ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นางสาวณัฐณิชาช์ วิบูลย์วัฒนกุล	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นางสาวรวิพร เสาร์อินทร์	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นางสาวเกศินี เขียนวารี	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นายแพทย์ศุภณัฐ ฐิติภัทรกร	นักวิชาการอิสระ
นางสาวฟาริดา ลังกาฟ้า	ศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
นางอรพิณ สุขศรีพานิช	ศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
แพทย์หญิงระพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอร์ต	คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นายอาทิตย์ ผู้สำอางค์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
แพทย์หญิงสุพรรณี จิรจริยาเวช	โรงพยาบาลตากสิน
นายแพทย์ฐิติสันต์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา	ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 28 กรุงธนบุรี
นางประภาภรณ์ กิจวัฒนาชัย	โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
นางสาวสุภาพร เพงโนนยาง	สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี
นายวราวุธ บุญศิริธนโรจน์	สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย
นางสุรางค์ จันทร์แย้ม	มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ
นายเด่นชัย ศรีกรองทอง	มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ
นายพงศ์ภีระ พัฐภีระพงศ์	มูลนิธิเอ็มพลัส
นางสาวต้องพิศ ภิญโญสินวัฒน์	มูลนิธิรักษ์ไทย
นายณธรรศ ธีรภาพพงศ์พันธ์	มูลนิธิรักษ์ไทย

พิสูจน์อักษร

นายยุทธภูมิ ศรีคำจีน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นายธนวงค์ บัวซ้อน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นายเดชวัตร สอนดี	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นายแพทย์ศุภณัฐ ฐิติภัทรกร	นักวิชาการอิสระ

ออกแบบปก

นางสาวพิมพร กองอุบล กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

จัดทำโดย: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2569

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2568 (Thailand National Guidelines for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) 2025)
.-- นนทบุรี : กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2569
131 หน้า.

1. เอชไอวี (ไวรัส). 2. โรคเอดส์ – การป้องกัน. I. ชื่อเรื่อง.

616.9729
ISBN 978-616-11-5724-1

ISBN (e-book) 978-616-11-5724-1

คำนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ยังคงเป็นความท้าทายสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก แม้ว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์จะทำให้การรักษาผู้ติดเชื้อมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จนผู้ติดเชื้อสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่การยุติปัญหาการแพร่ระบาดให้ได้ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ภายในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) ยังคงต้องอาศัยกลยุทธ์ที่ครอบคลุม โดยเฉพาะการ ป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ ด้วยความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ ทำให้มียาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis หรือ PrEP) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพสูงในการลดการติดเชื้อ และเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยขับเคลื่อนให้เกิดการยุติปัญหาเอดส์ให้เป็นจริงได้

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้ปรับปรุง "แนวทางการจัดบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2568" ฉบับนี้ขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีใหม่ ให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยใหม่ ๆ และการใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานให้มีความคลอบคลุมและสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย จึงได้กำหนดให้มีการพัฒนาปรับปรุงแนวทางนี้ขึ้น โดยผ่านกระบวนการทำงานและการประชุมหารือ กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ปฏิบัติงาน

แนวทางฉบับนี้รวบรวมข้อมูลล่าสุดจากงานวิจัยทางวิชาการและประสบการณ์จากการปฏิบัติงาน เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างกว้างขวางและเป็นอีกก้าวสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ได้ในที่สุด

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
9 กันยายน 2568

สารบัญ

		หน้า
บทสรุปผู้บริหาร		1
บทที่ 1	บทนำ	3
	1.1 สรุปการให้บริการ PrEP ในแนวทางฉบับนี้	5
	1.2 วัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวทางฉบับนี้	7
	1.3 องค์ประกอบสำคัญของแนวทางฉบับนี้	7
	1.4 ผู้ใช้แนวทางฉบับนี้	8
บบที่ 2	ความเป็นมาและความสำคัญของการจัดบริการ PrEP ในประเทศไทย	9
	2.1 จากงานวิจัยสู่การพัฒนาบริการ PrEP	11
	2.2 ความเป็นมาของรูปแบบการจัดบริการ PrEP ในประเทศไทย	11
บทที่ 3	แนวทางเวชปฏิบัติการจัดบริการ PrEP	12
	3.1 ข้อบ่งใช้ PrEP	12
	3.2 ผู้ที่ควรได้รับการให้การปรึกษาเรื่อง PrEP	12
	3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อเริ่มและติดตาม PrEP	15
	3.4 รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	18
	3.5 คำถามพบบ่อย	24
บทที่ 4	ยา PrEP	32
	4.1 PrEP ชนิดรับประทาน: สูตรยา TDF/FTC และ TAF/FTC	32
	4.2 PrEP ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ: Long-Acting Cabotegravir (CAB-LA)	38
	4.3 PrEP ชนิดห่วงสอดช่องคลอด: Dapivirine Vaginal Ring (DVR)	44
	4.4 PrEP ชนิดฉีดใต้ผิวหนัง: Lenacapavir (LEN)	45
	4.5 คำถามพบบ่อย	49
บทที่ 5	การให้การปรึกษาเรื่อง PrEP	54
	5.1 หลักการสำคัญในการให้การปรึกษาเรื่อง PrEP	54
	5.2 กรอบในการให้การปรึกษาเรื่อง PrEP	54
	5.3 ขั้นตอนในการปรึกษา PrEP PrEP	57
บทที่ 6	รูปแบบการจัดบริการ PrEP	60
	6.1 ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ PrEP	60

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	6.2 การให้บริการภายในวันเดียว (Same-Day PrEP)	62
	6.3 การให้บริการแบบนิรนาม (Anonymous Services)	62
	6.4 การจัดบริการ PrEP รูปแบบต่าง ๆ	62
	6.5 การจัดบริการ PrEP โดยบุคลากรต่าง ๆ	67
	6.5.1 การจัดบริการ PrEP โดยแพทย์	67
	6.5.2 การจัดบริการ PrEP ที่นำโดยชุมชน ร่วมกับสถานพยาบาล (Community-led PrEP, in collaboration with health facility)	67
	6.5.3 การจัดบริการ PrEP ที่นำโดยพยาบาล (Nurse-Led PrEP)	70
	6.5.4 การจัดบริการ PrEP ที่นำโดยเภสัชกร (Pharmacist-Led PrEP)	70
บทที่ 7	กระบวนการสร้างความต้องการและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ PrEP	72
	7.1 แนวทางการสร้างความต้องการในการใช้บริการ PrEP	72
	7.2 แนวทางส่งเสริมการเข้าถึง PrEP	73
	7.3 แนวทางการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการเข้าถึง PrEP	74
	7.4 ระดับกลยุทธ์การสื่อสารและการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ PrEP	76
	7.5 ตัวอย่างกิจกรรมการสื่อสาร เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการ PrEP	77
บทที่ 8	แนวทางการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน PrEP	80
	8.1 วัตถุประสงค์ในการติดตาม ประเมินผลและรายงานการจัดบริการ PrEP	80
	8.2 เป้าหมาย และตัวชี้วัดในการดำเนินงานการจัดบริการ PrEP	80
	8.3 เป้าหมายเชิงตัวชี้วัดในบริการ PrEP	81
	8.4 ระบบสารสนเทศสำหรับการติดตามงาน PrEP ในประเทศไทย	83
	8.5 การจัดการข้อมูล PrEP	83
	8.6 บทบาทแต่ละระดับในการติดตามบริการ PrEP	84
	บรรณานุกรม	86
	ภาคผนวก ก: ผลการศึกษาของ PrEP ชนิดต่าง ๆ	97
	ภาคผนวก ข: อันตรกิริยาระหว่างยา PrEP กับยาอื่น ๆ	104

สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก ค: แนวทางการให้บริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) สำหรับสถานพยาบาลและองค์กรภาคประชาสังคม 107

ภาคผนวก ง: แนวทางปฏิบัติการดูแลคลังยาและการส่งมอบยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) ให้ผู้รับบริการ 115

ภาคผนวก จ: ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริการส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริการส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประเทศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 119

ภาคผนวก ฉ: ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริการส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริการส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประเทศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2562 122

ภาคผนวก ช: ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริการส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริการส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประเทศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562 125

ภาคผนวก ซ: คำสั่งกรมควบคุมโรค ที่ 196/2568 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาวิชาการและแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานบริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) และบริการหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) ประเทศไทย 128

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1.1	สรุปสาระสำคัญของการให้บริการ PrEP	5
ตารางที่ 1.2	ประเด็นที่เปลี่ยนแปลงไปจากแนวทางฉบับ พ.ศ. 2564	6
ตารางที่ 3.1	การตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะรับ PrEP	16
ตารางที่ 3.2	ตัวอย่างการวางตารางนัดขณะรับ PrEP	27
ตารางที่ 4.1	ตารางแสดงการเริ่มและติดตาม CAB-LA	40
ตารางที่ 4.2	ตารางแสดงการเริ่มและติดตาม LEN	46
ตารางที่ 4.3	สรุปเปรียบเทียบ PrEP ชนิดต่าง ๆ	51
ตารางที่ 4.4	สรุปข้อพิจารณากลุ่มประชากรเฉพาะ	53
ตารางที่ 8.1	คำนิยามตัวชี้วัด PrEP ที่ใช้ในการติดตามการดำเนินงาน	82

สารบัญภาพ

		หน้า
แผนภาพที่ 2.1	ความเป็นมาของการจัดบริการ PrEP ในประเทศไทย	10
แผนภาพที่ 3.1	แผนภาพแนวทางเวชปฏิบัติการจัดการ PrEP	14
แผนภาพที่ 4.1	การใช้ PrEP ชนิดรับประทานสำหรับเพศกำเนิดชาย	35
แผนภาพที่ 4.2	การใช้ PrEP ชนิดรับประทานสำหรับเพศกำเนิดหญิง เพศกำเนิดชายที่มีช่องคลอดใหม่ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	36
แผนภาพที่ 4.3	ตำแหน่งฉีดยา ventrogluteal และ dorsogluteal	41
แผนภาพที่ 4.4	การฉีดยาด้วย Z-track method	41
แผนภาพที่ 4.5	ระยะ tail phase	42
แผนภาพที่ 4.6	การติดเชื้อที่มีการยับยั้งไวรัสในระยะต้นในผู้ที่ใช้ยาต้านไวรัสชนิดออกฤทธิ์ยาว (LEVI)	43
แผนภาพที่ 4.7	ตำแหน่งฉีด LEN	47
แผนภาพที่ 4.8	การฉีด LEN ใต้ผิวหนัง	48
.แผนภาพที่ 5.1	เนื้อหาการให้การปรึกษาเมื่อจ่าย PrEP	57
แผนภาพที่ 6.1	การจัดบริการ PrEP รูปแบบต่าง ๆ	62
.แผนภาพที่ 6.2	ตัวอย่างรูปแบบการจัดบริการ PrEP ในสถานที่และนอกสถานที่ของ PrEP ชนิดรับประทาน	64
แผนภาพที่ 6.3	ตัวอย่างขั้นตอนการจัดบริการ PrEP ทางไกล (TelePrEP) ของ PrEP ชนิดรับประทาน	66
แผนภาพที่ 6.4	ขั้นตอนการปฏิบัติการให้บริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีสำหรับสถานพยาบาลและองค์กรภาคประชาสังคม	70

สารบัญแผนภูมิ

		หน้า
แผนภูมิที่ 1.1	ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก	4
แผนภูมิที่ 1.2	ผลการดำเนินงาน PrEP ภาพรวมประเทศไทย ปี 2561-2568 (ไตรมาส 4)	4

อภิธานศัพท์

อักษรย่อ	คำเต็ม	ความหมาย
2:1:1		การรับประทาน PrEP 2 เม็ด 2-24 ชั่วโมงก่อนมีเพศสัมพันธ์ ตามด้วยวันละ 1 เม็ด เป็นเวลา 2 วัน หลังมีเพศสัมพันธ์ ใช้ในเพศกำเนิดชาย
2:7		การรับประทาน PrEP 2 เม็ด 2-24 ชั่วโมงก่อนมีเพศสัมพันธ์ ตามด้วยวันละ 1 เม็ด เป็นเวลา 7 วัน หลังมีเพศสัมพันธ์ ใช้ในเพศกำเนิดหญิง เพศกำเนิดชายที่มีช่องคลอดใหม่ และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด
7:7		การรับประทาน PrEP วันละ 1 เม็ด เป็นเวลา 7 วัน ก่อนมีเพศสัมพันธ์ ตามด้วยวันละ 1 เม็ด เป็นเวลา 7 วัน หลังมีเพศสัมพันธ์
3TC	Lamivudine	ยาต้านไวรัสลามิวูดิน
ALT	Alanine aminotransferase	ค่าเอนไซม์ของการตรวจการทำงานของตับ
APRI	AST to Platelet Ratio Index	ดัชนีอัตราส่วนค่าเอนไซม์ aspartate dehydrogenase ต่อเกล็ดเลือด ใช้ประเมินความเสี่ยงภาวะตับแข็ง
Anti-HAV IgG	Hepatitis A virus antibody immunoglobulin G	แอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบเอ
Anti-HBs	Hepatitis B surface antibody	แอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
Anti-HCV	Hepatitis C virus antibody	แอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบซี
BBS	Biologic and Behavioral Surveillance	การสำรวจและเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี
CAB-LA	Long-acting cabotegravir	ยาต้านไวรัสคาโบทิกราเวียร์ชนิดออกฤทธิ์นาน
CBO	Community-based organization	องค์กรชุมชน
	Chemsex	การใช้สารเสพติด/สารกระตุ้น/สารเคมี เพื่อกระตุ้นการมีเพศสัมพันธ์

อักษรย่อ	คำเต็ม	ความหมาย
Doxy PEP	Doxycycline post-exposure prophylaxis	การใช้ยาด็อกซีไซคลินเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการสัมผัส
DVR	Dapivirine vaginal ring	ยาต้านไวรัสดาพิวีรีนชนิดห่วงสอดช่องคลอด
eGFR	Estimated glomerular filtration rate	อัตราการกรองของไต
FIB-4	Fibrosis-4	ดัชนีที่ใช้ประเมินความเสี่ยงภาวะตับแข็ง
FTC	Emtricitabine	ยาต้านไวรัสเอมไทรซิทาบีน (เอฟทีซี)
	Gain-framing message	การให้การปรึกษาในเชิงบวก
HBsAg	Hepatitis B surface antigen	แอนติเจนของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
HCV cAg	Hepatitis C virus core antigen	แอนติเจนของเชื้อไวรัสตับอักเสบซี
HCV RNA	Hepatitis C virus RNA	สารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสตับอักเสบซี
HIV	Human immunodeficiency virus	เอชไอวี (ไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่องในคน)
HIVST	HIV self-test	การตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง
HIV Ab	HIV antibody	แอนติบอดีต่อเอชไอวี
HIV Ag/Ab	HIV antigen/antibody	แอนติเจนและแอนติบอดีต่อเอชไอวี
	Index partner testing	การชวนคู่ของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีมาตรวจคัดกรองเอชไอวี
INSTI	Integrase strand transfer inhibitor	ยาต้านไวรัสกลุ่มที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเอนไซม์อินทีเกรส
LEN	Lenacapavir	ยาต้านไวรัสเลนาคาพาเวียร์
LEVI	Long-acting early viral inhibition	การยับยั้งไวรัสโดยเร็วจากการใช้ยาชนิดออกฤทธิ์นาน
NAAT	Nucleic acid amplification test	การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ
NAP	National AIDS Program	ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ
NSAID	Nonsteroidal anti-inflammatory drug	ยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

อักษรย่อ	คำเต็ม	ความหมาย
NSP	Needle and Syringe Program	โครงการเข็มและกระบอกฉีดยา
PEP	HIV post-exposure prophylaxis	การป้องกันเอชไอวีหลังการสัมผัส
	Pleasure-based approach	การให้การปรึกษาโดยการใช้ความสุขทางเพศเป็นเป้าหมาย
PrEP	HIV pre-exposure prophylaxis	การป้องกันเอชไอวีก่อนการสัมผัส
PWID	People Who Inject Drugs	ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด
QI	Quality Improvement	การปรับปรุงคุณภาพบริการ
RDT	Rapid diagnostic test	ชุดตรวจแบบรวดเร็ว
RRTTPR	Reach-Recruit-Test-Treat-Prevention-Retain	การเข้าถึง-การเข้าสู่บริการ-ตรวจเอชไอวี-การรักษา-การป้องกัน-การคงอยู่ในระบบ
TAF	Tenofovir alafenamide	ยาต้านไวรัสทีโนโฟเวียร์แอละฟีนาไมด์ (แทฟ)
TDF	Tenofovir disoproxil fumarate	ยาต้านไวรัสทีโนโฟเวียร์ไดโซพรอกซิลฟูมาเรต (ทีดีเอฟ)
TelePrEP	PrEP telehealth	การให้บริการ PrEP ด้วยระบบบริการสาธารณสุขทางไกล (โทรเวช)
TUC	Thailand MOPH – US CDC Collaboration	ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
	Window period	ระยะหลบ, ช่วงเวลาหลังจากที่ได้รับเชื้อแต่ยังตรวจหาเชื้อไม่พบ

บทสรุปผู้บริหาร

ใน พ.ศ. 2559 ประเทศไทยได้จัดทำแผนเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ โดยกำหนดกลยุทธ์สำคัญในการลดการถ่ายทอดเอชไอวีและลดการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยอาศัยมาตรการการเข้าถึง - การเข้าสู่บริการ - การตรวจเอชไอวี - การรักษา - การป้องกัน - การคงอยู่ในระบบ (Reach-Recruit-Test-Treat-Prevention-Retain, RRTTPR) และประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560–2573 โดยกำหนดเป้าหมายภายใน พ.ศ. 2573 ดังนี้

- ลดจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีรายใหม่เหลือไม่เกิน 1,000 คนต่อปี
- ลดการเสียชีวิตจากเอชไอวีเหลือไม่เกิน 4,000 คน
- ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีลง 90%

เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์หลัก 6 ข้อ ดังนี้

1. มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเอชไอวีสูง
2. ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ
3. พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแลช่วยเหลือทางสังคมที่ให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน
4. ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนรวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ์ เพื่อลดการรังเกียจ กีดกัน การเลือกปฏิบัติ ที่เกี่ยวเนื่องกับเอชไอวีและเพศภาวะ
5. เพิ่มความร่วมรับผิดชอบ การลงทุนและประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วน ทั้งระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่
6. ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ

แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2568

เพื่อดำเนินการตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ประเทศไทยจึงมีกลยุทธ์การใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพสูง เข้าไปเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการจัดบริการป้องกันในชุดบริการ RRTTPR และได้รับการบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันจำนวนผู้รับ PrEP ของประเทศไทย ยังคงห่างไกลเป้าหมาย แนวทางฉบับนี้จึงเพิ่มประเด็นใหม่ ๆ เพื่อแก้ปัญหาโดยการขยายบริการ PrEP ให้หลากหลายและเข้าถึงง่ายยิ่งขึ้น เช่น การใช้ PrEP ชนิดออกฤทธิ์นาน, การจัดบริการ PrEP โดยใช้ชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง, การจัดบริการ PrEP

โดยใช้ระบบบริการสาธารณสุขทางไกล และการจัดรูปแบบบริการที่หลากหลาย นำโดยแพทย์ ชุมชน พยาบาล และเภสัชกร โดยทั้งหมดนี้จะช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกันให้เป็นการเพิ่มทางเลือกให้ผู้รับบริการสามารถรับบริการ PrEP ได้ง่าย ทั่วถึง ตรงตามความต้องการของแต่ละคน เพื่อให้คนไทยสามารถเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันเอชไอวีได้อย่างเท่าเทียม ภายใต้หลักการของสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ

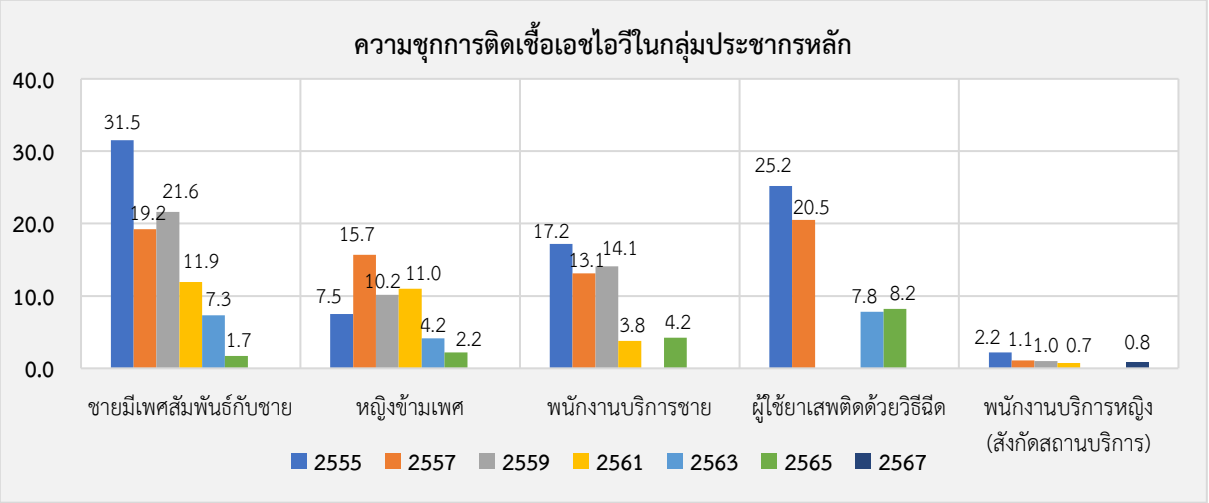
บทที่ 1 บทนำ

เอชไอวี เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ที่ส่งผลกระทบโดยรวมทั้งต่อสุขภาพประชาชน และการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ เอชไอวีเป็นปัญหาที่มิใช่เฉพาะการระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาพื้นฐานของสังคม การตีตรา กีดกัน และเลือกปฏิบัติ รวมทั้งการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบอื่น ๆ

ใน ปี พ.ศ. 2567 คาดประมาณว่าประเทศไทยมีผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี 565,598 ราย โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 8,124 ราย (คาดประมาณโดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Spectrum-AEM ณ วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2568) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อรายใหม่ยังคงเป็นกลุ่มประชากรหลักและคู่ จากสำรวจและเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (BBS) พบว่า ในปี 2565 กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) มีความชุกของเอชไอวีสูงสุดอยู่ที่ 8.2% รองลงมา ได้แก่ พนักงานบริการชาย (MSW) 4.2% หญิงข้ามเพศ (TG) 2.2% ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) 1.7% ตามลำดับ และในปี 2567 ความชุกในพนักงานบริการหญิง (สังกัดสถานบริการ) อยู่ที่ 0.8%

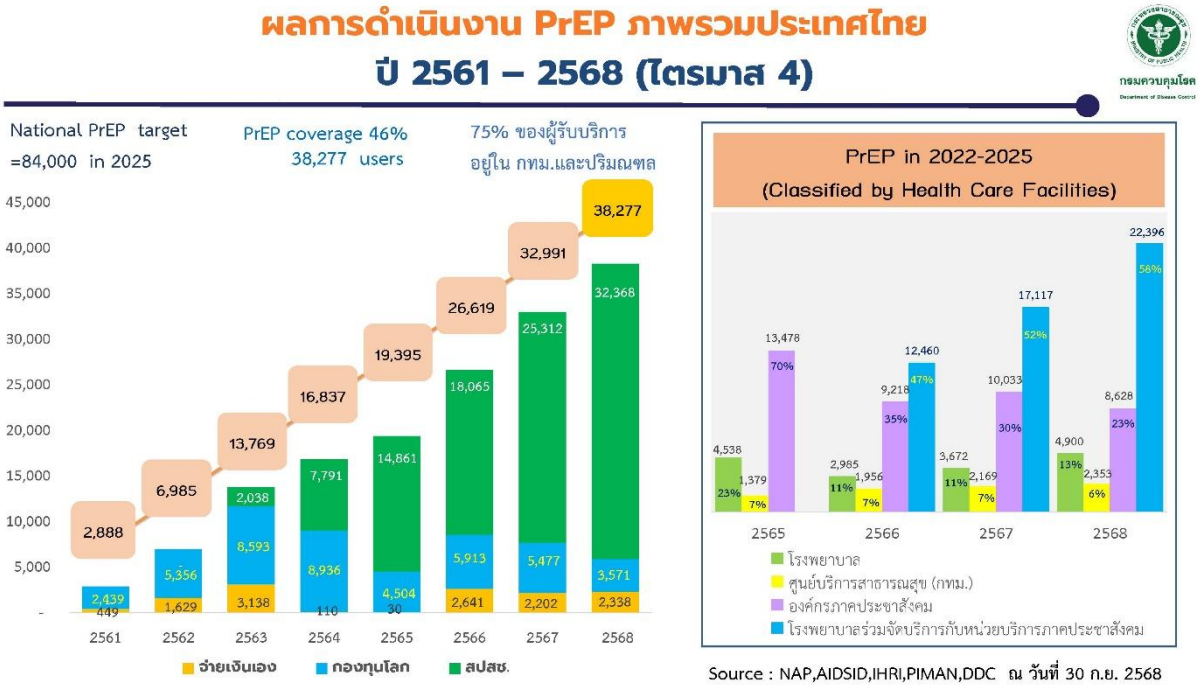
ที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบผลสำเร็จจากการดำเนินการตามนโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่สำคัญหลายประการ เช่น การรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน การดำเนินการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันการถ่ายทอดเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การให้บริการการรักษาผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ส่งผลในการป้องกันคนไทยมากกว่า 2 ล้านคนให้ไม่ต้องติดเชื้อและเสียชีวิตจากเอชไอวีเพิ่มมากไปกว่าในปัจจุบัน นอกจากนั้น บริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (HIV pre-exposure prophylaxis, PrEP) นับเป็นบริการที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ในการช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพสูง ทั้งนี้ จากผลการดำเนินงานจัดบริการ PrEP ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567) พบว่า มีผู้ใช้ PrEP จำนวน 32,991 ราย ในจำนวนนี้ เป็นผู้รับ PrEP รายใหม่ในปี 2567 13,560 ราย และ ผู้ที่รับ PrEP ครั้งแรก 13,112 ราย (ที่มา: NAP, IHRI, TRC, PIMAN และ DDC) เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงบริการ PrEP ของประชาชน แนวทางฉบับนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อปรับรูปแบบการให้บริการ PrEP ให้ทันสมัยและอำนวยความสะดวกให้ผู้ใช้ PrEP ที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย อันจะนำไปสู่การลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และการยุติปัญหาเอดส์ได้ตามเป้าหมาย

แผนภูมิที่ 1.1 ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก



ที่มา: ดัดแปลงจากผลการสำรวจและเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Biologic and Behavioral Surveillance: BBS) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

แผนภูมิที่ 1.2 ผลการดำเนินงาน PrEP ภาพรวมประเทศไทย ปี 2561-2568 (ไตรมาส 4)



1.1 สรุปการให้บริการ PrEP ในแนวทางฉบับนี้

ปัจจุบันประเทศไทยมี PrEP 3 สูตร ได้แก่ TDF/FTC (ทีดีเอฟ/เอฟทีซี), TAF/FTC (แทฟ/เอฟทีซี) และ CAB-LA (คาโบทิกราเวียร์ชนิดออกฤทธิ์นาน) แนวทางฉบับนี้จึงได้ ปรับปรุงวิธีใช้ TDF/FTC และ TAF/FTC ให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยอ้างอิงจากหลักฐานงานวิจัยใหม่ ๆ และได้เพิ่มรายละเอียดของ CAB-LA ซึ่งเป็น PrEP ชนิดฉีดชนิดแรกที่มีใช้ในประเทศไทย เพื่อเป็นแหล่งอ้างอิงสำหรับผู้ให้บริการ PrEP ชนิดนี้ นอกจากนั้น แนวทางฉบับนี้ยังได้เพิ่ม PrEP ที่ยังไม่มีใช้ในประเทศไทย ได้แก่ DVR (dapivirine vaginal ring, ห่วงสอดช่องคลอดดาพิวิรีน) และ LEN (เลนาคาพาเวียร์) เข้ามา เพื่อเป็นทางเลือกให้แก่ประชากรกลุ่มที่อาจได้ประโยชน์จาก PrEP ที่หลากหลาย และเพื่อให้สามารถขยายบริการ PrEP ได้ทันทีที่ PrEP สูตรใหม่ ๆ ได้รับอนุมัติให้ใช้ในประเทศไทย ดังสรุปในตารางที่ 1.1 และเสนอประเด็นใหม่ดังตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.1 สรุปสาระสำคัญของการให้บริการ PrEP

สาระสำคัญ	เนื้อหา
ยา PrEP	**TDF/FTC และ TAF/FTC**: เบิกจ่ายได้ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) **CAB-LA:** ไม่อยู่ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. **DVR:** ไม่มีใช้ในประเทศไทย **LEN:** จะมีใช้ในประเทศไทยเร็ว ๆ นี้
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	**เอชไอวี:** • TDF/FTC, TAF/FTC และ DVR ตรวจแรกเข้า, เดือนที่ 1 และทุก 3 เดือน *(เดือนที่ 0, 1, 4, 7, 10, ...)* • CAB-LA ตรวจแรกเข้า, เดือนที่ 1 และทุก 2 เดือน *(เดือนที่ 0, 1, 3, 5, 7, 9, ...)* • LEN ตรวจแรกเข้า, เดือนที่ 1, เดือนที่ 6 และทุก 6 เดือน *(เดือนที่ 0, 1, 6, 12, ...)* **ค่าการทำงานของไต:** ทุก 6-12 เดือนในผู้ที่รับ TDF/FTC หรือ TAF/FTC ที่ 1) อายุ 50 ปีเป็นต้นไป ที่ หรือ 2) มีปัจจัยเสี่ยงไตทำงานบกพร่อง **ซิฟิลิส:** ทุก 3 เดือน **หนองในและคลามิเดีย :** ทุก 6 เดือน **ไวรัสตับอักเสบบี:** ทุก 12 เดือนในรายที่ไม่ได้ฉีดวัคซีน **ไวรัสตับอักเสบซี:** ทุก 6 เดือน **ภูมิต้านทานไวรัสตับอักเสบเอ:** ตรวจในรายที่ต้องการฉีดวัคซีน **การตั้งครรภ์:** ตรวจเมื่อสงสัย

สาระสำคัญ	เนื้อหา
การใช้ TDF/FTC และ TAF/FTC	**การเริ่ม:** รับประทาน 2 เม็ด พร้อมกัน 2-24 ชั่วโมงก่อนมีเพศสัมพันธ์ **การใช้ต่อเนื่อง:** รับประทาน 1 เม็ด ทุกวัน **การหยุด:** • เพศกำเนิดชาย: 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 วันนับจากเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย (2:1:1) • เพศกำเนิดหญิง เพศกำเนิดชายที่มีช่องคลอดใหม่ (neovagina) และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด: รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 7 วันนับจากเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย (2:7)
การใช้ CAB-LA	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก 2 ครั้งแรกห่างกัน 1 เดือน หลังจากนั้นฉีดทุก 2 เดือน
การใช้ LEN	ฉีดใต้ผิวหนัง 2 ตำแหน่ง ร่วมกับรับประทานยาเม็ดใน 2 วันแรก หลังจากนั้นฉีดทุก 6 เดือน
การให้ PrEP เป็นส่วนหนึ่งของ HIV prevention package	PrEP เป็นส่วนหนึ่งของการให้การปรึกษาเพื่อการป้องกันเอชไอวีโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย การใช้เข็มสะอาด

ตารางที่ 1.2 ประเด็นที่เปลี่ยนแปลงไปจากแนวทางฉบับ พ.ศ. 2564

ประเด็น	แนวทางฉบับ พ.ศ. 2564	แนวทางฉบับปัจจุบัน
การวางตารางนัดรับ TDF/FTC และ TAF/FTC	นัดเดือนที่ 0, 1, 3, 6, 9, ...	นัดเดือนที่ 0, 1, 4, 7, 10, ...
การตรวจคัดกรองค่าการทำงานของไต (creatinine, eGFR) ณ แรกเข้า ในผู้ที่รับ PrEP ชนิดรับประทาน	ตรวจ ณ แรกเข้าในผู้ที่มีอายุ 30 ปีเป็นต้นไป หรือผู้ที่มีโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อไต เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	ตรวจ ณ แรกเข้าในผู้ที่มีอายุ 50 ปีเป็นต้นไป หรือผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ประวัติค่า eGFR < 90 มล./นาที/1.73 ม.^{2} ฯลฯ
การใช้ TDF/FTC แบบรับประทานตามต้องการ (on-demand) ในชายมีเพศสัมพันธ์กับหญิง และผู้มีความเสี่ยงเอชไอวีทางช่องคลอดโดยเป็นฝ่ายรับ	ไม่แนะนำให้ใช้	สามารถใช้ TDF/FTC และ TAF/FTC แบบ on-demand ได้ทุกเพศ เพศกำเนิดชายให้รับประทานต่อเนื่องเป็นเวลา 2 วัน หลังจากเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย แล้วจึงหยุดใช้ แต่เพศกำเนิดหญิง เพศกำเนิดชายที่มีช่องคลอดใหม่ และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ให้รับประทาน 7 วัน

ประเด็น	แนวทางฉบับ พ.ศ. 2564	แนวทางฉบับปัจจุบัน
การใช้ TAF/FTC แบบ on-demand	ไม่แนะนำให้ใช้	สามารถใช้ TAF/FTC แบบ on-demand ได้ทุกเพศ
การใช้ TAF/FTC ในผู้ที่มีความเสี่ยงเอชไอวีทางช่องคลอดโดยเป็นฝ่ายรับ	ไม่แนะนำให้ใช้	สามารถใช้ TAF/FTC ได้ทุกเพศ
การใช้ PrEP แบบ on-demand ในผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	ไม่แนะนำให้ใช้	สามารถใช้ TDF/FTC และ TAF/FTC แบบ on-demand ในผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาไวรัสตับอักเสบบี
อันตรกิริยาของฮอร์โมนเพศต่อ PrEP	ฮอร์โมนเพศส่งผลต่อการใช้ TDF/FTC	ฮอร์โมนเพศไม่มีอันตรกิริยาที่สำคัญต่อการใช้ PrEP ทุกชนิด

1.2 วัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวทางฉบับนี้

1. เพื่อจัดทำแนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี โดยปรับปรุงให้มีความทันสมัยและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางการจัดบริการ การให้บริการปรึกษา แนะนำ และดูแลผู้รับบริการอย่างถูกต้องเหมาะสม
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการรับเอชไอวี

1.3 องค์ประกอบสำคัญของแนวทางฉบับนี้

1. บทนำ ประกอบด้วย สถานการณ์เอชไอวีในประเทศไทย สรุปสาระสำคัญของการให้บริการ PrEP และประเด็นใหม่ที่นำเสนอในแนวทางฉบับนี้
2. ความเป็นมาและความสำคัญของการจัดบริการยา PrEP ประเทศไทย การพัฒนารูปแบบบริการ PrEP และการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย
3. แนวทางเวชปฏิบัติการจัดบริการ PrEP การนัดติดตามขณะใช้ PrEP และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. ข้อมูลของยา PrEP ชนิดต่าง ๆ การเริ่ม การหยุด และวิธีใช้
5. การให้บริการปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาและหยุดยา PrEP และประเด็นการสนทนาหลักในการรับบริการ PrEP
6. รูปแบบการจัดบริการ PrEP ในหน่วยบริการ
7. กระบวนการสร้างความต้องการและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ PrEP ได้แก่ แนวทางการสื่อสาร กลยุทธ์ในการสื่อสาร กลยุทธ์การสร้างความต้องการและสนับสนุนการเข้าถึง PrEP

8. การติดตามและประเมินผลการจัดบริการ PrEP ได้แก่ กรอบการติดตามและประเมินผลการจัดบริการ PrEP ประเทศไทย ตัวชี้วัดตาม PrEP cascade ของประเทศไทย บทบาทและหน้าที่ในการติดตามและประเมินผลในแต่ละระดับ แหล่งข้อมูลที่ใช้ติดตามการดำเนินงาน

1.4 ผู้ใช้แนวทางฉบับนี้

1. บุคลากรสหวิชาชีพผู้ให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการป้องกันและดูแลรักษาผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีและผู้ให้บริการการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ให้บริการปรึกษา นักเทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร และบุคลากรด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในหน่วยบริการของทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม
2. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

ทั้งหมดนี้เพื่อให้ได้รับทราบและร่วมกันดำเนินงานสนับสนุนการจัดบริการให้มีความสอดคล้องทั้งในด้านนโยบาย วิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงบริการ มีความสะดวก ได้รับบริการที่มีคุณภาพและได้รับประโยชน์สูงสุด

บทที่ 2 ความเป็นมาและความสำคัญของการจัดบริการ PrEP ในประเทศไทย

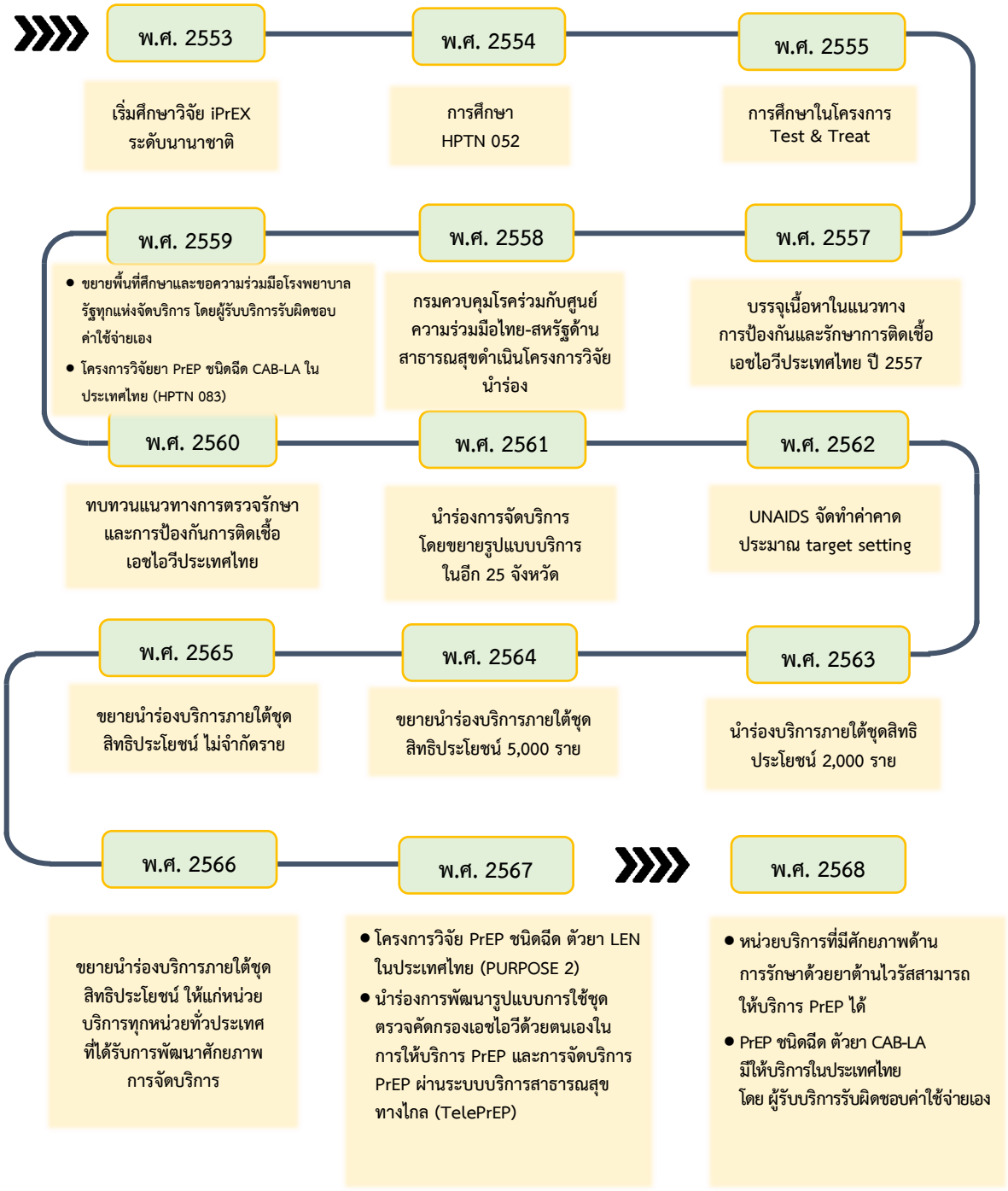
กว่า 30 ปีที่ประเทศไทยได้ต่อสู้กับปัญหาเอดส์และประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่องในการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ทั้งจากนโยบายส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100% การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก รวมถึงการขยายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี โดยความสำเร็จนี้ได้รับการสนับสนุนจากความร่วมมือของหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ และเอกชน หน่วยงานระหว่างประเทศ รวมถึง ภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี แม้ว่ายังคงมีความท้าทายอยู่ก็ตาม

ใน พ.ศ. 2559 ประเทศไทยได้จัดทำแผนเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ โดยกำหนดกลยุทธ์สำคัญในการลดการถ่ายทอดเอชไอวีและลดการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น คือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ (treatment as prevention) ซึ่งมาตรการสำคัญคือการเข้าถึงกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงและนำเข้าสู่ระบบบริการเพื่อรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเร็วที่สุด เพื่อกดไวรัสในกระแสเลือดไม่ให้ถ่ายทอดเอชไอวีได้ มาตรการการเข้าถึง - การเข้าสู่บริการ - การตรวจเอชไอวี - การรักษา - การป้องกัน - การคงอยู่ในระบบ (Reach-Recruit-Test-Treat-Prevention-Retain: RRTTPR) โดยประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560–2573 ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์หลัก ซึ่งภายใน พ.ศ. 2573 กำหนดเป้าหมายลดจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีรายใหม่เหลือไม่ถึง 1,000 คนต่อปี ลดการเสียชีวิตจากเอชไอวีเหลือไม่เกิน 4,000 คน และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีลง 90% จาก พ.ศ. 2560 โดยกำหนดกลุ่มประชากรหลักเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการดำเนินงาน

อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์เอดส์ประเทศไทยที่ผ่านมา จากการคาดประมาณพบว่ายังไม่สามารถลดจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีรายใหม่ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยพบสถานการณ์ของผู้ติดเชื้อรายใหม่อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ จากการคาดประมาณสถานการณ์ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี พ.ศ. 2567 พบมีผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีรายใหม่ 8,124 ราย นอกจากนี้ ยังพบช่องว่างจากการดำเนินงานด้านการเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (Reach) และการตรวจเลือด (Test) ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ซึ่งยังไม่ครอบคลุมและยังไม่เพียงพอให้เกิดผลกระทบต่อการลดการติดเชื้อรายใหม่ได้ตามเป้าหมาย

ประเทศไทยได้เพิ่มกลยุทธ์การใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงเพิ่มเติมจากวิธีการป้องกันด้วยถุงยางอนามัย โดยให้ PrEP เป็นทางเลือกในการป้องกันเอชไอวีและเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการจัดบริการป้องกันในชุดบริการ RRTTPR เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ใน พ.ศ. 2573

แผนภาพที่ 2.1 ความเป็นมาของการจัดบริการ PrEP ในประเทศไทย



2.1 จากงานวิจัยสู่การพัฒนาบริการ PrEP

ประเทศไทยได้ร่วมกับนานาประเทศในการศึกษาประสิทธิภาพของ PrEP มาตั้งแต่ต้นจนพบว่าได้ผลและเป็นที่ใช้กันในหลายประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2553 การศึกษาวิจัยที่เป็นพื้นฐานสำคัญแสดงถึงประสิทธิภาพของ PrEP ที่ประเทศไทยได้ร่วมดำเนินการวิจัย และผลลัพธ์ของการวิจัยนำมาสู่นโยบายการบริการ PrEP ในประเทศไทยได้แก่

1. iPrEX เป็นงานวิจัยนานาชาติ ในประเทศไทยได้ทำการศึกษาที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ พบว่าการรับประทาน PrEP สูตร TDF/FTC (ทีดีเอฟ/เอฟทีซี) ลดความเสี่ยงเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายได้ 92%
2. Bangkok Tenofovir Study ทำการศึกษาที่ศูนย์วิจัยหลายแห่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับประทาน PrEP สูตร TDF ป้องกันเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดได้ 49%
3. HPTN 083 เป็นงานวิจัยนานาชาติ ในประเทศไทยได้ทำการศึกษาที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คลินิกชุมชนสีลม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และสถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี พบว่าการใช้ CAB-LA (คาโบทิกราเวียร์ชนิดออกฤทธิ์นาน) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อลดความเสี่ยงเอชไอวีได้ดีกว่า TDF/FTC อยู่ 66%
4. PURPOSE 2 เป็นงานวิจัยนานาชาติ ในประเทศไทยได้ทำการศึกษาที่ศูนย์วิจัยหลายแห่ง พบว่าการใช้ LEN (เลนาคาพาเวียร์) ชนิดฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ลดความเสี่ยงเอชไอวีลงได้ 96% เมื่อเทียบกับการไม่ใช้ PrEP และลดความเสี่ยงเอชไอวีลงได้ 89% เมื่อเทียบกับการรับประทาน TDF/FTC (รายละเอียดเพิ่มเติมอยู่ในภาคผนวก ก)

2.2 ความเป็นมาของรูปแบบการจัดบริการ PrEP ในประเทศไทย

ในประเทศไทย การจัดบริการ PrEP เริ่มจากโครงการนำร่อง ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบบริการโดยชุมชนโดยผ่านกองทุน “เพร็พพระองค์โสมฯ” หรือ “Princess PrEP” และรูปแบบจัดบริการ PrEP ในโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการภายใต้หลักการ RRTTPR

การจัดบริการ PrEP มุ่งเน้นการจัดบริการในสถานที่เป็นหลัก อย่างไรก็ตามเนื่องจากสถานการณ์ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ส่งผลให้มีการลดความแออัดในสถานพยาบาลทั่วประเทศ จึงมีการเพิ่มการจัดบริการ PrEP ผ่านระบบบริการสาธารณสุขทางไกล (TelePrEP) มากขึ้น ซึ่งยังคงมีการดำเนินการอยู่จนถึงปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้รับบริการ PrEP ทั่วประเทศเพียงประมาณ 33,000 คนเท่านั้น จึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการในรูปแบบต่าง ๆ ขยายความครอบคลุมของการดำเนินงาน เพื่อให้กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้รับ PrEP มากขึ้น รวมทั้ง พัฒนาคุณภาพการให้บริการและระบบการติดตามผลอย่างเป็นระบบ เพื่อยกระดับการให้บริการ PrEP ให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

บทที่ 3 แนวทางเวชปฏิบัติการจัดบริการ PrEP

PrEP (เพร็พ) ย่อมาจาก Pre-Exposure Prophylaxis หมายถึง การให้ยาต้านไวรัสก่อนสัมผัสเอชไอวี เพื่อป้องกันเอชไอวีในผู้ที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นลบ ปัจจุบันในประเทศไทยมีทั้งชนิดรับประทาน ได้แก่ TDF/FTC (ทีดีเอฟ/เอฟทีซี) และ TAF/FTC (แทฟ/เอฟทีซี) และชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ที่เรียกว่า CAB-LA (long-acting cabotegravir, คาร์โบทิกราเวียร์ชนิดออกฤทธิ์นาน) ซึ่งสามารถเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสม นอกจากนี้ ในต่างประเทศยังมี PrEP ชนิดห่วงสอดช่องคลอดที่เรียกว่า DVR (dapivirine vaginal ring, ห่วงสอดช่องคลอดดาพิวิรีน) และล่าสุด PrEP ชนิดฉีดใต้ผิวหนัง ที่เรียกว่า LEN (lenacapavir, เลนาคาพาเวียร์) ได้ผ่านการรับรองโดยองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2568 และผ่านการประเมินคุณภาพเบื้องต้น (prequalification) จากองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2568

ในปัจจุบัน คนไทยสามารถรับ PrEP โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เนื่องจาก PrEP เป็นวิธีการป้องกันเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพสูง ดังนั้น ผู้ให้บริการควรส่งเสริมให้เข้าถึงบริการ PrEP ให้กว้างขวางมากที่สุด โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี ให้ได้รับบริการป้องกันเอชไอวีอย่างทั่วถึง สำหรับการให้บริการ PrEP ให้พิจารณาสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.1 ข้อบ่งใช้ PrEP

- ใช้ป้องกันเอชไอวีก่อนสัมผัสผ่านทางการมีเพศสัมพันธ์และการใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน
- ให้บริการ PrEP แก่ผู้ที่ประสงค์รับ PrEP โดยไม่มีข้อกำหนดหรือหลักเกณฑ์ด้านความเสี่ยง
- ควรแนะนำบริการ PrEP แก่ผู้ที่มีกิจกรรมทางเพศ (sexually active) โดยเฉพาะผู้ที่มีกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มประชากรที่พบการติดเชื้อเอชไอวีสูง

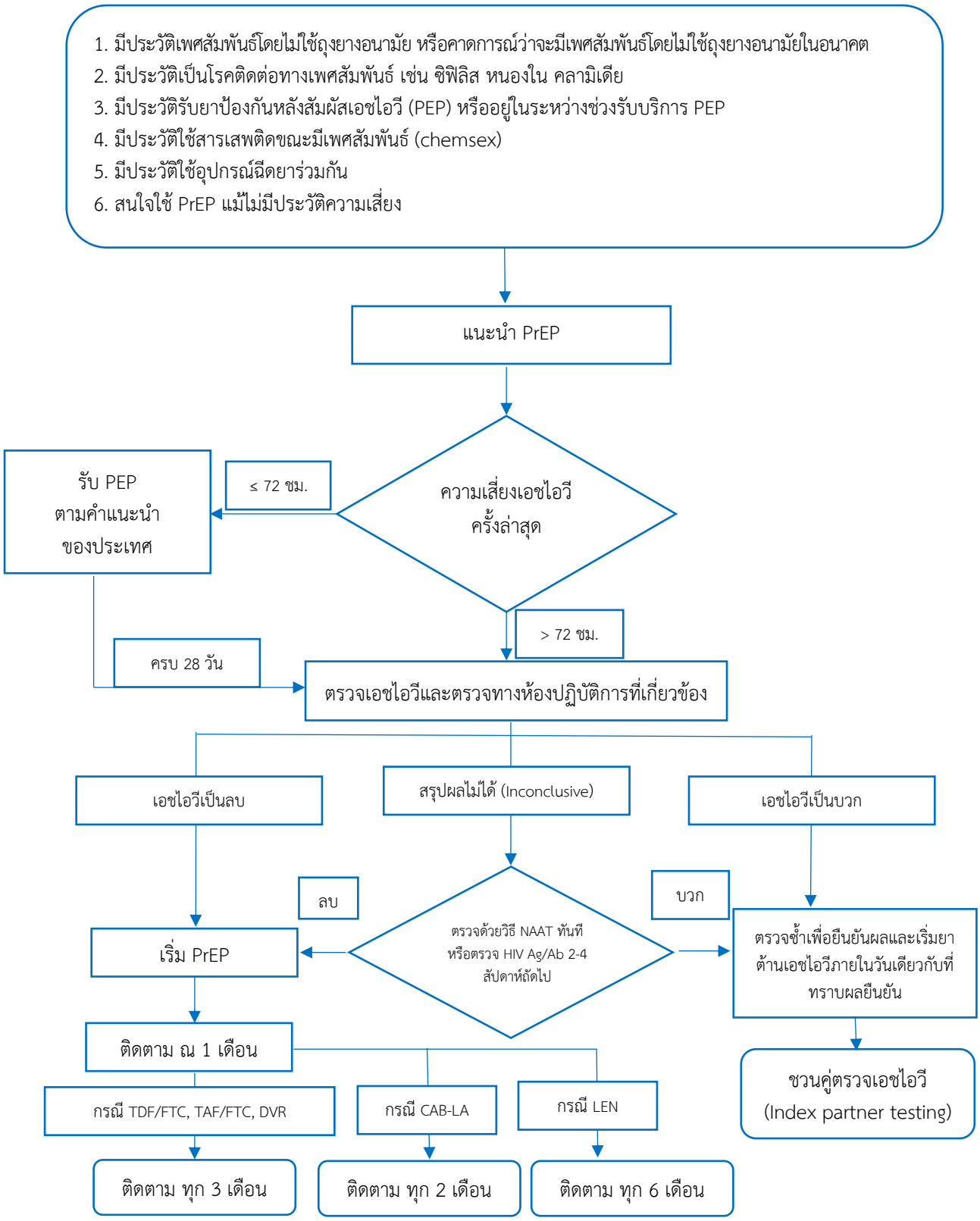
3.2 ผู้ที่ควรได้รับการให้การปรึกษาเรื่อง PrEP

PrEP เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการป้องกันตนเองจากเอชไอวี ผู้ให้บริการสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้ตัดสินใจเลือกวิธีป้องกันเอชไอวีได้ด้วยตนเอง ตัวอย่างผู้ที่มีความเสี่ยงเอชไอวีและควรได้รับการให้การปรึกษาเรื่อง PrEP มีดังนี้

- มีประวัติเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือวางแผนจะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย
- มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส หนองใน คลามิเดีย ฯลฯ
- มีประวัติรับยาป้องกันหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PEP) หรืออยู่ในระหว่างช่วงรับบริการ PEP
- มีประวัติใช้สารเสพติดขณะมีเพศสัมพันธ์ (chemsex)
- มีประวัติใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน
- ผู้ที่สนใจรับยา PrEP สามารถขอรับบริการได้ โดยไม่มีข้อกำหนด หรือประวัติความเสี่ยง

ในกรณีคู่ผลเลือดต่าง เมื่อฝ่ายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสจนกดไวรัสได้สำเร็จ โอกาสถ่ายทอดเอชไอวีสู่คู่นอนจะเป็นศูนย์ อย่างไรก็ตาม ฝ่ายที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นลบอาจยังต้องการรับ PrEP ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ไม่มั่นใจการรับประทานยาต้านไวรัสของคู่ ไม่ได้พูดคุยเรื่องปริมาณไวรัสกับคู่อย่างเปิดเผย หรือไม่ได้เปิดเผยให้ผู้ให้บริการทราบว่ามีคู่นอนหลายคน การรับ PrEP จึงขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการมีหน้าที่ให้ข้อมูลอย่างรอบด้านเพื่อประกอบการตัดสินใจ

แผนภาพที่ 3.1 แผนภาพแนวทางเวชปฏิบัติการจัดการ PrEP



3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อเริ่มและติดตาม PrEP

3.3.1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ณ แรกเข้า คือการตรวจเอชไอวีเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจดำเนินการโดยใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติ (Lab-Based) ชุดตรวจแบบรวดเร็ว (RDT) หรือใช้ชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง (HIVST) ตามดุลยพินิจของแพทย์ (สำหรับรายละเอียดการใช้ HIVST โปรดอ่านหัวข้อ 3.4.1)

- ไม่ต้องกังวลระยะ window period
  - ระยะ window period หมายถึง ระยะที่ได้รับเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแต่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อ (ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยังไม่เปลี่ยนจากลบเป็นบวก)
  - สามารถเริ่ม PrEP ได้ แม้ผู้รับบริการมีความเสี่ยงเอชไอวีในช่วง window period ของชุดตรวจ เพราะผู้รับบริการต้องมาตรวจเอชไอวีซ้ำ 1 เดือนหลังเริ่ม PrEP เพื่อติดตามสถานะเอชไอวี
  - ยกเว้นกรณีที่มีความเสี่ยงเอชไอวีครั้งล่าสุดไม่เกิน 72 ชั่วโมง ควรพิจารณารับ PEP ให้ครบ 28 วัน แล้วจึงเริ่ม PrEP (ภาพที่ 3.1)

- กรณีผลเลือดเปลี่ยนขณะใช้ PrEP
  - หากผู้ใช้ PrEP พบว่าผลเลือดเอชไอวีเปลี่ยนจากลบเป็นบวก (seroconversion) ขณะใช้ PrEP ให้ตรวจยืนยันการวินิจฉัยเอชไอวี และเริ่มยาต้านไวรัสโดยเร็ว ภายในวันกันเดียวกับที่ทราบผลยืนยัน
  - หากผลเลือดเปลี่ยนขณะใช้ TDF/FTC, TAF/FTC, DVR และ LEN สามารถเริ่มยาต้านไวรัสด้วยสูตรแรกที่เป็น integrase strand transfer inhibitor (INSTI)-based regimen ตามแนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ปี 2568 ได้
  - หากผลเลือดเปลี่ยนขณะใช้ CAB-LA พึงระวังว่ามีโอกาสเกิดการดื้อยา cabotegravir ซึ่งสามารถดื้อยาไขว้ไปถึง dolutegravir ซึ่งเป็นยาสูตรแรกที่แนะนำในปัจจุบันได้ พิจารณาตรวจหาการดื้อยาและเลือกสูตรยาต้านไวรัสให้เหมาะสมตามคำแนะนำของประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันแนะนำให้เริ่มยาด้วย protease inhibitor (PI)-based regimen (ตัวยา boosted darunavir) แล้วจึงปรับสูตรยาตามผลตรวจการดื้อยา

3.3.2. ผู้ให้บริการสามารถปรับรูปแบบการให้บริการให้ตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการ เช่น จ่าย PrEP ไปก่อน แล้วจึงแจ้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทางอีเมล แอปพลิเคชันส่งข้อความ หรือโทรศัพท์ เพื่อลดเวลาที่ผู้รับบริการต้องรอคอยในสถานที่

3.3.3. การตรวจรายการอื่น ๆ หากไม่สะดวกตรวจ ณ แรกเข้า ก็สามารถตรวจในวันอื่นหรือนัดครั้งถัดไป

3.3.4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แนะนำ รายละเอียดตามตารางที่ 3.1

กรณีที่มีข้อจำกัดในการให้บริการ ตรวจเอชไอวีเพียงอย่างเดียวก็สามารถเริ่ม PrEP ได้

ตารางที่ 3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะรับ PrEP

การตรวจ	กรณี	ตรวจแรกเข้า (เดือนที่ 0)	ตรวจแรกเข้า (ภายในเดือนที่ 0-3)	ตรวจติดตาม	หมายเหตุ
การตรวจที่จำเป็น					
เอชไอวี: HIV Ag/Ab หรือ HIV Ab	TDF/FTC, TAF/FTC และ DVR	✓		เดือนที่ 1 และทุก 3 เดือน *(เดือนที่ 0, 1, 4, 7, 10,...)*	● ใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (lab-based), ชุดตรวจแบบรวดเร็ว (RDT) หรือชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง (HIVST) ● ศึกษาข้อมูลการใช้ HIVST ได้ที่หัวข้อ 3.4.1 ● แนะนำตรวจเอชไอวีก่อนหยุดใช้ PrEP
	CAB-LA	✓		เดือนที่ 1 และทุก 2 เดือน *(เดือนที่ 0, 1, 3, 5, 7, 9,...)*	● ใช้การตรวจในห้องปฏิบัติการ (lab-based) หรือชุดตรวจแบบรวดเร็ว (RDT) ● แนะนำตรวจเอชไอวีก่อนหยุดใช้ PrEP ● โดยทั่วไปการตรวจติดตาม LEN ไม่จำเป็นต้องนัดเดือนที่ 3 และ 9 แต่สามารถนัดได้หาก ผู้รับบริการต้องการตรวจคัดกรอง
	LEN	✓		เดือนที่ 1, เดือนที่ 6 และทุก 6 เดือน *(เดือนที่ 0, 1, (3), 6, (9), 12, ...)*	
การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เมื่อใช้ TDF/FTC และ TAF/FTC					
การทำงานของไต: creatinine และ eGFR	อายุ < 50 ปี		(✓)	(ทุก 6-12 เดือน)	(✓) เป็นทางเลือก ตรวจได้หากไม่มีข้อจำกัดในการให้บริการ
	อายุ < 50 ปี ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงไตทำงานบกพร่อง		✓	ทุก 6-12 เดือน	ปัจจัยเสี่ยงไตทำงานบกพร่อง เช่น เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ประวัติค่า eGFR < 90 มล./นาที/1.73 ม.^{2} ฯลฯ

การตรวจ	กรณี	ตรวจแรกเข้า (เดือนที่ 0)	ตรวจแรกเข้า (ภายในเดือนที่ 0-3)	ตรวจติดตาม	หมายเหตุ
	อายุ ≥ 50 ปี		✓	ทุก 6-12 เดือน	
การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แนะนำ หากไม่มีข้อจำกัดในการให้บริการ					
ซิฟิลิส: treponemal test	ทุกราย		✓	ทุก 3 เดือน	● หากมีประวัติติดเชื้อซิฟิลิสมาแล้ว ให้ใช้ RPR ในการตรวจคัดกรอง ● สามารถปรับเป็นทุก 4 เดือน ในกรณีที่รับ CAB-LA
หนองใน (gonorrhea)	ทุกราย		✓	ทุก 6 เดือน	● ตรวจคัดกรองตามคำแนะนำด้วย NAAT (หากมี) ● กรณีไม่มี NAAT ให้ตรวจวินิจฉัยเมื่อมีอาการ ด้วย Gram stain/culture หรือ antigen-based test
คลามิเดีย (chlamydia)	ทุกราย		✓	ทุก 6 เดือน	● ตรวจคัดกรองตามคำแนะนำด้วย NAAT (หากมี) ● กรณีไม่มี NAAT ให้ตรวจวินิจฉัยเมื่อมีอาการ ด้วย Gram stain/culture หรือ antigen-based test
ไวรัสตับอักเสบบี: HBsAg, anti-HBs	ทุกรายที่ไม่เคยรับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี		✓	ทุก 12 เดือน เฉพาะรายที่ไม่ฉีดวัคซีน	● ไม่ต้องตรวจหากมีประวัติ anti-HBs positive ● แนะนำฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในรายที่ทั้ง HBsAg และ anti-HBs negative ตรวจ anti-HBs 1-2 เดือนหลังฉีดวัคซีนครบ และหยุดคัดกรองเมื่อรับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีครบแล้ว

การตรวจ	กรณี	ตรวจแรกเข้า (เดือนที่ 0)	ตรวจแรกเข้า (ภายในเดือนที่ 0-3)	ตรวจติดตาม	หมายเหตุ
ไวรัสตับอักเสบซี: anti-HCV	ทุกราย		✓	ทุก 6 เดือน	หากมีประวัติติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีมาแล้ว ให้ใช้ HCV RNA หรือ HCV cAg ในการตรวจคัดกรอง
ภูมิต้านทานไวรัสตับอักเสบเอ: anti-HAV IgG	รายที่ประสงค์รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบเอ		✓		แนะนำฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบเอในรายที่ anti-HAV IgG negative
การตรวจตั้งครรภ์	ผู้ที่มีโอกาสตั้งครรภ์		เมื่อสงสัยว่าตั้งครรภ์	เมื่อสงสัยว่าตั้งครรภ์	

3.4 รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.4.1. เอชไอวี (HIV Ag/Ab หรือ HIV Ab)

- การเลือกชุดตรวจ
  - การตรวจเอชไอวี สามารถตรวจได้ด้วยวิธี HIV Ag/Ab หรือ HIV Ab โดยมี 3 รูปแบบดังนี้
    1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory-based testing)
    2. ชุดตรวจแบบรวดเร็ว (RDT)
    3. ชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง (HIVST)
  - ผู้ที่รับ TDF/FTC, TAF/FTC และ DVR สามารถตรวจเอชไอวีได้ทั้ง 3 วิธี
  - ผู้ที่รับ CAB-LA และ LEN สามารถตรวจเอชไอวีได้ด้วยวิธีที่ 1 และ 2
- การใช้ HIVST ในการเริ่มและติดตาม PrEP
  - ในบางกรณี ผู้รับบริการอาจไม่สามารถตรวจเอชไอวีโดยใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ด้วยเหตุผลหลายประการ การใช้ HIVST ในการเริ่มและติดตาม TDF/FTC, TAF/FTC และ DVR จึงมีประโยชน์ในการใช้เริ่มและติดตาม PrEP เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการทั้งในแง่ความเป็นส่วนตัว ลดค่าใช้จ่าย

ในการเดินทาง และมอบอำนาจในการดูแลสุขภาพให้อยู่ในมือของผู้รับบริการเอง (World Health Organization [WHO], 2024)

- ตัวอย่างสถานการณ์ที่จำเป็นต้องใช้ HIVST ในการเริ่มและติดตาม PrEP เช่น การออกหน่วย mobile PrEP ที่ไม่มีชุดตรวจแบบรวดเร็ว (RDT) ให้ใช้, ผู้รับบริการอยู่ในพื้นที่ห่างไกลที่ไม่มี PrEP ให้บริการ, ผู้รับบริการต้องเดินทางไปยังต่างประเทศเป็นระยะเวลานาน, ผู้รับบริการไม่สามารถปลีกตัวออกจากครอบครัวเพื่อมารับบริการ PrEP ในสถานพยาบาลได้ ฯลฯ
- ผู้ให้บริการควรแนะนำวิธีใช้ HIVST ให้แก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการใช้ชุดตรวจได้อย่างถูกต้อง (Pant Pai et al., 2023) การศึกษาโดย Choko et al. (2015) พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่สามารถอ่านผล HIVST ได้อย่างแม่นยำ
- การใช้ HIVST ในการเริ่มและติดตาม PrEP ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงการเกิดเชื้อดื้อยาในระดับประชากร (Cox et al., 2024)
- HIVST ที่ได้รับการอนุมัติในประเทศไทยในปัจจุบัน เป็นชุดตรวจเอชไอวีแบบ 3rd generation ซึ่งมี window period ยาวกว่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบ 4th generation

  หากผู้รับบริการมีความเสี่ยงในช่วง window period ผู้ให้บริการควรเน้นย้ำถึงความสำคัญของการตรวจติดตามเอชไอวีตามกำหนดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเดือนที่ 1 หลังเริ่ม PrEP
- กรณีการตรวจ HIVST ให้ผลบวก ต้องยืนยันผลโดยใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเสมอ
- ยังไม่แนะนำให้ใช้ HIVST ในการเริ่มและติดตาม CAB-LA และ LEN จนกว่าจะมีหลักฐานสนับสนุนเพิ่มเติม (WHO, 2025)

- การจัดการกรณีปรากฏผล reactive
  - ตรวจยืนยันผลตามคำแนะนำการตรวจวินิจฉัยเอชไอวี และเริ่มยาต้านไวรัสโดยเร็วภายในวันเดียวกันกับที่ทราบผลยืนยัน
  - กรณีปรากฏผล reactive ขณะกำลังใช้ PrEP ให้ใช้ PrEP ต่อไปจนกว่าจะทราบผลยืนยัน
- การจัดการกรณีปรากฏผล inconclusive (สรุปไม่ได้)
  - ตรวจด้วยวิธี NAAT (nucleic acid amplification test) ทันที หรือตรวจ HIV Ag/Ab 2-4 สัปดาห์ถัดไป พิจารณาจ่ายหรือไม่จ่าย PrEP ตามความเป็นไปได้ในการรับเอชไอวีของผู้รับบริการแต่ละราย
  - กรณีปรากฏผล inconclusive ขณะกำลังใช้ PrEP ให้ใช้ PrEP ต่อไปจนกว่าจะสรุปผลเอชไอวีได้

- กรณีปรากฏผล inconclusive ขณะกำลังใช้ PrEP ชนิดออกฤทธิ์นาน (CAB-LA และ LEN) ให้ตรวจ HIV Ag/Ab 2-4 สัปดาห์ถัดไป โดยทั่วไปไม่แนะนำให้ใช้ NAAT ในการช่วยสรุปผล inconclusive ในผู้ที่ได้รับ PrEP ชนิดออกฤทธิ์นาน (CAB-LA และ LEN) เนื่องจากสามารถเกิดกรณีไวรัสระดับต่ำเกินกว่าที่จะตรวจพบได้ (WHO, 2025) หากมีการใช้ NAAT ควรแปลผลอย่างระมัดระวัง โดยแนะนำให้มีผล NAAT ที่เป็น detected อย่างน้อย 2 ครั้งจึงจะวินิจฉัยเอชไอวี

3.4.2. การทำงานของไต (creatinine และ eGFR [estimated glomerular filtration rate])

- คำนึงถึงการตรวจการทำงานของไตเฉพาะเมื่อใช้ TDF/FTC และ TAF/FTC ดังตารางที่ 3.1
- ไม่จำเป็นต้องมีผลตรวจ ณ แรกเข้า
  - จ่าย PrEP ก่อนได้ ไม่จำเป็นต้องรอผล eGFR ก่อนจ่าย PrEP
  - หากไม่ได้ตรวจ ณ แรกเข้า สามารถตรวจ ณ วันติดตามภายใน 3 เดือนนับจากเริ่ม PrEP ได้
  - สามารถใช้ผลตรวจภายใน 6 เดือนก่อนหน้าได้ (หากมี)
- เกณฑ์ค่าการทำงานของไตในการรับ PrEP ชนิดรับประทาน
  - TDF/FTC ใช้ได้ก็ต่อเมื่อ eGFR ≥ 60 มล./นาที/1.73 ม.^{2}
  - TAF/FTC ใช้ได้ก็ต่อเมื่อ eGFR ≥ 30 มล./นาที/1.73 ม.^{2}
- การจัดการเมื่อตรวจพบการทำงานของไตบกพร่องต่ำกว่าเกณฑ์ดังกล่าว
  - ไม่จำเป็นต้องหยุด PrEP ทันที สามารถตรวจซ้ำภายใน 2-4 สัปดาห์ ร่วมกับซักประวัติหาสาเหตุอื่นที่อาจทำให้ค่าไตผิดปกติ เช่น โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ครีเอทีนและเวย์โปรตีน รวมถึงการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารอุดมโปรตีนในช่วง 1-2 วันก่อนตรวจ
  - หากตรวจซ้ำยืนยันแล้วว่าค่าการทำงานของไตต่ำกว่าเกณฑ์จริง แนะนำให้เปลี่ยนเป็นสูตรที่ใช้ได้ เช่น เปลี่ยนจาก TDF/FTC เป็น TAF/FTC หรือเปลี่ยนจาก PrEP ชนิดรับประทานเป็น PrEP ชนิดฉีด
  - ถึงแม้ว่าจะหยุด PrEP ไปแล้ว แต่หากตรวจติดตามแล้วค่า eGFR กลับมาอยู่ในเกณฑ์ก็สามารถกลับมารับ PrEP สูตรเดิมอีกครั้งได้ หากการทำงานของไตที่แย่ลงก่อนหน้านี้ไม่ได้เป็นผลจาก PrEP
- สมการที่ใช้คำนวณค่า eGFR
  - สามารถใช้ได้ทั้ง eGFR ที่คำนวณจากสมการ CKD-EPI ในหน่วย มล./นาที/1.73 ม.^{2} หรือ creatinine clearance ที่คำนวณจากสมการ Cockroft-Gault ในหน่วย มล./นาที

3.4.3. ซิฟิลิส หนองใน และคลามิเดีย

- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ใช่ข้อห้ามของการรับ PrEP แต่แนะนำให้ตรวจเมื่อให้บริการ PrEP และแนะนำให้ตรวจคัดกรองทุกรายแม้ไม่แสดงอาการ
- การตรวจคัดกรองซิฟิลิส
  - แนะนำให้ตรวจคัดกรองจากเลือดด้วย treponemal test ไม่ว่าจะเป็น rapid treponemal test หรือการตรวจด้วยเครื่องอัตโนมัติ ตามแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567
  - รายที่มีประวัติติดเชื้อซิฟิลิสมาแล้ว ให้ใช้ rapid plasma reagin (RPR) ในการตรวจคัดกรอง
- การตรวจคัดกรองหนองในและคลามิเดีย
  - กรณีไม่มีอาการ แนะนำให้ตรวจคัดกรองด้วย NAAT ต่อเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* และ *Chlamydia trachomatis* จากช่องทางที่มีเพศสัมพันธ์ หากหน่วยบริการไม่สามารถตรวจ NAAT ได้ อาจส่งตัวผู้รับบริการไปตรวจในสถานที่ที่มีให้บริการ หรือตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่น ๆ เมื่อมีอาการ
  - กรณีที่มีอาการ แนะนำให้ตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น NAAT, Gram stain/culture หรือ antigen-based point-of-care test หรืออาจรักษาตามอาการในกรณีที่ไม่สามารถตรวจได้ ตามแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567
  - การเลือก point-of-care test องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าควรมีประสิทธิภาพ ดังนี้
    - หนองใน ความไวและความจำเพาะขั้นต่ำ 90% แต่ที่เหมาะสมที่สุดควรมีความไว 98% และความจำเพาะมากกว่า 98%
    - คลามิเดีย ความไวขั้นต่ำมากกว่า 90% ความจำเพาะขั้นต่ำ 98% แต่ที่เหมาะสมที่สุดควรมีความไวและความจำเพาะ 100%
- สามารถรับ PrEP ได้แม้ปรากฏว่ามีการติดเชื้อซิฟิลิส หนองใน และคลามิเดีย
- พิจารณาพูดคุยเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยและนัดตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำ อาจแนะนำการใช้ยา doxycycline เพื่อป้องกันซิฟิลิสและคลามิเดีย (doxy PEP) ในรายที่สนใจ โดยสามารถศึกษาได้จากคำแนะนำการใช้ยาด็อกซีไซคลินเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการสัมผัส ฉบับที่ 1 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567

การตรวจ NAAT ต่อเชื้อ *Chlamydia trachomatis* และ *Neisseria gonorrhoeae* หากเป็นเครื่องมือตรวจที่สามารถ pool สิ่งส่งตัวได้ สามารถ pool สิ่งส่งตรวจจาก 1) คอหอย 2) ทวารหนัก และ 3) ปัสสาวะ/ช่องคลอด/ช่องคลอดใหม่ เข้าด้วยกันได้ และสามารถให้ผู้รับบริการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองได้

3.4.4. ไวรัสตับอักเสบบี

- ไวรัสตับอักเสบบีไม่ใช่ข้อห้ามของการรับ PrEP โดยแนะนำให้ตรวจเมื่อให้บริการ PrEP
  - ตรวจคัดกรองทุกรายแม้ไม่แสดงอาการ
  - ไม่ต้องตรวจคัดกรองถ้าเคยมีประวัติ anti-HBs positive (≥ 10 mIU/ml) มาแล้ว
- การตรวจคัดกรอง
  - ตรวจคัดกรองด้วย HBsAg และ anti-HBs
- การจัดการกรณีปรากฏผล HBsAg positive
  - พิจารณาใช้ PrEP ชนิดรับประทาน (TDF/FTC และ TAF/FTC) แทน PrEP ชนิดอื่น เพราะมีคุณสมบัติกดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
  - ให้ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาว่ามีข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่ ตามแนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 หากมีข้อบ่งชี้ ให้รับประทาน TDF/FTC หรือ TAF/FTC ทุกวัน เพื่อเป็นการรักษาไวรัสตับอักเสบบีและเป็น PrEP ไปในตัว
  - หากไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา สามารถรับ PrEP ชนิดรับประทานได้เช่นกัน แต่ไม่จำเป็นต้องรับประทานทุกวันเสมอไป สามารถเลือกรับประทานแบบ on-demand ได้
  - เมื่อต้องการหยุด PrEP ชนิดรับประทาน ให้ตรวจติดตาม alanine aminotransferase (ALT) เพื่อดูว่ามี hepatitis flare หลังหยุด PrEP หรือไม่ โดยเฉพาะในช่วง 3-6 เดือนแรกหลังหยุด PrEP
- การจัดการกรณีปรากฏผล HBsAg negative และ anti-HBs negative
  - แนะนำให้ฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี และตรวจ anti-HBs 1-2 เดือนหลังฉีดวัคซีนครบ เพื่อยืนยันว่า anti-HBs เป็น positive (≥ 10 mIU/ml) แล้ว เนื่องจากประชากร 10% ไม่ตอบสนองต่อวัคซีนในครั้งแรก
  - ผู้ที่เกิดตั้งแต่ พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา ส่วนใหญ่จะได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีตั้งแต่เกิดแล้ว จึงมีทางเลือกให้ฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี 1 เข็ม และตรวจ anti-HBs 1-2 เดือนหลังฉีด เพื่อทดสอบว่าเคยได้รับวัคซีนมาก่อนหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจร่วมกับผู้รับบริการ
- การจัดการกรณีปรากฏผล anti-HBs positive (≥ 10 mIU/ml)
  - แสดงว่ามีภูมิต้านทานต่อไวรัสตับอักเสบบีแล้ว ไม่ต้องตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีอีก

ข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี

ข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ตามแนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 คือ มีภาวะตับแข็ง หรือตรวจพบ HBV viral load ≥ 2000 IU/ml ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1) อายุ ≥ 35 ปี
2) ALT > 1.5 เท่าของค่าปกติ
3) APRI > 0.5
4) FIB-4 > 1.45

3.4.5. ไวรัสตับอักเสบซี

- ไวรัสตับอักเสบซีไม่ใช่ข้อห้ามของการรับ PrEP โดยแนะนำให้ตรวจเมื่อให้บริการ PrEP และแนะนำให้ตรวจคัดกรองทุกรายแม้ไม่แสดงอาการ
- การตรวจคัดกรอง
  - ตรวจคัดกรองด้วย anti-HCV
  - รายที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีมาแล้ว ให้ใช้ HCV RNA หรือ HCV cAg ในการตรวจคัดกรอง
- การจัดการกรณีปรากฏผล anti-HCV positive
  - ตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีด้วย HCV RNA หรือ HCV cAg เพื่อเข้ารับการรักษาโดยเร็ว
- สามารถรับ PrEP ได้แม้ปรากฏว่ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี

3.4.6. ไวรัสตับอักเสบเอ

- ไวรัสตับอักเสบเอไม่ใช่ข้อห้ามของการรับ PrEP โดยแนะนำให้ตรวจคัดกรองภูมิต้านทานไวรัสตับอักเสบเอในรายที่ประสงค์รับวัคซีน
- หากไม่สามารถตรวจภูมิต้านทานได้ ผู้รับบริการก็สามารถฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบเอได้ไม่เป็นอันตราย
- การตรวจภูมิต้านทาน
  - ตรวจภูมิต้านทานด้วย anti-HAV IgG ในรายที่ประสงค์รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบเอ
- การจัดการกรณีปรากฏผล anti-HAV IgG negative
  - แนะนำให้ฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบเอ
- การจัดการกรณีปรากฏผล anti-HAV IgG positive
  - แสดงว่ามีภูมิต้านทานต่อไวรัสตับอักเสบเอแล้ว ไม่ต้องตรวจภูมิต้านทานไวรัสตับอักเสบเออีก

3.4.7. การตั้งครรภ์และให้นมบุตร

- การตั้งครรภ์และให้นมบุตรไม่ใช่ข้อห้ามของการรับ PrEP แนะนำให้ตรวจในผู้ที่สงสัยการตั้งครรภ์
- สามารถรับ PrEP ได้ทุกชนิดแม้ปรากฏว่ามีการตั้งครรภ์
- กรณีไม่ตั้งครรภ์ สามารถใช้วิธีคุมกำเนิดไปพร้อมกับ PrEP ได้ทุกวิธี

การแนะนำวัคซีน

สามารถแนะนำให้ผู้รับบริการรับวัคซีนที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนไวรัสตับอักเสบเอ วัคซีนเอชพีวี และวัคซีนเอ็มพ็อกซ์ (ฝีดาษวานร)

หมายเหตุ : ปัจจุบันวัคซีนเหล่านี้ไม่ได้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ผู้รับบริการต้องชำระเงินเอง

3.5 คำถามพบบ่อย

1. สามารถรับ PrEP ได้ที่ใดบ้าง
   - สามารถค้นหาหน่วยบริการ PrEP ร่วมจัดบริการ PrEP กับ สปสช. ได้ที่เว็บไซต์ BuddyStation (https://buddystation.ddc.moph.go.th)
2. ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน สามารถรับ PrEP ได้หรือไม่
   - PrEP เป็นยาที่ใช้ก่อนมีเพศสัมพันธ์ ถึงแม้ว่าจะไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน แต่หากคาดว่าจะมีความเสี่ยงเอชไอวีในอนาคต ก็สามารถรับ PrEP เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมล่วงหน้าได้
3. ใช้ PrEP แล้วต้องใช้ถุงยางอนามัยด้วยหรือไม่
   - PrEP เป็นยาป้องกันเอชไอวี ส่วนถุงยางอนามัยช่วยป้องกันได้ทั้งเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ การใช้ถุงยางอนามัยจึงขึ้นอยู่กับเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ
4. การใช้ PrEP จะทำให้เกิดเชื้อดื้อยาหรือไม่
   - การใช้ PrEP เพื่อป้องกันเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายในผู้ที่มีผลเลือดเป็นลบ จึงไม่ได้ก่อให้เกิดเชื้อดื้อยา ยกเว้น การใช้ PrEP ในผู้ที่มีเอชไอวีอยู่ในร่างกาย จะทำให้เกิดเชื้อดื้อยาได้
5. สามารถเริ่มใช้ PrEP ต่อจาก PEP ได้ทันทีหรือไม่
   - ได้ เมื่อรับประทาน PEP ครบ 28 วัน และตรวจเอชไอวีให้ผลเป็นลบ สามารถรับ PrEP ต่อได้ทันที โดยปฏิบัติตามแนวทางการจัดบริการ PrEP
6. ข้อห้ามใช้ PrEP มีอะไรบ้าง
   - มีผลตรวจเอชไอวีเป็นบวก
   - มีประวัติและอาการเข้าได้กับเอชไอวีระยะเฉียบพลัน (acute HIV acquisition)
   - แพ้ส่วนประกอบของ PrEP

7. ประเมินเอชไอวีระยะเฉียบพลันได้อย่างไร
    - เอชไอวีระยะเฉียบพลัน หมายถึง การที่ได้รับเอชไอวีมาไม่นาน ร่างกายยังไม่ได้สร้างแอนติบอดีต่อเอชไอวี เมื่อตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวีจะให้ผลลบหรือผลสรุปไม่ได้ (inconclusive) แต่มีผล HIV NAAT หรือ p24 antigen เป็นบวก
    - อาการเอชไอวีระยะเฉียบพลัน
        - หลังจากที่ได้รับเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายเป็นเวลา 2-6 สัปดาห์ จะพบอาการเอชไอวีระยะเฉียบพลันได้ 40% ถึง 90%
        - ส่วนใหญ่มีอาการไม่เฉพาะเจาะจง คล้ายอาการของการติดเชื้อไวรัสทั่วไป โดยพบอาการไข้มากที่สุด รองลงมาคืออ่อนเพลีย เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ฯลฯ
        - หากสงสัยเอชไอวีระยะเฉียบพลัน พิจารณาตรวจ HIV NAAT หรือตรวจ HIV Ag/Ab ซ้ำอีกครั้ง 2-4 สัปดาห์
        - ไม่ควรเริ่ม PrEP ในผู้ที่สงสัยเอชไอวีระยะเฉียบพลัน เนื่องจากเป็นระยะที่มักมี viral load สูง การเริ่ม PrEP ในระยะนี้มีโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาได้
8. ในการตรวจเอชไอวี ณ แรกเข้า หากผู้รับบริการมีความเสี่ยงเอชไอวีอยู่ในช่วง window period ของชุดตรวจ สามารถรับ PrEP ได้หรือไม่
    - หากผู้รับบริการมีความเสี่ยงไม่เกิน 72 ชั่วโมง พิจารณารับ PEP
    - หากผู้รับบริการมีความเสี่ยงเกิน 72 ชั่วโมง และไม่มีอาการสงสัยเอชไอวีระยะเฉียบพลัน สามารถรับ PrEP ได้ทุกชนิด โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการตรวจเอชไอวี ณ เดือนที่ 1
    - ข้อมูลเกี่ยวกับการเริ่ม PrEP ในขณะที่ได้รับเอชไอวีในช่วง window period
        - TDF/FTC และ TAF/FTC: จากการศึกษาในผู้ที่เริ่ม TDF/FTC ในขณะที่ผู้รับบริการได้รับเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว แต่ผลตรวจยังไม่เปลี่ยนจากลบเป็นบวก อาจทำให้เกิดการกลายพันธุ์ M184V/I ซึ่งบ่งชี้ถึงการดื้อยา FTC และ 3TC ได้ แต่ไม่พบการกลายพันธุ์ K65R ซึ่งเป็นการกลายพันธุ์สำคัญที่ทำให้ดื้อยา TDF และ TAF ร่วมด้วย (Liegler et al., 2014; Tittle et al., 2020) การตรวจติดตามภายใน 1 เดือน และการเริ่มยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็วทันทีที่สรุปผลวินิจฉัยเอชไอวี จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยกดไวรัสก่อนที่จะเกิดการกลายพันธุ์ K65R ขึ้นมา เพื่อให้สามารถเริ่มยาต้านไวรัสด้วยสูตรที่แนะนำอยู่ในปัจจุบันตามคำแนะนำของประเทศไทย
        - CAB-LA และ LEN: หากเกิดกรณีนี้ขึ้น ไม่ใช่ว่าจะเกิดการดื้อยาเสมอไป และมีคำแนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสด้วยยากลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับ CAB-LA และ LEN เพื่อกดไวรัสให้สำเร็จ (ข้อ 3.3.1)
        - DVR: DVR ไม่น่าจะก่อให้เกิดการดื้อยาใด ๆ เนื่องจากเป็น PrEP ที่ออกฤทธิ์เฉพาะที่

- เนื่องจากโอกาสพบผู้รับบริการที่มีเอชไอวีอยู่แล้วแต่ยังตรวจไม่พบมีน้อย (ยกตัวอย่างโครงการ HPTN 083 พบ 0.15%) และผู้รับบริการอาจไม่สามารถงดเว้นความเสี่ยงเอชไอวีได้เสมอไป **แนวทางฉบับนี้จึงถือว่าการจ่าย PrEP โดยไม่รอ window period นั้นมีผลดีมากกว่าผลเสีย และจะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้รับบริการเองและภาพรวมการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศเป็นอย่างมาก**

9. การรับ TDF/FTC, TAF/FTC และ DVR หากไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ สามารถรับ PrEP ได้หรือไม่
    - ผู้ให้บริการสามารถเสนอวิธีอื่นในการช่วยติดตามหลังรับ PrEP เช่น ใช้ระบบบริการสาธารณสุขทางไกล (TelePrEP), ใช้ HIVST ช่วยในการติดตาม และจ่าย PrEP ให้มากกว่าตารางนัดปกติ
    - หากผู้รับบริการ**ไม่มีความเสี่ยง**ในช่วง window period ก่อนการตรวจเอชไอวี ณ แรกเข้า และไม่สะดวกตรวจเอชไอวี ณ เดือนที่ 1 ผู้ให้บริการสามารถพิจารณาจ่าย PrEP 3 เดือนตั้งแต่ครั้งแรก และนัดติดตามอีกครั้ง ณ เดือนที่ 3 หรือใช้ HIVST ช่วยในการติดตามได้
    - ผู้ให้บริการสามารถปรับตารางตรวจติดตามให้ตรงตามความจำเป็นของผู้รับบริการได้ตามความเหมาะสม และแนะนำให้กลับมาตรวจตามแนวทางฯ ให้ได้เร็วที่สุด เช่น หากทราบล่วงหน้าว่าจะไม่สามารถมาติดตามรอบ 3 เดือนได้ แต่จะมาได้อีกครั้ง 6 เดือน ผู้ให้บริการสามารถจ่าย PrEP 6 เดือน รวมถึงอาจจ่าย HIVST ให้ผู้รับบริการได้ตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองในระหว่างนั้นได้ ทั้งนี้หากผู้รับบริการใช้ PrEP อย่างถูกต้อง การติดตามนานกว่า 3 เดือนก็มีความปลอดภัยไม่ต่างจากการติดตามทุก 3 เดือน (Bruinderink et al., 2025)
10. การรับ TDF/FTC และ TAF/FTC เหตุใดมีการตรวจค่าการทำงานของไตเป็นข้อบังคับเฉพาะผู้ที่อายุ ≥ 50 ปี และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงไตทำงานบกพร่อง
    - Schaefer et al. (2022) ศึกษาในกลุ่มประชากรที่รับ PrEP พบว่าผู้ที่มีอายุ < 50 ปี มีความชุกของค่า creatinine clearance ที่ต่ำกว่า 60 มล./นาที อยู่น้อย และพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางไตเมื่อใช้ PrEP ได้น้อย แนวทางฉบับนี้จึงแนะนำการตรวจค่าการทำงานของไต ดังตารางที่ 3.1
    - สามารถตรวจค่าการทำงานของไตเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่แนะนำได้หากมีข้อบ่งชี้ตามดุลยพินิจของแพทย์

ตารางที่ 3.2 ตัวอย่างการวางตารางนัดขณะรับ PrEP

TDF/FTC และ TAF/FTC								
การตรวจ	**ประชากร**	**เดือนที่ติดตาม**						**หมายเหตุ**
		0	**1**	**4**	**7**	**10**	**13**	
การจ่าย PrEP								
TDF/FTC หรือ TAF/FTC	ทุกราย	30 เม็ด	90 เม็ด	90 เม็ด	90 เม็ด	90 เม็ด	90 เม็ด	จำนวนเม็ดที่จ่ายยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม เช่น ไม่ต้องจ่ายเพิ่มหากผู้รับบริการมี PrEP เหลืออยู่เพียงพอถึงนัดครั้งถัดไป หรือจ่ายมากกว่าที่แนะนำหากผู้รับบริการจำเป็นต้องเลื่อนนัดครั้งถัดไปออกไป
การตรวจที่จำเป็น								
เอชไอวี	ทุกราย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
การตรวจที่แนะนำให้ตรวจหากไม่มีข้อจำกัดในการให้บริการ								
การทำงานของไต: creatinine และ eGFR	อายุ < 50 ปี	(✓)			(✓)		(✓)	***เป็นทางเลือก ตรวจได้หากไม่มีข้อจำกัดในการให้บริการ***
	อายุ < 50 ปี ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงไตทำงานบกพร่อง	✓			(✓)		✓	ปัจจัยเสี่ยงไตทำงานบกพร่อง เช่น เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ประวัติค่า eGFR < 90 มล./นาที/1.73 ม.^{2} ฯลฯ
	อายุ ≥ 50 ปี	✓			(✓)		✓	
ซิฟิลิส: treponemal test	ทุกราย	✓		✓	✓	✓	✓	หากมีประวัติติดเชื้อซิฟิลิสมาแล้ว ให้ใช้ RPR ในการตรวจคัดกรอง
หนองในและคลามิเดีย	ทุกราย	✓			✓		✓	• ตรวจคัดกรองตามคำแนะนำด้วย NAAT (หากมี) • กรณีไม่มี NAAT ให้ตรวจวินิจฉัยเมื่อมีอาการ ด้วย Gram stain/culture หรือ antigen-based test

การตรวจที่แนะนำให้ตรวจหากไม่มีข้อจำกัดในการให้บริการ								
การตรวจ	**ประชากร**	**เดือนที่ติดตาม**						**หมายเหตุ**
		0	**1**	**4**	**7**	**10**	**13**	
ไวรัสตับอักเสบบี: HBsAg, anti-HBs	ทุกรายที่ไม่เคยรับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี	✓					✓	• หากมีประวัติ anti-HBs positive ไม่ต้องตรวจ • แนะนำฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในรายที่ทั้ง HBsAg และ anti-HBs negative ตรวจ anti-HBs 1-2 เดือนหลังฉีดวัคซีนครบและหยุดคัดกรองเมื่อรับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีครบแล้ว
ไวรัสตับอักเสบซี: anti-HCV	ทุกราย	✓			✓		✓	หากมีประวัติติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีมาแล้ว ให้ใช้ HCV RNA หรือ HCV cAg ในการตรวจคัดกรอง
ไวรัสตับอักเสบเอ: anti-HAV IgG	รายที่ประสงค์รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบเอ	(✓)						แนะนำฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบเอในรายที่ anti-HAV IgG negative
การตรวจตั้งครรภ์	ผู้ที่มีโอกาสตั้งครรภ์	เมื่อสงสัยว่าตั้งครรภ์						

****หมายเหตุ**** (✓) เป็นทางเลือกตรวจได้หากไม่มีข้อจำกัดในการให้บริการ

CAB-LA										
การตรวจ	**ประชากร**	**เดือนที่ติดตาม**								**หมายเหตุ**
		0	**1**	**3**	**5**	**7**	**9**	**11**	**13**	
การจ่าย PrEP										
CAB-LA (ฉีด)	ทุกราย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
การตรวจที่จำเป็น										
เอชไอวี	ทุกราย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
การตรวจที่แนะนำให้ตรวจหากไม่มีข้อจำกัดในการให้บริการ										
ซิฟิลิส	ทุกราย	✓		✓		✓			✓	● ตัวอย่างนี้ได้ปรับตารางคัดกรองซิฟิลิสให้ตรงกับตารางคัดกรองหนองใน เพื่อความสะดวก ● หากมีประวัติติดเชื้อซิฟิลิสมาแล้ว ให้ใช้ RPR ในการตรวจคัดกรอง
หนองในและคลามิเดีย	ทุกราย	✓				✓			✓	● ตรวจคัดกรองตามคำแนะนำด้วย NAAT (หากมี) ● กรณีไม่มี NAAT ให้ตรวจวินิจฉัยเมื่อมีอาการ ด้วย Gram stain/culture หรือ antigen-based test
ไวรัสตับอักเสบบี: HBsAg, anti-HBs	ทุกรายที่ไม่เคยรับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี	✓							✓	● หากมีประวัติ anti-HBs positive ไม่ต้องตรวจ ● แนะนำฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ในรายที่ทั้ง HBsAg และ anti-HBs negative ตรวจ anti-HBs 1-2 เดือนหลังฉีดวัคซีนครบ และหยุดคัดกรองเมื่อรับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีครบแล้ว
ไวรัสตับอักเสบซี: anti-HCV	ทุกราย	✓				✓			✓	หากมีประวัติติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีมาแล้ว ให้ใช้ HCV RNA หรือ HCV cAg ในการตรวจคัดกรอง

CAB-LA									
การตรวจ	**ประชากร**	**เดือนที่ติดตาม**							**หมายเหตุ**
		0	**1**	**3**	**5**	**7**	**9**	**11**	**13**	
ไวรัสตับอักเสบเอ: anti-HAV IgG	รายที่ประสงค์รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบเอ	(✓)								แนะนำฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบเอในรายที่ anti-HAV IgG negative
การตรวจตั้งครรภ์	ผู้ที่มีโอกาสตั้งครรภ์	เมื่อสงสัยว่าตั้งครรภ์								

LEN								
การตรวจ	**ประชากร**	**เดือนที่ติดตาม**						**หมายเหตุ**
		0	**1**	**3**	**6**	**9**	**12**	
การจ่าย PrEP								
LEN ชนิดรับประทาน	ทุกราย	2+2 เม็ด						
LEN ชนิดฉีด	ทุกราย	✓			✓		✓	
การตรวจที่จำเป็น								
เอชไอวี	ทุกราย	✓	✓	(✓)	✓	(✓)	✓	โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องนัดเดือนที่ 3 และ 9 แต่สามารถนัดได้หากผู้รับบริการต้องการตรวจคัดกรอง
การตรวจที่แนะนำให้ตรวจหากไม่มีข้อจำกัดในการให้บริการ								
ซิฟิลิส: treponemal test	ทุกราย	✓		(✓)	✓	(✓)	✓	● โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องนัดเดือนที่ 3 และ 9 แต่สามารถนัดได้หากผู้รับบริการต้องการตรวจคัดกรอง ● หากมีประวัติติดเชื้อซิฟิลิสมาแล้ว ให้ใช้ RPR ในการตรวจคัดกรอง

การตรวจที่แนะนำให้ตรวจหากไม่มีข้อจำกัดในการให้บริการ								
หนองในและคลามิเดีย	ทุกราย	✓			✓		✓	• ตรวจคัดกรองตามคำแนะนำด้วย NAAT (หากมี) • กรณีไม่มี NAAT ให้ตรวจวินิจฉัยเมื่อมีอาการ ด้วย Gram stain/culture หรือ antigen-based test
ไวรัสตับอักเสบบี: HBsAg, anti-HBs	ทุกรายที่ไม่เคยรับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี	✓					✓	• หากมีประวัติ anti-HBs positive ไม่ต้องตรวจ • แนะนำฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีทุกรายและสามารถหยุดคัดกรองเมื่อรับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีครบแล้ว
ไวรัสตับอักเสบซี: anti-HCV	ทุกราย	✓			✓		✓	หากมีประวัติติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีมาแล้วให้ใช้ HCV RNA หรือ HCV cAg ในการตรวจคัดกรอง
ไวรัสตับอักเสบเอ: anti-HAV IgG	รายที่ประสงค์รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบเอ	(✓)						แนะนำฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบเอในรายที่ anti-HAV IgG negative
การตรวจตั้งครรภ์	ผู้ที่มีโอกาสตั้งครรภ์	เมื่อสงสัยว่าตั้งครรภ์						

****หมายเหตุ**** (✓) เป็นทางเลือกตรวจได้หากไม่มีข้อจำกัดในการให้บริการ

บทที่ 4 ยา PrEP

การจัดบริการ PrEP ในปัจจุบันของประเทศไทยมีหลายรูปแบบ ทั้ง PrEP ชนิดรับประทาน ใช้สูตรยาได้แก่ TDF/FTC (ทีดีเอฟ/เอฟทีซี) และ TAF/FTC (แทฟ/เอฟทีซี) และชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ที่เรียกว่า CAB-LA (long-acting cabotegravir หรือ คาร์โบทิกราเวียร์ชนิดออกฤทธิ์นาน) ซึ่งสามารถเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสม นอกจากนี้ในต่างประเทศยังมี PrEP ชนิดห่วงสอดช่องคลอดที่เรียกว่า DVR (dapivirine vaginal ring: ห่วงสอดช่องคลอดดาพิวิรีน) และล่าสุด PrEP ชนิดฉีดใต้ผิวหนัง ที่เรียกว่า LEN (lenacapavir: เลนาคาพาเวียร์) ได้ผ่านการรับรองโดยองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกาแล้วเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2568 และผ่านการประเมินคุณภาพเบื้องต้น (prequalification) จากองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2568

ในปัจจุบัน คนไทยทุกคนสามารถเข้ารับบริการ PrEP ชนิดรับประทาน ทั้ง TDF/TFC และ TAF/FTC โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยยาทั้ง 2 สูตร ได้บรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (บัญชี ก) ส่วน PrEP ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (CAB-LA) เริ่มมีจำหน่ายในประเทศไทยเป็นครั้งแรกเมื่อกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 แต่ยังไม่อยู่ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช.

โดยในบทนี้จะกล่าวถึงคุณสมบัติและวิธีใช้ PrEP แต่ละชนิด ดังต่อไปนี้

4.1 PrEP ชนิดรับประทาน: สูตรยา TDF/FTC และ TAF/FTC

4.1.1 ข้อมูลเบื้องต้น

- PrEP ชนิดรับประทาน เป็น PrEP ชนิดแรกที่มีใช้ในประเทศไทย และยังใช้มากที่สุดในปัจจุบัน มีการศึกษาวิจัยมากที่สุด เช่น iPrEX, IPERGAY, DISCOVER ฯลฯ ทำให้มีการปรับคำแนะนำการใช้งานให้ครอบคลุมประชากรมากขึ้น และมีการปรับคำแนะนำให้ใช้สะดวกขึ้นอยู่เสมอ
- ทั้ง TDF/FTC และ TAF/FTC สามารถเบิกจ่ายได้ตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. โดยตรวจสอบหน่วยบริการได้ที่เว็บไซต์ BuddyStation (https://buddystation.ddc.moph.go.th)

4.1.2 สูตรยา

- สูตรยา PrEP ชนิดรับประทาน ประกอบไปด้วยยา 2 ชนิดรวมกันในเม็ดเดียว ปัจจุบันในประเทศไทยมีใช้กันอย่างแพร่หลาย 2 สูตร ได้แก่ TDF/FTC (tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine ขนาด 300/200 มก.) และ TAF/FTC (tenofovir alafenamide/emtricitabine ขนาด 25/200 มก.) ซึ่งล้วนแต่เป็นยากลุ่ม nucleoside/nucleotide reverse transcriptase inhibitor (NRTI)

- ทั้ง 2 สูตรสามารถใช้ได้ในการป้องกันเอชไอวีก่อนสัมผัสทางการมีเพศสัมพันธ์และการใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน มีข้อบ่งใช้ในผู้ที่มีน้ำหนักตัวอย่างน้อย 35 กิโลกรัม ไม่จำกัดเพศ และใช้ทดแทนกันได้หากไม่มีข้อห้าม
- กรณีไม่มี FTC สามารถใช้ 3TC (lamivudine) ขนาด 300 มก. แทนได้

4.1.3 การเลือกระหว่าง TDF/FTC กับ TAF/FTC

โดยทั่วไป TDF/FTC และ TAF/FTC ใช้ทดแทนกันได้ มีเพียงบางกรณีที่จำเป็นต้องเลือกชนิดใดชนิดหนึ่ง เช่น

- กรณีที่แนะนำ TAF/FTC มากกว่า TDF/FTC หากผู้รับบริการ
  - มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง ที่มีค่า estimated glomerular filtration rate (eGFR) อยู่ในช่วง 30-60 มล./นาที/1.73 ม.^{2}
  - มีภาวะกระดูกพรุน
  - เป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุไม่เกิน 25 ปี (แต่สามารถใช้ TDF/FTC ได้หากไม่มี TAF/FTC ให้บริการ)
- กรณีที่แนะนำ TDF/TFC มากกว่า TAF/FTC หากผู้รับบริการ
  - ใช้ยาที่เป็นข้อห้ามใช้ของ TAF เช่น ยาวัณโรค rifampicin, rifapentine และยากันชัก carbamazepine, oxcarbamazepine, phenobarbital, phenytoin

4.1.4 ประสิทธิภาพ (Efficacy) ในการป้องกันเอชไอวี

- ลดความเสี่ยงเอชไอวีลงอย่างน้อย 90%
- ลดความเสี่ยงเอชไอวีลงเกือบ 100% หากรับประทานอย่างถูกต้อง

4.1.5 อาการไม่พึงประสงค์

- ระยะสั้น อาจมีอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้แก่ คลื่นไส้ ท้องเสีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องอืด มึนศีรษะ ปวดศีรษะ
- ระยะยาว (สูตร TDF/FTC)
  - อาจมีภาวะไตทำงานบกพร่อง พบได้น้อย มีโอกาสพบมากขึ้นตามอายุ มักไม่รุนแรง อาการคงที่ และหายได้หลังหยุดรับประทาน PrEP
  - ภาวะมวลกระดูกที่อาจจะบางลงจากเดิม 1.7% ใน 2 ปี แต่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก และจะกลับสภาวะเดิมได้หลังหยุดรับประทาน PrEP

4.1.6 อันตรกิริยาระหว่างยา

- ยา TDF ขับออกทางไตผ่าน glomerular filtration ร่วมกับ active tubular secretion ซึ่งมักมีผลข้างเคียงมากขึ้นในผู้ที่ได้ยาที่มีผลต่อไตร่วมด้วย เช่น ยาแก้อักเสบกลุ่มที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ควรระมัดระวังผลข้างเคียงต่อไตเมื่อการรับประทาน PrEP ร่วมกับยากลุ่มนี้ในขนาดยาสูงหรือต่อเนื่องยาวนาน
- ยา TAF ไม่ควรใช้คู่กับยากันชัก carbamazepine, oxcarbamazepine, phenobarbital, phenytoin และยาวัณโรค rifampicin, rifapentine, rifabutin เนื่องจากยาเหล่านี้ลดระดับ TAF อย่างมีนัยสำคัญ
- ฮอร์โมนเพศ**ไม่มี**อันตรกิริยาระหว่างยาที่สำคัญต่อ TDF/FTC และ TAF/FTC
- **ศึกษาอันตรกิริยาระหว่างยาได้ที่ภาคผนวก ข**

4.1.7 ข้อห้ามใช้

- TDF/FTC ห้ามใช้ในผู้ที่มีค่า eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ม.^{2}
- TAF/FTC ห้ามใช้ในผู้ที่มีค่า eGFR < 30 มล./นาที/1.73 ม.^{2}

4.1.8 วิธีใช้

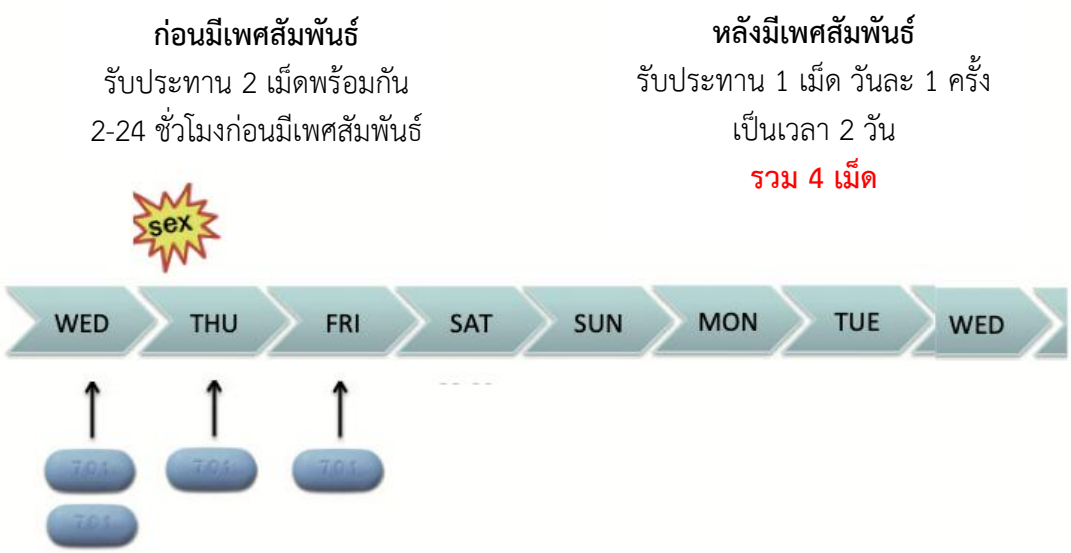
- การเริ่ม
  - รับประทาน 2 เม็ดพร้อมกัน ในช่วง 2-24 ชั่วโมงก่อนมีเพศสัมพันธ์
- การใช้ต่อเนื่อง
  - รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง
- การหยุด
  - เพศกำเนิดชาย: รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 วันนับจากเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ดังนั้น หากมีเพศสัมพันธ์เพียง 1 ครั้ง ก็จะใช้ PrEP แบบ **2:1:1**
  - เพศกำเนิดหญิง เพศกำเนิดชายที่มีช่องคลอดใหม่ (neovagina) และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด: รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 7 วันนับจากเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ดังนั้น หากมีเพศสัมพันธ์เพียง 1 ครั้ง ก็จะใช้ PrEP แบบ **2:7**

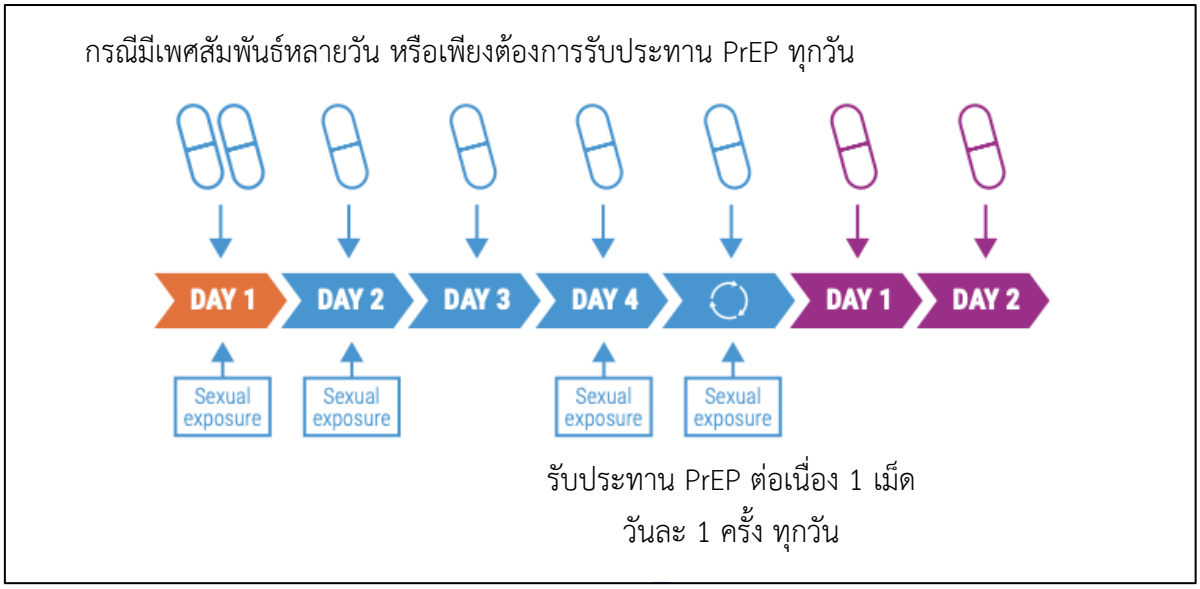
หมายเหตุ

- คำแนะนำที่ให้ใช้ TAF/FTC ทดแทน TDF/FTC ได้ในการรับประทานรูปแบบ 2:1:1 และ 2:7 และคำแนะนำที่ให้กลุ่มประชากรผู้หญิงและผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดใช้รูปแบบ 2:7 ใช้หลักฐานจากการศึกษาทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ (Cottrell et al., 2016; Dumond et al., 2025; Herrera et al., 2023)

- การศึกษาโดยใช้แบบจำลองโดย Engel et al. (2025) เสนอว่าเพศหญิงสามารถรับประทานแบบ 2:1:1:1แทนที่จะเป็น 2:7 ได้
- หลักฐานทางคลินิกในกลุ่มประชากรผู้หญิงและผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดมีเป็นการรับประทาน PrEP ทุกวัน โดยให้รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 7 วันก่อนมีเพศสัมพันธ์ รับประทานต่อเนื่องทุกวัน และหยุด PrEP ด้วยการรับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 7 วันนับจากเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ที่เรียกว่า 7:7
- ไม่ว่าจะใช้หลักฐานแหล่งใดก็ตาม ผู้รับบริการน่าจะได้รับประโยชน์จากการเริ่ม PrEP ด้วยการรับประทาน 2 เม็ดพร้อมกันเสมอ เพื่อร่นระยะเวลาที่รอยาออกฤทธิ์

แผนภาพที่ 4.1 การใช้ PrEP ชนิดรับประทานสำหรับเพศกำเนิดชาย

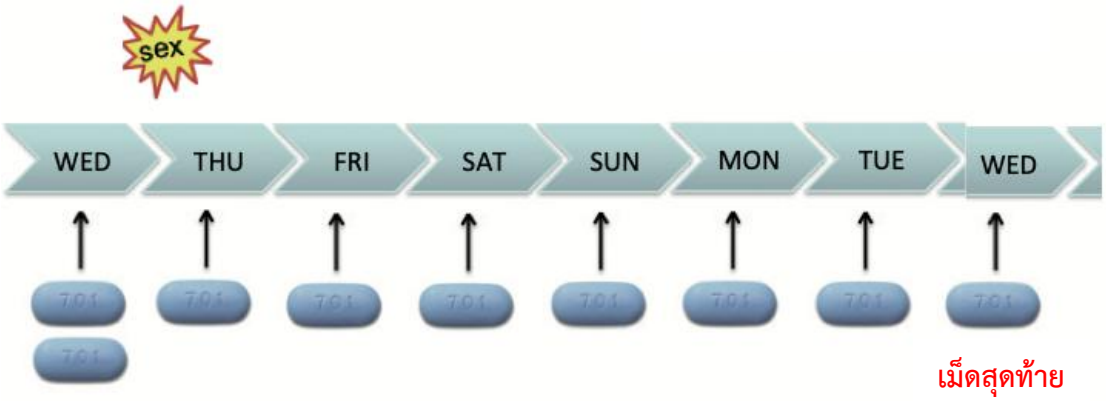




แผนภาพที่ 4.2 การใช้ PrEP ชนิดรับประทานสำหรับเพศกำเนิดหญิง เพศกำเนิดชายที่มีช่องคลอดใหม่ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด

ก่อนมีเพศสัมพันธ์
รับประทาน 2 เม็ดพร้อมกัน
2-24 ชั่วโมงก่อนมีเพศสัมพันธ์

หลังมีเพศสัมพันธ์
รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง
เป็นเวลา 7 วัน
รวม 9 เม็ด



4.1.9 ข้อควรระวัง

- PrEP ชนิดรับประทานจะต้องอาศัยวินัยและความเข้าใจในการรับประทานยา จะต้องเก็บยาไว้ในที่พัก ซึ่งส่งผลถึงความเป็นส่วนตัวในผู้รับบริการบางราย รวมถึงจะต้องพกยาติดตัวเมื่อเดินทางพักแรมไปยังสถานที่ต่าง ๆ ดังนั้น หากผู้รับบริการไม่มั่นใจว่าจะสามารถใช้ PrEP ชนิดรับประทานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือมีความกังวลเรื่องความเป็นส่วนตัว ให้พิจารณาเลือก PrEP ชนิดอื่น ๆ

4.1.10 ระยะเวลาที่เริ่มออกฤทธิ์ป้องกันเอชไอวี

- 2 ชั่วโมง นับจากที่เริ่มรับประทาน 2 เม็ดพร้อมกัน

การรับประทาน PrEP ตามต้องการ (on-demand) และการรับประทาน PrEP ต่อเนื่องทุกวัน (daily)

- การรับประทานเป็นช่วง ๆ ตามต้องการ เรียกว่า การรับประทานแบบ on-demand (รู้ว่าจะเสี่ยงช่วงใด)
- การรับประทาน PrEP ต่อเนื่องทุกวัน เรียกว่า การรับประทานแบบ daily (หากมีความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องหรือไม่รู้ล่วงหน้าว่าจะเสี่ยงช่วงใด)
- ผู้ใช้ PrEP สามารถสลับการใช้แบบ daily และ on-demand ได้เองตามความต้องการในแต่ละช่วงเวลา

4.1.11 กรณีลืมรับประทาน

- ลืมรับประทาน 1 เม็ดหลังมีเพศสัมพันธ์ (เม็ดตรงกลางใน 2:1:1)
  - สามารถรับประทานได้อย่างช้า 48 ชั่วโมงหลังจากมีเพศสัมพันธ์ หากเกินกว่านั้นพิจารณารับยาป้องกันเอชไอวีหลังการสัมผัส (PEP)
- มีความเสี่ยงแต่ไม่ได้รับประทาน PrEP ก่อนเสี่ยง
  - เพศกำเนิดชาย: หากรับประทาน PrEP ครั้งสุดท้ายไปไม่เกิน 7 วัน สามารถรับประทาน PrEP พร้อมกัน 2 เม็ดหลังเสี่ยง และรับประทานต่อตามคำแนะนำปกติ
  - เพศกำเนิดหญิง เพศกำเนิดชายที่มีช่องคลอดใหม่ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด: หากรับประทาน PrEP ครั้งสุดท้ายไปไม่เกิน 3 วัน สามารถรับประทาน PrEP พร้อมกัน 2 เม็ดหลังเสี่ยง และรับประทานต่อตามคำแนะนำปกติ
  - หากไม่ได้รับประทาน PrEP ภายในช่วงเวลาดังกล่าวมาก่อน แต่มี PrEP อยู่กับตัว ให้รับประทาน PrEP 2 เม็ดพร้อมกัน แล้วไปรับ PEP โดยเร็วที่สุด ไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังเสี่ยง (Zhang et al., 2025)

4.1.12 ข้อพิจารณาในกลุ่มประชากรเฉพาะ

- ผู้ที่ใช้ฮอร์โมนเพศ
  - PrEP ไม่ส่งผลต่อการลดระดับฮอร์โมนเพศ (ทั้งเทสทอสเตอโรนและอีสโทรเจน) และฮอร์โมนข้ามเพศไม่ส่งผลต่อการใช้งาน PrEP
- เด็กและวัยรุ่น
  - เนื่องจากเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 25 ปี เป็นวัยที่มีการสร้างมวลกระดูก แม้ว่าจะไม่ห้ามใช้ TDF/FTC แต่อาจพิจารณาเพิ่มเติมดังนี้
    - พิจารณาใช้ TAF/FTC แทน TDF/FTC เพื่อลดผลข้างเคียงต่อมวลกระดูก หรือ ให้วิตามินดี 3 ปริมาณ 400 ยูนิต/วัน และธาตุแคลเซียม (elemental calcium) 1,200 มก./วัน แบ่งให้วันละ 2 เวลา พร้อมอาหาร (Pornpaisalsakul et al., 2020)
- ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด
  - กรณีมีความเสี่ยงเอชไอวีทางการใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน แนะนำให้ใช้ PrEP แบบ 2:7
  - กรณีมีความเสี่ยงเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ โดยที่ไม่ได้มีความเสี่ยงเอชไอวีทางการใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน สามารถเลือกวิธีใช้ PrEP ตามเพศของตนได้
- การตั้งครรภ์และให้นมบุตร
  - สามารถใช้ TDF/FTC และ TAF/FTC ในขณะตั้งครรภ์และให้นมบุตรได้

4.2 PrEP ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ: Long-Acting Cabotegravir (CAB-LA)

4.2.1 ข้อมูลเบื้องต้น

- CAB-LA เป็น PrEP ชนิดฉีดออกฤทธิ์นานชนิดแรกที่ได้รับอนุมัติจากองค์การอาหารและยาของประเทศไทย มีการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมระยะที่ 3 ที่สำคัญคือ HPTN 083 และ 084 ซึ่ง HPTN 083 มีศูนย์วิจัยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย CAB-LA ออกจำหน่ายในประเทศไทยครั้งแรกในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568
- ปัจจุบัน CAB-LA มีให้บริการในประเทศไทยแบบเสียค่าใช้จ่าย ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสามารถรับบริการได้ที่คลินิกนิรนาม สภากาชาดไทย พริบตาแทนเจอรีนสหคลินิก โรงพยาบาลบางแห่ง และคลินิกเอกชนบางแห่ง

4.2.2 สูตรยา

- สูตรยา CAB-LA คือตัวยา cabotegravir ซึ่งเป็นยากลุ่ม integrase strand-transfer inhibitor (INSTI) ชนิดออกฤทธิ์นาน (long-acting) ขนาด 600 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก
- สามารถใช้ป้องกันเอชไอวีก่อนสัมผัสทางการมีเพศสัมพันธ์ มีข้อบ่งใช้ในผู้ที่มีน้ำหนักตัวอย่างน้อย 35 กิโลกรัม ไม่จำกัดเพศ
- สำหรับการป้องกันเอชไอวีทางการใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน ยังมีข้อมูลในมนุษย์อยู่จำกัด มีเพียงข้อมูลจากการศึกษาในสัตว์โดย Andrew et al. (2017) สนับสนุนว่าป้องกันได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดสามารถใช้ PrEP ชนิดนี้ในการป้องกันเอชไอวีทางการมีเพศสัมพันธ์ได้
- CAB-LA เหมาะสมเป็นพิเศษในผู้ที่มีการทำงานของไตบกพร่อง ที่ไม่สามารถใช้ TDF/FTC หรือ TAF/FTC ได้ รวมถึงผู้ที่อาจไม่สะดวกใช้ PrEP ชนิดรับประทาน และผู้ที่ต้องการความเป็นส่วนตัว ไม่ต้องการพกกระปุกยา

4.2.3 ประสิทธิภาพ (efficacy) ในการป้องกันเอชไอวี

- ลดความเสี่ยงเอชไอวีลง 94% เมื่อเทียบกับการไม่ใช้ PrEP ชนิดใดเลย (Donnell et al., 2023)
- ลดความเสี่ยงเอชไอวีลง 79% เมื่อเทียบกับการใช้ TDF/FTC (Fonner et al., 2023)

4.2.4 อาการไม่พึงประสงค์

- อาการไม่พึงประสงค์มักจะอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และพบน้อยลงเมื่อใช้ CAB-LA ต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ได้แก่ อันตรกิริยาที่ตำแหน่งฉีดยา (ปวด บวม แดง ฯลฯ) ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ท้องเสีย อ่อนเพลีย

4.2.5 วิธีบรรเทาอาการปวดที่ตำแหน่งฉีดยา

- ประคบร้อนหรือประคบเย็นหลังฉีดยา
- ยาพาราเซตามอล ยากลุ่ม NSAID หรือยาแก้ปวดชนิดอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นชนิดใช้ภายนอกหรือชนิดรับประทาน

4.2.6 อันตรกิริยาระหว่างยา

- CAB-LA ไม่ควรใช้คู่กับยากันชัก carbamazepine, oxcarbamazepine, phenobarbital, phenytoin และยาวัณโรค rifampicin, rifapentine, rifabutin เนื่องจากทำให้ระดับของ CAB-LA ลดลง
- CAB-LA ไม่มีอันตรกิริยาระหว่างยากับฮอร์โมนเพศ
- ***ศึกษาอันตรกิริยาระหว่างยาได้ที่ภาคผนวก ข***

4.2.7 ข้อห้ามใช้

- ไม่ควรใช้ CAB-LA เมื่อสงสัยว่ามีภาวะตับอักเสบเฉียบพลันหรือโรคตับระยะรุนแรง กล่าวคือ มีอาการไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ร่วมกับตัวตาเหลือง เป็นต้น

4.2.8 วิธีใช้

- ฉีด CAB-LA ขนาด 600 มก. เข้ากล้ามเนื้อสะโพก โดยฉีดเข็มที่ 1 และ 2 ห่างกัน 1 เดือน (4 สัปดาห์ ± 1 สัปดาห์) หลังจากนั้นฉีดทุก 2 เดือน (8 สัปดาห์ ± 1 สัปดาห์)
- นั่นคือ ฉีด ณ แรกเข้า, เดือนที่ 1 และทุก 2 เดือน
- เมื่อต้องการหยุด CAB-LA แนะนำให้ตรวจเอชไอวี 2 เดือนนับจากเข็มสุดท้าย

ตารางที่ 4.1 ตารางแสดงการเริ่มและติดตาม CAB-LA

แรกเข้า	**เดือนที่ 1**	**ทุก 2 เดือน นับจากเดือนที่ 1**
600 มก.	600 มก.	600 มก.

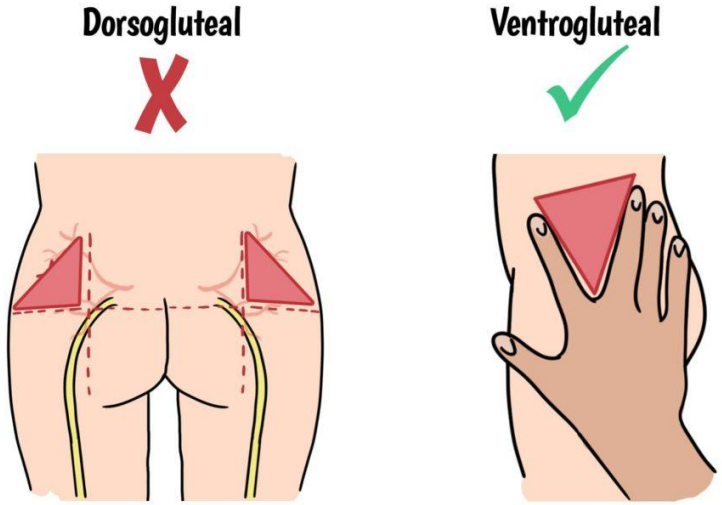
4.2.9 วิธีบริหารยา

- ฉีด CAB-LA เข้ากล้ามเนื้อสะโพก (gluteal site)
- การเลือกความยาวเข็มฉีดยา พิจารณาได้ตามความเหมาะสม ตัวอย่างดังนี้
  - ใช้เข็มฉีดยาความยาว 1.5 นิ้ว ในผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) < 30 กก./ม.^{2}
  - ใช้เข็มฉีดยาความยาว 2 นิ้ว ในผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 30 กก./ม.^{2}
- แนะนำให้ฉีดตำแหน่ง ventrogluteal แทน dorsogluteal เพราะตำแหน่ง ventrogluteal ปราศจากหลอดเลือดและเส้นประสาทที่สำคัญ เข้าถึงชั้นกล้ามเนื้อง่ายกว่าเพราะมีชั้นไขมันปกคลุมน้อยกว่า และก่อให้เกิดอาการปวดน้อยกว่าตำแหน่ง dorsogluteal นอกจากนั้น ตำแหน่ง ventrogluteal ยังสามารถฉีดได้หลากหลายท่าทาง ไม่ว่าจะเป็นท่านอนตะแคง นอนคว่ำ นั่ง และยืน
- ใช้ Z-track method (การดึงผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังตำแหน่งที่ฉีดยาไปทางใดทางหนึ่งในขณะที่ฉีดยา) เพื่อให้มั่นใจว่ายาจะอยู่ในชั้นกล้ามเนื้อทั้งหมด ไม่ไหลย้อนกลับมายังชั้นไขมันใต้ผิวหนังขณะถอนเข็ม และช่วยให้เลือดออกทางผิวหนังน้อยลง

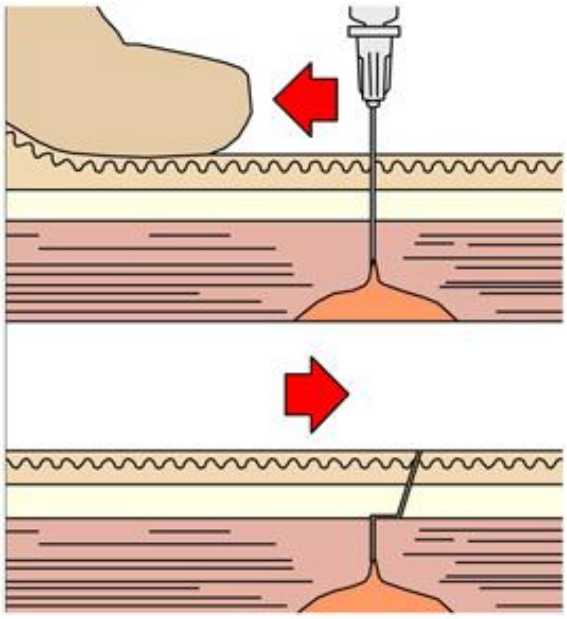
4.2.10 ข้อควรระวัง

- ผู้ที่ทำศัลยกรรมเสริมสะโพกอาจมีอุปสรรคต่อการฉีด CAB-LA ผู้ให้บริการอาจพิจารณาเลี่ยงไปฉีดบริเวณอื่น อาทิ ตำแหน่ง dorsogluteal อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะแนะนำการฉีดที่กล้ามเนื้อต้นขาด้านนอก (vastus lateralis)
- การใช้ CAB-LA จำเป็นต้องมาสถานพยาบาลเพื่อฉีดยาและตรวจเลือดทุก 2 เดือน ซึ่งบ่อยกว่า PrEP ชนิดอื่น ผู้ให้บริการพึงแจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงข้อจำกัด และเลือก PrEP ที่เหมาะสมกับตนเองที่สุด

แผนภาพที่ 4.3 ตำแหน่งฉีดยา ventrogluteal และ dorsogluteal



แผนภาพที่ 4.4 การฉีดยาด้วย Z-track method



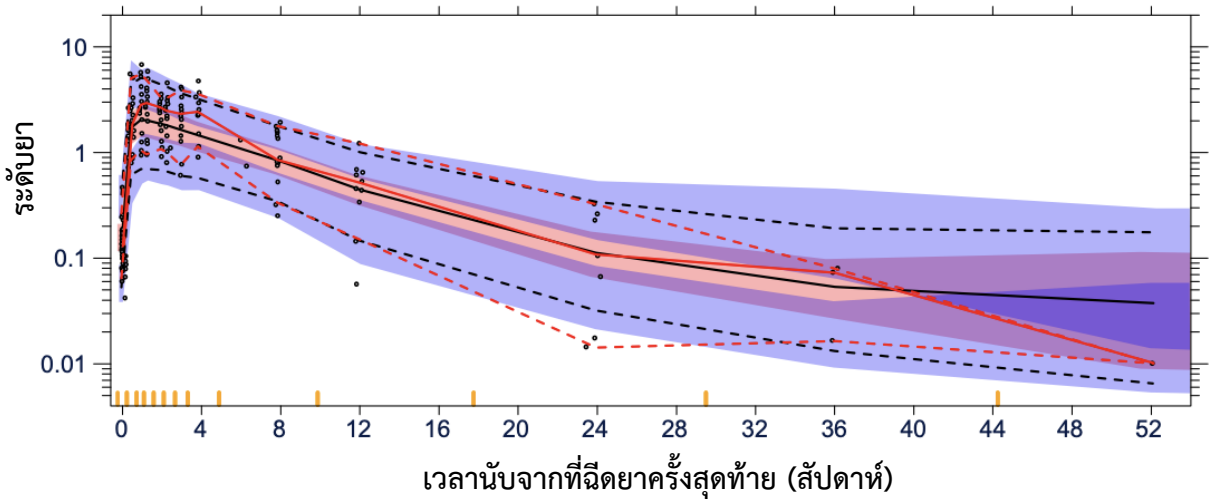
4.2.11 ระยะเวลาที่เริ่มออกฤทธิ์ป้องกันเอชไอวี

- ระดับยาสูงสุดวันที่ 7 นับจากวันฉีดเข็มแรก (Shaik et al., 2022)
- ระหว่างรอ 7 วันให้ใช้วิธีอื่นในการป้องกันเอชไอวีตามความเหมาะสม เช่น ถุงยางอนามัย หรือ PrEP ชนิด TDF/FTC
- CAB-LA ออกฤทธิ์ป้องกันเอชไอวีเป็นเวลา 8-9 สัปดาห์ นับจากฉีดเข็มสุดท้าย

4.2.12 ระยะเวลาที่ยังคงมีระดับยาอยู่ในร่างกาย แต่ไม่เพียงพอต่อการรักษาหรือป้องกันเอชไอวี (tail phase)

- เนื่องจาก CAB-LA เป็นยาออกฤทธิ์นาน หลังจากฉีดเข็มสุดท้าย ระดับยาจะคงอยู่ในระดับต่ำได้ถึง 1 ปี (เรียกว่า tail phase) (Landovitz et al., 2020) ในช่วงที่มีระดับยาต่ำ ๆ นี้ จะมีโอกาสรับเอชไอวีได้ เพราะฉะนั้น หากมีความเสี่ยงในช่วงนี้ ควรใช้วิธีอื่นในการป้องกันเอชไอวีตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเชื้อดื้อยาในระยะนี้

แผนภาพที่ 4.5 ระยะ tail phase

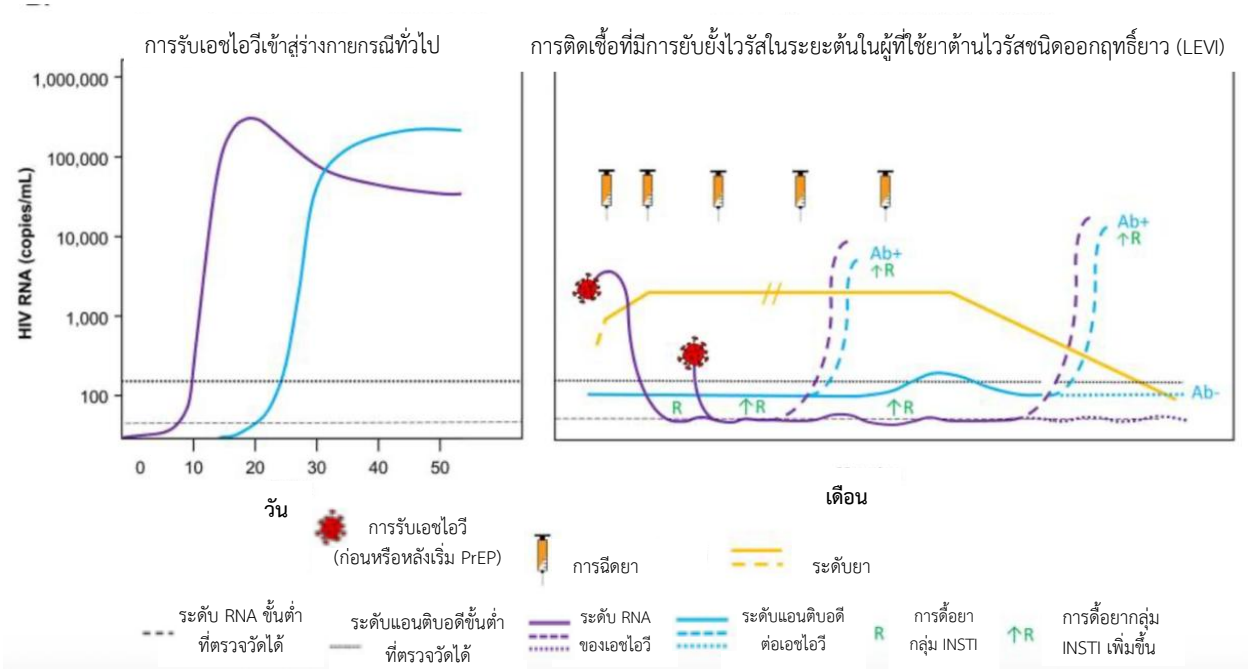


4.2.13 การติดเชื้อที่มีการยับยั้งไวรัสในระยะต้นในผู้ที่ใช้ยาต้านไวรัสชนิดออกฤทธิ์ยาว (long-acting early viral inhibition, LEVI)

- การใช้ CAB-LA พบว่าเกิดการยับยั้งเอชไอวีที่เข้าสู่ร่างกายในระยะแรกจากการใช้ยาชนิดออกฤทธิ์นาน เรียกว่า LEVI ส่งผลให้เมื่อได้รับเอชไอวีขณะใช้ CAB-LA หรือเมื่อใช้ CAB-LA ในช่วงเอชไอวีระยะเฉียบพลัน จะตรวจพบเอชไอวีได้ช้า (ผลเลือดเปลี่ยนจากผลลบเป็นบวกช้า) และผลตรวจอาจกลับจากบวกเป็นลบได้ แม้จะหยุดฉีด CAB-LA ไปแล้วหลายเดือน เป็นความท้าทายในการวินิจฉัย จึงต้องตรวจซ้ำหลายครั้งในช่วงระยะเวลานาน เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง และไม่ช้าเกินไป เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเชื้อดื้อยา (Landovitz et al., 2024)

- สามารถศึกษาคำแนะนำในการตรวจเอชไอวี รวมถึงการจัดการกรณีพบผลตรวจเป็น inconclusive ในขณะที่ใช้ PrEP ชนิดออกฤทธิ์นานได้ที่บทที่ 3 หัวข้อ 3.4.1

แผนภาพที่ 4.6 การติดเชื้อที่มีการยับยั้งไวรัสในระยะต้นในผู้ที่ใช้ยาต้านไวรัสชนิดออกฤทธิ์ยาว (LEVI)



ดัดแปลงจาก Landovitz et al. N Engl J Med. 2024 Oct 3;391(13):1253-1256.

4.2.14 การจัดการกรณีที่ไม่สามารถฉีด CAB-LA ได้ตามนัด

- หากรู้ล่วงหน้าว่าจะไม่สามารถมาฉีด CAB-LA ตามกำหนดการนัดได้ (± 7 วัน) สามารถใช้ cabotegravir ชนิดรับประทาน ขนาด 30 มก. รับประทานวันละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุกวัน สูงสุด 2 เดือน จนกว่าจะสามารถกลับมาฉีด CAB-LA ต่อได้ แต่หากไม่มี cabotegravir ชนิดรับประทาน ผู้รับบริการก็สามารถใช้ PrEP ชนิดอื่นชั่วคราวได้เช่นกัน
- หากมาช้ากว่ากำหนดการไม่เกิน 1 เดือน ให้ฉีด CAB-LA ทุก 2 เดือนดังเดิม
- หากมาช้ากว่ากำหนดการเกิน 1 เดือน ให้เริ่มฉีด CAB-LA ใหม่ (reload) กล่าวคือ ฉีด 2 เข็มแรกห่างกัน 1 เดือน หลังจากนั้นฉีดทุก 2 เดือน

  อธิบายเพิ่มเติม:
  - หากเข็มที่ 2 ห่างจากเข็มที่ 1 เกิน 2 เดือน ให้เริ่มนับเข็มที่ 1 ใหม่
  - หากเข็มที่ 3 เป็นต้นไปห่างจากเข็มก่อนหน้าเกิน 3 เดือน ให้เริ่มนับเข็มที่ 1 ใหม่
- การ reload ให้นับจาก CAB-LA เข็มล่าสุด ไม่ต้องคำนึงถึง CAB ชนิดรับประทาน

4.2.15 ข้อพิจารณาในกลุ่มประชากรเฉพาะ

- การตั้งครรภ์และให้นมบุตร
  - สามารถใช้ CAB-LA ขณะตั้งครรภ์และให้นมบุตรได้

4.3 PrEP ชนิดห่วงสอดช่องคลอด: Dapivirine Vaginal Ring (DVR)

4.3.1 ข้อมูลเบื้องต้น

- DVR เป็น PrEP สำหรับป้องกันเอชไอวีผ่านการมีเพศสัมพันธ์ฝ่ายรับทางช่องคลอด เหมาะสมเป็นพิเศษในผู้ที่ไม่สามารถใช้ PrEP สูตรอื่นๆ ได้
- ปัจจุบัน DVR ไม่มีใช้ในประเทศไทย และยังไม่มีผู้ขออนุมัติในประเทศไทย

4.3.2 สูตรยา

- DVR มีตัวยา dapivirine ซึ่งเป็นยากลุ่ม non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) ขนาด 25 มก. มาในรูปแบบห่วงซิลิโคนสอดช่องคลอด

4.3.3 ประสิทธิภาพ (efficacy) ในการป้องกันเอชไอวี

- ลดความเสี่ยงเอชไอวีลงอย่างน้อย 50% เมื่อเทียบกับการไม่ใช้ PrEP ชนิดใดเลย (Baeten et al., 2016)

4.3.4 อาการไม่พึงประสงค์

- อาการไม่พึงประสงค์มักจะไม่รุนแรง อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ช่องคลอดหรือปากมดลูกอักเสบ สารคัดหลั่งจากช่องคลอด คันช่องคลอด และปวดท้องน้อย

4.3.5 วิธีใช้

- สอดคาช่องคลอด เปลี่ยนทุก 1 เดือน
- สามารถใส่ในขณะที่มีประจำเดือนได้
- ผู้รับบริการสามารถใส่และถอดห่วงด้วยตนเองได้

4.3.6 ข้อควรระวัง

- DVR ป้องกันการถ่ายทอดเอชไอวีผ่านทางช่องคลอดโดยเป็นฝ่ายรับเท่านั้น หากมีความเสี่ยงเอชไอวีผ่านทางช่องทางอื่น เช่น ช่องคลอดใหม่ ทวารหนัก ฯลฯ ให้ใช้ PrEP ชนิดอื่น

4.3.7 ระยะเวลาที่เริ่มออกฤทธิ์ป้องกันเอชไอวี

- 24 ชั่วโมงหลังใส่ห่วง

4.3.8 ข้อพิจารณาในกลุ่มประชากรเฉพาะ

- การตั้งครรภ์และให้นมบุตร
  - สามารถใช้ DVR ขณะตั้งครรภ์และให้นมบุตรได้
- ผู้มีความเสี่ยงเอชไอวีจากช่องทางอื่น ๆ นอกจากทางช่องคลอด
  - DVR ป้องกันเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ช่องคลอดโดยเป็นฝ่ายรับเท่านั้น ไม่ป้องกันทางทวารหนัก การใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน และอื่น ๆ
  - ไม่มีข้อมูลการป้องกันเอชไอวีทางช่องคลอดใหม่

4.4 PrEP ชนิดฉีดใต้ผิวหนัง: Lenacapavir (LEN)

4.4.1 ข้อมูลเบื้องต้น

- LEN เป็น PrEP ชนิดฉีดใต้ผิวหนัง (subcutaneous) ออกฤทธิ์นาน ฉีดทุก 6 เดือน มีการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมระยะที่ 3 ที่สำคัญคือ PURPOSE 1 และ PURPOSE 2 ซึ่ง PURPOSE 2 มีศูนย์วิจัยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย
- ปัจจุบัน LEN ยังไม่มีใช้ในประเทศไทย แต่มีแผนจะใช้ในประเทศไทยในอนาคต

4.4.2 สูตรยา

- LEN คือตัวยา lenacapavir ซึ่งเป็นยากลุ่ม capsid inhibitor ตัวแรกของกลุ่มนี้ แบ่งเป็นยาเม็ดรับประทาน ขนาดเม็ดละ 300 มก. และยาฉีดใต้ผิวหนัง ขนาด 927 มก.
- สามารถใช้ป้องกันเอชไอวีก่อนสัมผัสทางการมีเพศสัมพันธ์ มีข้อบ่งใช้ในผู้ที่มีน้ำหนักตัวอย่างน้อย 35 กิโลกรัม ไม่จำกัดเพศ
- LEN เหมาะสมเป็นพิเศษในผู้ที่มีการทำงานของไตบกพร่อง ที่ไม่สามารถใช้ TDF/FTC หรือ TAF/FTC ได้ และผู้ที่ต้องการใช้ PrEP ชนิดออกฤทธิ์นาน เนื่องจากฉีดทุก 6 เดือน

4.4.3 ประสิทธิภาพ (efficacy) ในการป้องกันเอชไอวี

- ลดความเสี่ยงเอชไอวีลง 96% ถึง 100% เมื่อเทียบกับการไม่ใช้ PrEP ชนิดใดเลย
- ลดความเสี่ยงเอชไอวีลง 89% ถึง 100% เมื่อเทียบกับการใช้ TDF/FTC
- ข้อมูลดังกล่าวได้มาจากโครงการศึกษาวิจัย PURPOSE 1 และ PURPOSE 2 (Bekker et al., 2024; Kelley et al., 2025)

4.4.4 อาการไม่พึงประสงค์

- อาการไม่พึงประสงค์มักจะอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ได้แก่ อันตรกิริยาที่ตำแหน่งฉีดยา และคลื่นไส้

4.4.5 อันตรกิริยาระหว่างยา

- LEN ไม่ควรใช้คู่กับยากันชัก carbamazepine, oxcarbamazepine, phenobarbital, phenytoin และยาวัณโรค rifampicin, rifapentine, rifabutin เนื่องจากทำให้ระดับของ LEN ลดลง
- ระวังผลข้างเคียงของยา sildenafil, tadalafil, simvastatin และสารเสพติด gamma-hydroxybutyrate (GHB) และ ketamine เมื่อมีการใช้ร่วมกับ LEN
- LEN ไม่มีอันตรกิริยาระหว่างยากับฮอร์โมนเพศ
- ***ศึกษาอันตรกิริยาระหว่างยาได้ที่ภาคผนวก ข***

4.4.6 วิธีใช้

- วันที่ 1 รับประทาน LEN 600 มก. และฉีด LEN 927 มก. (3 มล.) ใต้ผิวหนัง โดยแบ่งเป็น 2 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 463.5 มก. (ตำแหน่งละ 1.5 มล.)
- วันที่ 2 รับประทาน LEN 600 มก.
- หลังจากนั้น ฉีด LEN 927 มก. ทุก 6 เดือน (26 สัปดาห์ ± 2 สัปดาห์) ใต้ผิวหนัง โดย แบ่งเป็น 2 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 1.5 มล.
- เมื่อต้องการหยุด LEN แนะนำให้ตรวจเอชไอวี 26 สัปดาห์นับจากเข็มสุดท้าย

ตารางที่ 4.2 ตารางแสดงการเริ่มและติดตาม LEN

วันที่ 1	**วันที่ 2**	**ทุก 26 สัปดาห์ นับจากวันที่ 1**
300 มก. + 300 มก. + 1.5 มล. + 1.5 มล.	300 มก. + 300 มก.	1.5 มล. + 1.5 มล.

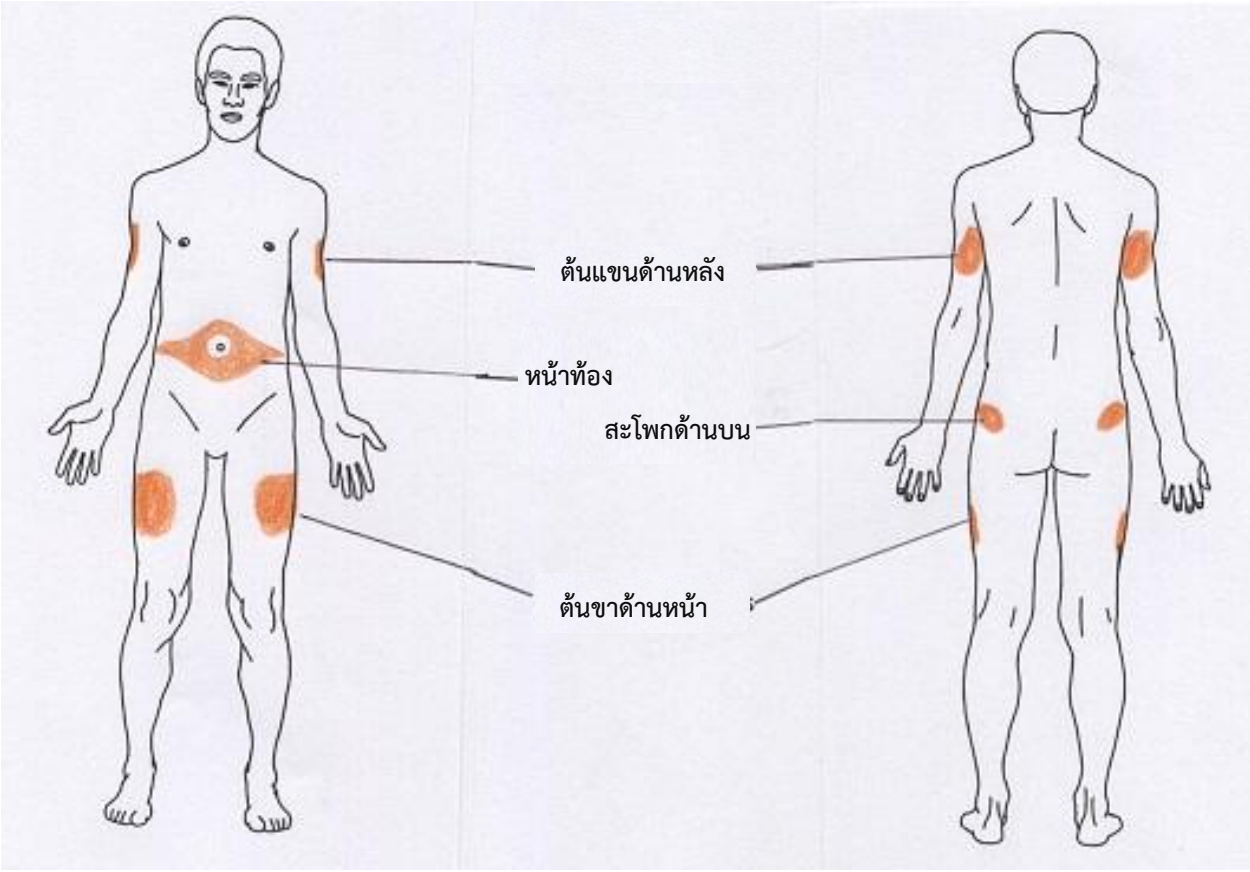
4.4.7 วิธีบริหารยา

- ตำแหน่งฉีดยาใต้ผิวหนัง สามารถฉีดได้ที่หน้าท้อง ต้นขาด้านหน้า สะโพกด้านบน และต้นแขนด้านหลัง
- ความยาวเข็มฉีดยา แนะนำให้ใช้เข็มฉีดยาความยาว 0.5 นิ้ว
- เนื่องจากต้องฉีดยา 2 เข็ม จึงต้องเว้นระยะแต่ละเข็มให้ห่างออกจากกัน เช่น ฉีดที่หน้าท้องคนละส่วน หรือฉีดที่ต้นแขนด้านหลัง คนละข้าง
- แนะนำให้ฉีดตั้งฉากกับผิวหนังให้มากที่สุด ไม่บีบผิวหนังจนแน่นเกินไป และไม่จำเป็นต้องดึงกระบอกฉีดยาดูเลือดก่อนฉีด

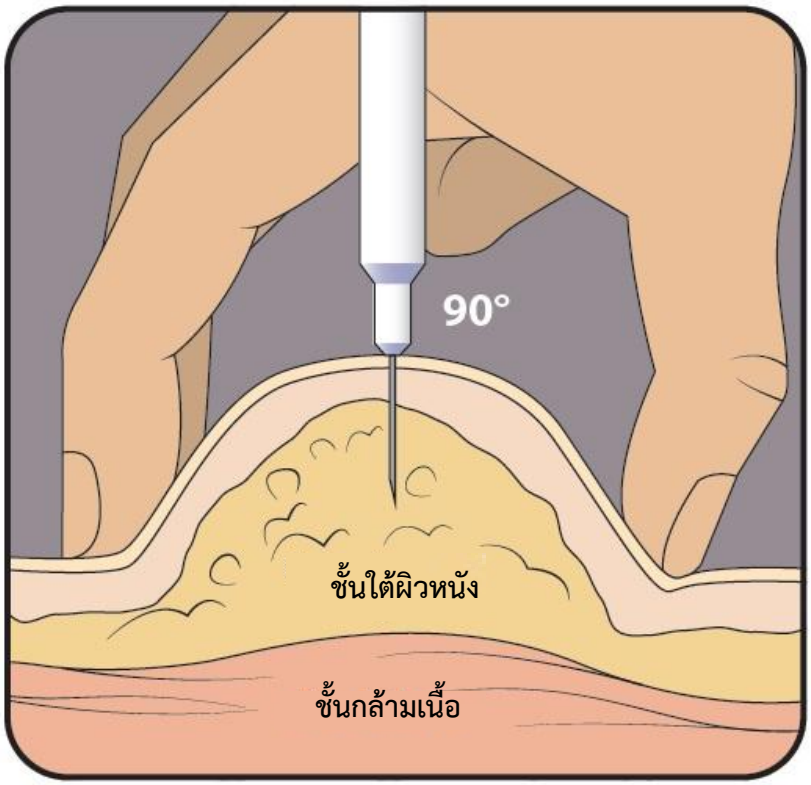
4.4.8 ข้อควรระวัง

- ผู้ที่ใช้ LEN โดยเฉพาะคนผอม อาจพบก้อนยาใต้ผิวหนังนูนออกมา มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ส่งผลต่อรูปลักษณ์ของผู้รับบริการ
- กรณีที่ต้องฉีดในบริเวณที่ยังมีก้อนยาใต้ผิวหนังจากการฉีดครั้งก่อนอยู่ ไม่ควรฉีดทับก้อนเดิม ควรเว้นระยะห่างออกจากกัน

แผนภาพที่ 4.7 ตำแหน่งฉีด LEN



แผนภาพที่ 4.8 การฉีด LEN ใต้ผิวหนัง



4.4.9 ระยะเวลาที่เริ่มออกฤทธิ์ป้องกันเอชไอวี

- ระดับยาในเลือดขึ้นถึงเป้าหมายภายใน 3 วันนับจากวันที่เริ่มใช้ LEN ครั้งแรก
- LEN ออกฤทธิ์ป้องกันเอชไอวีเป็นเวลา 26-28 สัปดาห์ นับจากที่ฉีดเข็มสุดท้าย

4.4.10 ระยะ tail phase และ LEVI

- LEN มี tail phase และ LEVI ได้เช่นเดียวกับ CAB-LA กรุณาอ่านเพิ่มเติมที่หัวข้อ 4.2.11 และ 4.2.12

4.4.11 การจัดการกรณีที่ไม่สามารถฉีด LEN ตามนัด

- หากมาในช่วง 24-28 สัปดาห์นับจากเข็มล่าสุด สามารถฉีด LEN ทุก 26 สัปดาห์ต่อตามปกติ
  - หากไม่สามารถฉีดได้ สามารถให้ LEN ชนิดรับประทาน 300 มก. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (weekly oral bridging) จนกว่าจะสามารถกลับมาฉีด LEN ต่อได้
- หากมาเกิน 28 สัปดาห์นับจากเข็มล่าสุด ให้มี oral overlap ด้วย LEN ชนิดรับประทาน 600 มก. เป็นเวลา 2 วันติดต่อกัน พร้อมกับฉีด LEN 927 มก. ในวันที่ 1 เหมือนการฉีดเข็มแรก

- หากไม่สามารถฉีดได้ สามารถให้ LEN ชนิดรับประทาน 300 มก. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (weekly oral bridging) โดยเริ่มที่ 1 สัปดาห์นับจาก oral overlap จนกว่าจะสามารถกลับมาฉีด LEN ต่อได้

- กรณีที่ไม่มี LEN ชนิดรับประทานสำหรับทำ weekly oral bridging ผู้รับบริการสามารถใช้ PrEP ชนิดอื่นชั่วคราว จนกว่าจะสามารถกลับมาฉีด LEN ต่อได้ดังเดิม

4.4.12 ข้อพิจารณาในกลุ่มประชากรเฉพาะ

- การตั้งครรภ์และให้นมบุตร
  - สามารถใช้ LEN ในขณะตั้งครรภ์และให้นมบุตรได้
- ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด
  - รอข้อมูลศึกษาวิจัยจากโครงการ PURPOSE 4 อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดสามารถใช้ PrEP ชนิดนี้ในการป้องกันเอชไอวีทางการมีเพศสัมพันธ์ได้

4.5 คำถามพบบ่อย

1. เหตุใดจึงแนะนำให้ใช้ TAF/FTC ในเพศกำเนิดหญิงและผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดได้
   - การศึกษาเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์สนับสนุนการใช้งาน (Garrett et al., 2018; Thurman et al., 2021)
   - การศึกษา PURPOSE 1 ในผู้หญิง พบว่าการรับประทาน TAF/FTC อย่างน้อย 2 เม็ดต่อสัปดาห์ลดความเสี่ยงเอชไอวีลงได้ 89% ซึ่งแสดงให้เห็นว่า TAF/FTC มีประสิทธิภาพการป้องกันเอชไอวีที่ดีในประชากรกลุ่มนี้ (Kiweewa et al., 2025; Landovitz et al., 2025)
2. เหตุใดจึงแนะนำให้รับประทาน TAF/FTC แบบ 2:1:1 ได้
   - การศึกษาเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์สนับสนุนการใช้งาน (Herrera et al., 2023)
3. เหตุใดการหยุด TDF/FTC และ TAF/FTC สำหรับเพศกำเนิดหญิงจึงมีคำแนะนำแบบ 2:7
   - การรับประทาน 2:1:1 ส่งผลให้มีสัดส่วนความเข้มข้นของยาในทวารหนักอยู่ในระดับที่เพียงพอได้ถึง 10 วัน แต่ในช่องคลอดกลับอยู่ได้เพียง 3-5 วัน (Cottrell et al., 2016; Dumond et al., 2025)
   - ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดโดยเป็นฝ่ายรับควรรับประทาน PrEP ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วันหลังมีเพศสัมพันธ์ (2:1:1:1) (Dumond et al., 2025) อย่างไรก็ตาม แนวทางฉบับนี้ใช้คำแนะนำแบบเดิม คือ 7 วัน จนกว่าจะมีหลักฐานเพิ่มเติม
   - แนวทางฉบับนี้จัดกลุ่มเพศกำเนิดหญิงให้รับประทาน PrEP แบบ 2:7 เพื่อความง่าย แต่ในความเป็นจริงเพศกำเนิดหญิงที่มีความเสี่ยงเอชไอวีทางทวารหนักเพียงอย่างเดียว สามารถรับประทาน PrEP แบบ 2:1:1 ได้

4. เหตุใดจึงแนะนำให้ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดใช้ TDF/FTC และ TAF/FTC แบบ 2:7
    - ความเสี่ยงทางการใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน มีข้อมูลทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของ Garrett et al. (2018) ระบุว่าสามารถใช้ PrEP ในปริมาณน้อยได้ อย่างไรก็ตาม แนวทางฉบับนี้ใช้คำแนะนำแบบเดียวกับกลุ่มเพศกำเนิดหญิง คือ 2:7 จนกว่าจะมีหลักฐานเพิ่มเติม
5. หากเลือกรับประทาน TDF/FTC และ TAF/FTC ทุกวัน การรับประทานกี่เม็ดต่อสัปดาห์จึงจะถือว่ารับประทานเพียงพอ
    - ความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ทุกช่องทาง ข้อมูลระบุว่าควรรับประทานอย่างน้อย 4 เม็ดต่อสัปดาห์ (Marrazzo et al., 2015; Zhang et al., 2023)
    - ความเสี่ยงทางการใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน อาจต้องการระดับยาน้อยกว่านั้นได้ คือ อย่างน้อย 2 เม็ดต่อสัปดาห์ (Garrett et al., 2018) อย่างไรก็ตาม แนวทางฉบับนี้ใช้คำแนะนำแบบเดียวกัน คือ อย่างน้อย 4 เม็ดต่อสัปดาห์ จนกว่าจะมีหลักฐานเพิ่มเติม
6. ในกรณีที่ต้องรับ PEP แต่มี PrEP อยู่กับตัว เหตุใดจึงแนะนำให้รับประทาน PrEP ที่มี ก่อนไปรับ PEP
    - ผู้ที่มีความเสี่ยงเอชไอวีควรรับประทานยาต้านไวรัสโดยเร็วที่สุด หากคาดว่าช่วงเวลาก่อนการไปรับ PEP อาจใช้เวลานาน การรับประทาน PrEP ที่มีอยู่ 2 เม็ดพร้อมกันก่อนไปรับ PEP จะช่วยให้เพิ่มโอกาสป้องกันเอชไอวีให้สำเร็จได้เป็นอย่างมาก (Zhang et al., 2025)
7. จำเป็นต้องรับประทาน cabotegravir 30 มก. เป็นเวลา 1 เดือน (oral lead-in) ก่อนเริ่มฉีด CAB-LA หรือไม่
    - ไม่จำเป็น สามารถเริ่มฉีด CAB-LA ได้ทันทีโดยไม่ต้องมี oral lead-in เนื่องจากมีความปลอดภัยไม่ต่างกัน (Landovitz et al., 2021)
8. ตรวจสอบอันตรกิริยาระหว่างยาได้อย่างไร
    - ตรวจสอบอันตรกิริยาระหว่างยาได้ที่ภาคผนวก ข และเว็บไซต์ของ University of Liverpool (https://www.hiv-druginteractions.org)

ตารางที่ 4.3 สรุปเปรียบเทียบ PrEP ชนิดต่าง ๆ

หัวข้อ	TDF/FTC	TAF/FTC	CAB-LA	DVR	LEN
ตัวยา	Tenofovir disoproxil fumarate/ emtricitabine	Tenofovir alafenamide /emtricitabine	Cabotegravir	Dapivirine	Lenacapavir
ประสิทธิภาพ	94% ถึง 99%		94%	>50%	96% ถึง 100%
วิธีบริหารยา	รับประทาน		ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก	สอดคาช่องคลอด	ฉีดใต้ผิวหนัง
วิธีเริ่ม	2 เม็ดพร้อมกัน 2-24 ชั่วโมงก่อนมีเพศสัมพันธ์		ฉีด 2 ครั้งแรกห่างกัน 1 เดือน (4 สัปดาห์ ± 1 สัปดาห์)	สอดคาช่องคลอด	วันที่ 1 รับประทาน 2 เม็ด และฉีดใต้ผิวหนัง วันที่ 2 รับประทาน 2 เม็ด
วิธีใช้ต่อเนื่อง	1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุกวัน		ฉีดทุก 2 เดือน (8 สัปดาห์ ± 1 สัปดาห์)	เปลี่ยนห่วงทุก 1 เดือน	ฉีดทุก 6 เดือน (26 สัปดาห์ ± 2 สัปดาห์)
วิธีหยุด	เพศกำเนิดชาย: 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 วันนับจากเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย (**2:1:1**) เพศกำเนิดหญิง เพศกำเนิดชายที่มีช่องคลอดใหม่ และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด: รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 7 วันนับจากเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย (**2:7**)		มีฤทธิ์ป้องกันเอชไอวีเป็นเวลา 8-9 สัปดาห์ นับจากเข็มสุดท้าย	หมดฤทธิ์ป้องกันเอชไอวีทันทีที่ถอดห่วง	มีฤทธิ์ป้องกันเอชไอวีเป็นเวลา 26-28 สัปดาห์ นับจากเข็มสุดท้าย
เวลาที่เริ่มออกฤทธิ์ป้องกันเอชไอวี	2 ชั่วโมง นับจากที่รับประทาน 2 เม็ดพร้อมกัน		1 สัปดาห์ นับจากที่ฉีดครั้งแรก	24 ชั่วโมง นับจากที่สอดห่วงครั้งแรก	3 วัน นับจากที่ฉีดครั้งแรก

หัวข้อ	TDF/FTC	TAF/FTC	CAB-LA	DVR	LEN
อันตรกิริยาระหว่างยา	โดยทั่วไปมีอันตรกิริยาระหว่างยาน้อย	ยากันชักและยาวัณโรคบางชนิด	ยากันชักและยาวัณโรคบางชนิด	โดยทั่วไป มีอันตรกิริยาระหว่างยาน้อย	ยากันชักและยาวัณโรคบางชนิด
การตรวจค่าไต	ตรวจในผู้ที่อายุ ≥50 ปี หรือผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงไตทำงานบกพร่อง		ไม่ต้องตรวจ	ไม่ต้องตรวจ	ไม่ต้องตรวจ
ตั้งครรภ์และให้นมบุตร	ใช้ได้		ใช้ได้	ใช้ได้	ใช้ได้

ตารางที่ 4.4 สรุปข้อพิจารณากลุ่มประชากรเฉพาะ

กลุ่มประชากร	TDF/FTC	TAF/FTC	CAB-LA	DVR	LEN
อายุ < 25 ปี	ใช้ได้ แต่แนะนำ TAF/FTC มากกว่า	✓	✓	✓	✓
ไตทำงานบกพร่อง	ใช้ได้กรณี eGFR ≥ 60 มล./นาที/ 1.73 ม.^{2}	ใช้ได้กรณี eGFR ≥ 30 มล./นาที/ 1.73 ม.^{2}	✓	✓	✓
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	✓	✓	ใช้เพื่อป้องกันเอชไอวีทางการมีเพศสัมพันธ์	ป้องกันได้เฉพาะเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดโดยเป็นฝ่ายรับ	รอข้อมูลศึกษาวิจัยจากโครงการ PURPOSE 4 ขณะนี้ใช้เพื่อป้องกันเอชไอวีทางการมีเพศสัมพันธ์ได้
ตั้งครรภ์และให้นมบุตร	✓	✓	✓	✓	✓
ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	กรณีต้องรักษาระยะยาว ให้รับประทาน PrEP ทุกวัน กรณี **ไม่ต้อง** รักษาระยะยาว เลือกรับประทานแบบ daily หรือ on-demand ก็ได้		แนะนำให้ใช้ TDF/FTC หรือ TAF/FTC เพื่อให้ออกฤทธิ์ต่อไวรัสตับอักเสบบีด้วย		

บทที่ 5 การให้การปรึกษาเรื่อง PrEP

การให้การปรึกษาเรื่อง PrEP (เพร็พ) มีวัตถุประสงค์สำคัญในการสร้างความตระหนักและการรับรู้ รวมถึงเพิ่มความสามารถในการป้องกันเอชไอวี พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการป้องกันเอชไอวีได้ด้วยตนเอง และใช้ PrEP ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

5.1 หลักการสำคัญในการให้การปรึกษาเรื่อง PrEP

การให้การปรึกษา PrEP ที่มีประสิทธิภาพ ต้องคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ครบถ้วน รอบด้าน และให้ทางเลือกในการใช้ PrEP ที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ โดยไม่มุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม PrEP ไม่ได้เพียงช่วยป้องกันเอชไอวีเท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถดูแลสุขภาพของตนและเพิ่มความสุขทางเพศได้ ผู้ให้บริการจึงควรนำหลักการของการตัดสินใจด้วยตนเอง (autonomy) และความสุขทางเพศ (pleasure-based approach) มาใช้เป็นเป้าหมายในการให้การปรึกษาด้วยเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ผู้ให้บริการควรเสนอบริการ PrEP ในฐานะทางเลือกในการป้องกันเอชไอวีในเชิงบวก ควบคู่ไปกับทางเลือกอื่น ๆ ทั้งนี้ ผู้ให้บริการควรตระหนักว่าการป้องกันเอชไอวี รวมถึง PrEP เป็นบริการสุขภาพที่ทุกคนย่อมมีสิทธิในการเข้าถึงโดยไม่ได้จำกัดกลุ่มประชากรหรือเพศ (human rights to health)

ในการเลือกวิธีพูดคุยกับผู้รับบริการ ผู้ให้การปรึกษาควรให้ความเป็นส่วนตัว ซักถามถึงความกังวล ช่วยสะท้อนความคิด และสร้างเสริมความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ โดยใช้ gain-framing message นั่นคือการให้การปรึกษาในเชิงบวก เน้นให้เห็นสิ่งดีที่จะเกิดขึ้น และสิ่งร้ายที่จะไม่เกิดขึ้น หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้อ่านสามารถศึกษาตัวอย่างของ gain-framing message ได้ที่เว็บไซต์ https://www.prepwatch.org/resources/delivering-prep-through-peer-and-community-led-approaches-tools-from-ihri/

5.2 กรอบในการให้การปรึกษาเรื่อง PrEP

หลักการทั่วไปในการให้การปรึกษาเรื่อง PrEP สำหรับบริการ PrEP ทุกรูปแบบ

5.2.1 การให้ข้อมูลเบื้องต้นและแนวคิดเกี่ยวกับการใช้ PrEP เพื่อการป้องกัน

- ประสิทธิภาพในการป้องกันเอชไอวี
- ความแตกต่างระหว่าง PrEP (ป้องกันก่อนเสี่ยง), PEP (เป๊ป, หลังเสี่ยง) และ ART (antiretroviral therapy, รักษา)
- การป้องกันอื่นที่จำเป็น และเน้นว่า PrEP ป้องกันได้เฉพาะเอชไอวี ไม่รวมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ

5.2.2 การประเมินความเสี่ยงและความพร้อม

- การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้สารเสพติด และรวมถึงความเสี่ยงของคู่นอน
- การประเมินความพร้อมต่อผลการตรวจเอชไอวี
- การประเมินความเหมาะสมในการใช้ PrEP แต่ละประเภท เช่น กรณี PrEP ชนิดรับประทาน สามารถเลือกที่จะรับประทานแบบรายวัน (daily) หรือเฉพาะช่วงที่มีความเสี่ยง (on-demand)

5.2.3 การให้ข้อมูลเพื่อเสนอทางเลือกบริการ PrEP (PrEP options)

- การให้ข้อมูลการใช้ PrEP แบบต่าง ๆ ได้แก่
  - PrEP ชนิดรับประทาน ได้แก่ TDF/FTC (ทีดีเอฟ/เอฟทีซี) และ TAF/FTC (แทฟ/เอฟทีซี) สามารถเลือกใช้แบบ daily และแบบ on-demand ได้ตามความต้องการ
    - ➢ ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับการเริ่ม การรับประทานต่อเนื่อง การหยุดระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ป้องกันเอชไอวี ผลข้างเคียง และการติดตามบริการ
  - PrEP ชนิดฉีดที่มีอยู่ในระบบบริการ ได้แก่ CAB-LA (คาร์โบทิกราเวียร์ชนิดออกฤทธิ์นาน) และ LEN (เลนาคาพาเวียร์)
    - ➢ ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับการเริ่ม การฉีดต่อเนื่อง การหยุดระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ป้องกันเอชไอวี ผลข้างเคียง และการติดตามบริการ
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการที่เข้ากับสถานการณ์ของผู้รับบริการ เช่น การใช้ชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง ระบบบริการสาธารณสุขทางไกล (TelePrEP) และการรับ PrEP ต่อที่สถานพยาบาลอื่นที่ผู้รับบริการสะดวก

5.2.4 การให้ข้อมูลทางเลือกในการป้องกันอื่น และวางแผนการป้องกันร่วม

- ให้ข้อมูลและวางแผนการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น
  - การใช้ถุงยางอนามัย
  - การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ
  - การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศึกษาเพิ่มเติมได้ที่บทที่ 3 หัวข้อ 3.4)
  - การใช้ doxy PEP (ศึกษาเพิ่มเติมได้ที่บทที่ 3 หัวข้อ 3.4.3)

- ให้ข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว เช่น
    - การคุมกำเนิด สามารถใช้ถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ชนิดฉีด ชนิดฝัง ฯลฯ ร่วมกับ PrEP ได้ทุกวิธี
    - การฝากครรภ์เมื่อวางแผนมีบุตร หรือกรณีไม่ประสงค์ตั้งครรภ์ สามารถรับบริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยตามสิทธิการรักษาของผู้รับบริการได้

5.2.5 การวางแผนการติดตามและการตรวจสุขภาพ

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจติดตามทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องระหว่างการใช้ PrEP ชนิดที่ผู้รับบริการเลือก เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการติดตามผลข้างเคียง
- การสนับสนุนให้มีวางแผนการใช้ PrEP อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เช่น เทคนิคการจำหรือการเตือนในกรณีใช้ PrEP ชนิดรับประทาน หรือมาฉีด PrEP ชนิดฉีดตามนัด

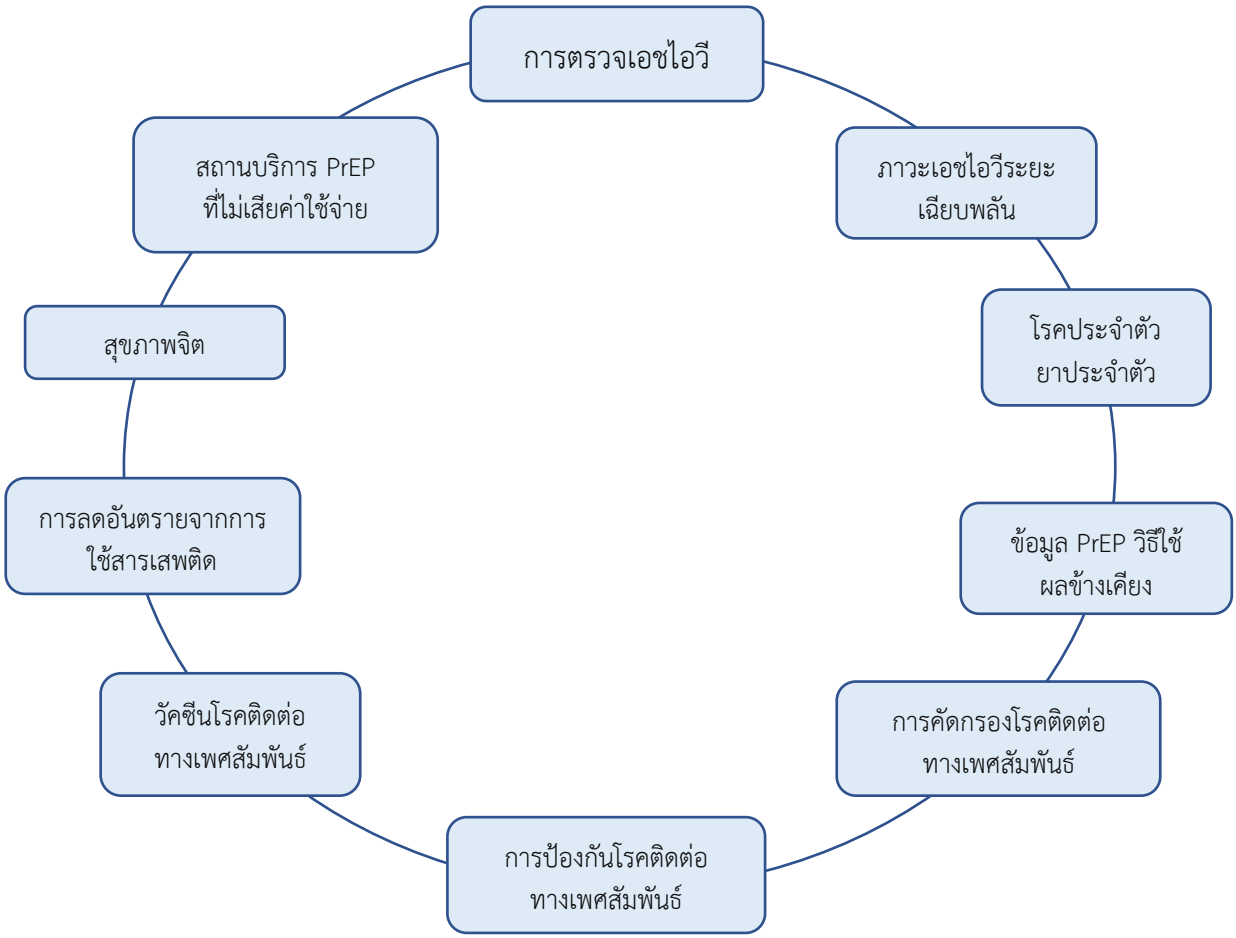
5.2.6 การเตรียมเพื่อหยุด PrEP และการวางแผนเพื่อการป้องกันเอชไอวี

- ให้ข้อมูลการประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจและวางแผนในการหยุด PrEP ทั้งในกรณีตัดสินใจเอง หรือแพทย์พิจารณาให้หยุด
- วางแผนลดความเสี่ยง หรือใช้การป้องกันเอชไอวีด้วยวิธีอื่น กรณีหยุดใช้ PrEP แต่มีโอกาสเสี่ยง
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกลับมาเริ่มใช้ PrEP กรณีมีความจำเป็นหรือความต้องการในการป้องกันเอชไอวี

5.2.7 การให้ข้อมูลและเตรียมตัวเมื่อมีการเปลี่ยนชนิดหรือรูปแบบในการใช้ PrEP

- ให้ข้อมูลและประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนชนิดหรือรูปแบบในการใช้ PrEP เช่น กรณีเปลี่ยนจากการใช้ PrEP ชนิดรับประทานเป็นชนิดฉีด

แผนภาพที่ 5.1 เนื้อหาการให้การปรึกษาเมื่อจ่าย PrEP



5.3 ขั้นตอนในการปรึกษา PrEP

เนื่องด้วยในปัจจุบันมีบริการ PrEP หลากหลายชนิดและมีการให้บริการหลากหลายรูปแบบในการให้การปรึกษา ให้เริ่มจากการเสนอบริการ PrEP แก่ผู้รับบริการ หากผู้รับบริการมีความสนใจใช้ PrEP เพื่อป้องกันเอชไอวี ผู้รับบริการจะเข้าสู่กระบวนการให้การปรึกษาเรื่อง PrEP (PrEP counseling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การซักประวัติ ประเมินความเสี่ยง และประเมินความพร้อม (pre-screening and risk assessment)

- ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์และการใช้สารเสพติด
- สอบถามโรคประจำตัวและยาที่ใช้ประจำ
- ประเมินความพร้อมในการใช้ PrEP

ตัวอย่างคำพูด

“มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันครั้งล่าสุดเมื่อไรคะ/ครับ”

“เคยใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกับผู้อื่นหรือไม่ และใช้ครั้งล่าสุดเมื่อไร”

“ทราบข้อมูล PrEP ไว้อย่างไรบ้าง และคิดว่าตัวเองเหมาะกับ PrEP แบบใด หรือการป้องกันแบบใดบ้าง”

2) การให้การปรึกษาก่อนการเริ่ม PrEP

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ PrEP การป้องกัน ประสิทธิภาพ ผลข้างเคียง และขั้นตอนการติดตาม
- เสริมข้อมูลแก่ผู้รับบริการ กรณีมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน
- ส่งเสริมให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกใช้ PrEP ที่เหมาะกับบริบท ความต้องการ และวิถีชีวิตของตนเอง

ตัวอย่างคำพูด

“PrEP ช่วยป้องกันได้เฉพาะเอชไอวี แต่ไม่ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ หากต้องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ จะต้องใช้การตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ และใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนั้นแล้ว บางโรคก็มีวัคซีนและใช้ doxy PEP ป้องกันได้ด้วยค่ะ/ครับ”

“PrEP เป็นเสมือนยาคุมกำเนิด แต่เป็นยาคุมกำเนิดของเอชไอวี ถ้าใช้ถูกต้องก็สามารถป้องกันเอชไอวีได้ดีมาก”

“PrEP ป้องกันได้เฉพาะเอชไอวีเท่านั้น ไม่ช่วยคุมกำเนิด แต่สามารถใช้ PrEP ควบคู่กับการคุมกำเนิดได้ทุกชนิด และสามารถใช้ PrEP ขณะตั้งครรภ์และให้นมบุตรได้”

3) การให้การปรึกษาเพื่อเริ่ม PrEP

- ให้การปรึกษาก่อนตรวจ และหลังทราบผลเอชไอวี รวมถึงการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ให้การปรึกษาในการเตรียมตัวใช้ PrEP ตามที่ผู้รับบริการเลือก และวางแผนการใช้ PrEP อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ลดความกังวลเกี่ยวกับการใช้ PrEP
- มีการประเมินและการจัดการให้สามารถรับบริการได้ตามนัดหมาย และวางแผนสนับสนุนให้สามารถใช้ PrEP ได้อย่างต่อเนื่อง

ตัวอย่างคำพูด

"ก่อนเริ่ม PrEP จะต้องตรวจเอชไอวีก่อน เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีเอชไอวีอยู่แล้ว และนอกจากเอชไอวีแล้ว ดิฉัน/ผมขอแนะนำให้ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ด้วย เนื่องจากมีโอกาสติดต่อมาพร้อมกัน"

"โดยทั่วไป PrEP มีความปลอดภัย มีผลข้างเคียงน้อย ผลข้างเคียงหายเองได้"

"PrEP ไม่จำเป็นต้องใช้ตลอดชีวิต หากผู้รับบริการคิดว่าไม่มีความจำเป็นต้องใช้ PrEP แล้ว ก็สามารถหยุดได้ค่ะ/ครับ"

"คิดว่าจะมีอะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถใช้ PrEP ได้ตามที่ตั้งใจไว้คะ/ครับ แล้วเราน่ามีวิธีแก้ไขหรือจัดการได้อย่างไรบ้างคะ/ครับ"

4) การให้การปรึกษาในการติดตามเพื่อความต่อเนื่องในการรับบริการ PrEP

- มีการส่งเสริมให้ใช้ PrEP อย่างถูกต้องและรับบริการตามนัดอย่างต่อเนื่อง
- มีการประเมินข้อจำกัดอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการใช้ PrEP และสนับสนุนให้ผู้รับบริการวางแผนในการจัดการ เช่น ลืมใช้ PrEP ลืมมาตามนัด
- มีการประเมินความเสี่ยงและวางแผนการใช้ PrEP ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของผู้รับบริการ

ตัวอย่างคำพูด

"ที่ผ่านมาสามารถมาตามนัดหมาย ได้ต่อเนื่องตามที่คุยกัน และใช้ PrEP ได้ตามที่วางแผนกัน ดีมากเลยนะคะ/ครับ"

"ช่วงนี้มีอะไรที่อาจมีผลต่อการมาตามนัดหรือการใช้ PrEP บ้าง มีวิธีจัดการได้ยังไงบ้างคะ/ครับ ต้องการให้ช่วยอย่างไรไหมคะ/ครับ"

5) ให้การปรึกษาเพื่อหยุดการใช้ PrEP

- มีการประเมินและวางแผนการหยุดใช้ PrEP เช่น การหยุดใช้ PrEP ชนิดรับประทานต่อจากเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย หรือระยะการออกฤทธิ์ป้องกันเอชไอวีนับจากการใช้ PrEP ชนิดฉีดครั้งสุดท้าย
- มีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและเหตุผลในการหยุดใช้ PrEP และวางแผนการป้องกันเอชไอวีด้วยวิธีอื่น
- ให้การปรึกษากรณีกลับมาใช้ PrEP (restarting PrEP)

ตัวอย่างคำพูด

“หากต้องการหยุดใช้ PrEP แล้ว แนะนำให้ตรวจเลือดก่อนหยุดใช้ PrEP ด้วยนะคะ/ครับ”

“หากต้องการกลับมาใช้ PrEP ทางหน่วยบริการของเรายินดีต้อนรับเสมอนะคะ/ครับ เพราะสามารถกลับมารับบริการ PrEP ได้หากประเมินว่าช่วงนั้นอยากใช้ PrEP ป้องกันเอชไอวี”

สำหรับขั้นตอนการให้การปรึกษา PrEP ผู้ให้บริการสามารถพิจารณากระบวนการขั้นตอนและเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการได้ตามความเหมาะสม โดยในปัจจุบันผู้รับบริการอาจมีการหาข้อมูลหรือมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ PrEP จากการให้ความรู้โดยภาคประชาสังคม หรือจากสื่อต่าง ๆ ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาจึงควรทบทวนข้อมูล เติมข้อมูลให้ถูกต้อง สนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถเลือกและวางแผนการใช้ PrEP ได้อย่างเหมาะสม และสนับสนุนให้มีการใช้อย่างต่อเนื่อง กระทั่งตัดสินใจหยุดใช้ PrEP

บทที่ 6 รูปแบบการจัดบริการ PrEP

การจัดบริการ PrEP (เพร็พ) ไม่ได้มีเพียงในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่ยังสามารถจัดบริการได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การจัดบริการ PrEP ที่หน่วยบริการภาคประชาสังคม, การจัดบริการ PrEP นอกสถานที่ และการจัดบริการ PrEP ที่ร้านขายยา เพื่อเข้าถึงกลุ่มคนที่จะได้ประโยชน์จาก PrEP ให้ได้มากที่สุด

ในบทนี้จะกล่าวถึงการจัดบริการ PrEP รูปแบบต่าง ๆ เพื่อเป็นตัวอย่างให้ผู้ให้บริการนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ของตน โดยหลักการให้บริการ PrEP ที่สำคัญนอกจากความปลอดภัย คือ การให้บริการ PrEP ภายในวันเดียว (same-day PrEP) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการป้องกันเอชไอวีโดยเร็วที่สุด

6.1 ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ PrEP

- ผู้รับบริการ
    - ผู้รับบริการสามารถตรวจเอชไอวีและรับ PrEP ได้โดยไม่จำกัดอายุ แนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี พ.ศ. 2557 ของแพทยสภา ระบุว่า ผู้รับบริการที่อายุน้อยกว่า 18 ปี สามารถขอตรวจเอชไอวีเองได้โดยไม่ต้องขออนุญาตผู้ปกครอง
- แพทย์
    - แพทย์ทุกคนสามารถสั่งจ่าย PrEP ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์เฉพาะทาง แพทย์สามารถมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ส่วนอื่น ๆ ให้การปรึกษาและจ่าย PrEP ได้ ภายใต้การดูแลของแพทย์
- นักเทคนิคการแพทย์
    - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- เภสัชกร
    - ดูแลคลังยา จ่าย PrEP ให้คำปรึกษาการใช้ PrEP
- ผู้ให้การปรึกษา/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคม
    - ซักประวัติ ให้คำปรึกษาการใช้ PrEP ดูแลการนัดติดตามและช่วยเหลือผู้รับบริการตามความเหมาะสม

6.2 การให้บริการภายในวันเดียว (Same-Day PrEP)

แนะนำให้จัดบริการ PrEP ภายในวันเดียว เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงการป้องกันเอชไอวีโดยเร็วที่สุด ผู้ให้บริการสามารถเสนอบริการ PrEP แก่ผู้รับบริการโดยตรง หรือรับผู้รับบริการที่ส่งต่อมาจากหน่วยงานอื่น หากยังไม่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ให้บริการสามารถให้ผู้รับบริการไปตรวจทางห้องปฏิบัติการและแจ้งผลภายหลังได้ เพื่อเป็นการลดจำนวนผู้รับบริการที่นั่งรอในสถานที่ และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับบริการ

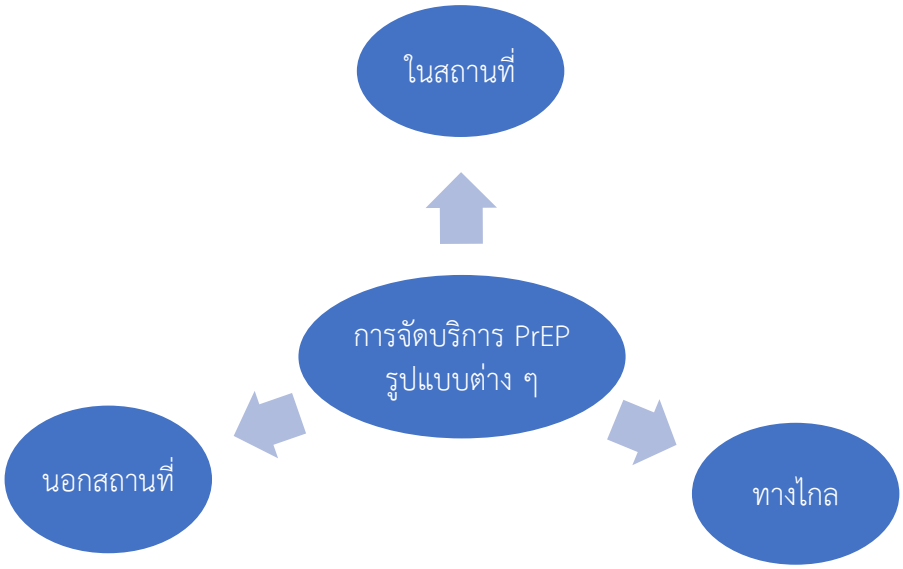
6.3 การให้บริการแบบนิรนาม (Anonymous Services)

การให้บริการ PrEP สามารถให้บริการแบบระบุชื่อเหมือนการให้บริการสุขภาพทั่วไปได้ อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการบางรายต้องการรับบริการแบบไม่ระบุชื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ หน่วยบริการ PrEP หลายแห่งให้บริการลักษณะนี้โดยการใช้อักษรตัวแรกของชื่อและนามสกุล (เช่น นายสมชาย ใจดี ใช้ชื่อย่อเป็น “ส จ”) ร่วมกับวันเดือนปีเกิดและเลขหมายโทรศัพท์ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่ต้องการเปิดเผยชื่อจริงสามารถรับบริการ PrEP ได้

6.4 การจัดบริการ PrEP รูปแบบต่าง ๆ

การจัดบริการ PrEP สามารถจัดได้ทั้งในสถานที่ ทางไกล และหน่วยบริการนอกสถานที่ ผู้รับบริการสามารถสลับไปใช้บริการแต่ละรูปแบบได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้สามารถรับ PrEP ได้อย่างต่อเนื่องเสมอ

แผนภาพที่ 6.1 การจัดบริการ PrEP รูปแบบต่าง ๆ

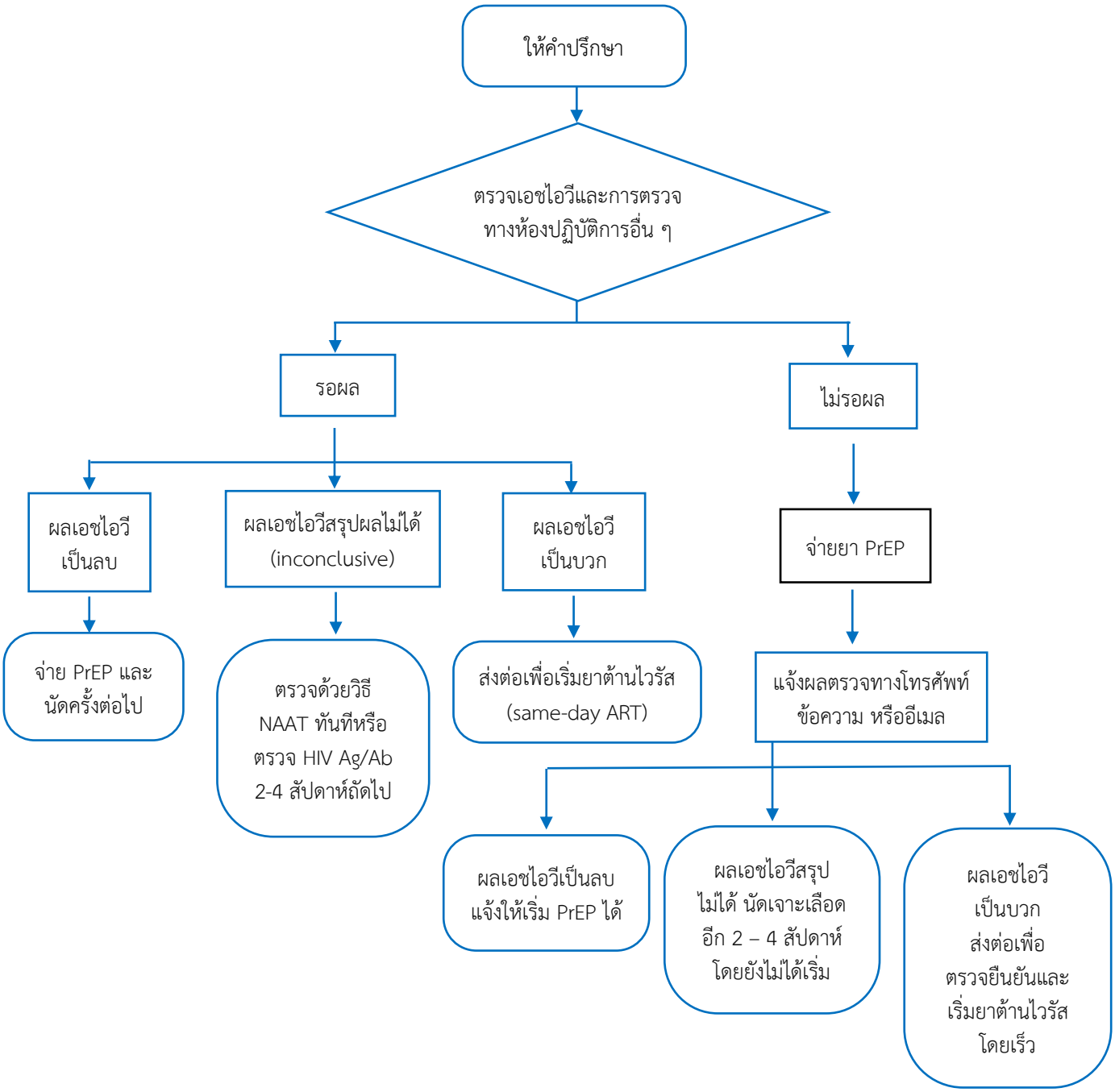


6.4.1 การจัดบริการ PrEP ในสถานที่ (In-Person)

การจัดบริการ PrEP ในสถานที่ ซึ่งอาจเป็นสถานพยาบาล (ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน) ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือร้านขายยา เป็นวิธีที่ง่ายต่อการให้บริการ สามารถให้คำปรึกษา ตรวจร่ายกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ทันที แต่ผู้รับบริการจะต้องเดินทางเข้ามาด้วยตนเองเท่านั้น ทำให้เข้าถึงผู้รับบริการได้ยาก

ในกรณีที่ผลตรวจเอชไอวีเป็นบวก ให้ส่งตัวผู้รับบริการไปตรวจยืนยันผลและเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเร็วที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในวันเดียวกับที่ได้รับผลยืนยัน (หลักการ same-day antiretroviral therapy)

แผนภาพที่ 6.2 ตัวอย่างรูปแบบการจัดบริการ PrEP ในสถานที่และนอกสถานที่ของ PrEP ชนิดรับประทาน



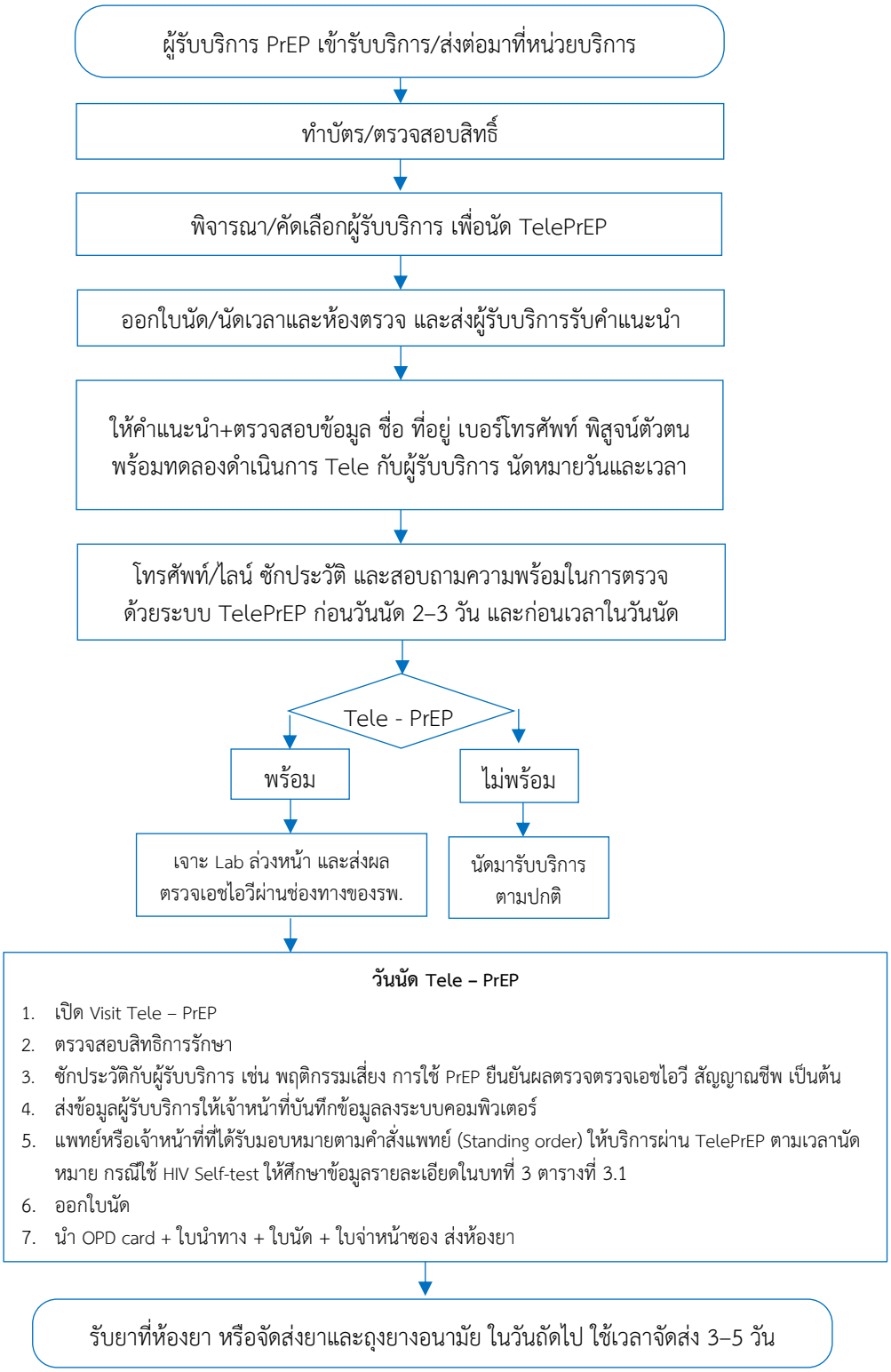
6.4.2 การจัดบริการ PrEP ด้วยระบบบริการสาธารณสุขทางไกล (TelePrEP, Online PrEP, PrEP Delivery)

นอกเหนือจากการให้บริการ PrEP ในสถานที่แล้ว ผู้ให้บริการยังสามารถให้บริการ PrEP ด้วยระบบบริการสาธารณสุขทางไกล ได้อีกด้วย ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้รับบริการที่ไม่สะดวกเดินทางเข้ามายังสถานที่ ซึ่งสามารถใช้ผลตรวจจากห้องปฏิบัติการใกล้บ้าน หรือใช้ชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง (HIVST) ในการเริ่มและติดตาม PrEP ได้ตามดุลพินิจของแพทย์

ในการจัดบริการ TelePrEP เจ้าหน้าที่พึงซักประวัติ ประเมิน และให้คำปรึกษา ในแต่ละ visit และแนะนำเรื่องการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามความเหมาะสม เช่น การจัดส่งสิ่งส่งตรวจ NAAT ของหนองในและคลามิเดียเพื่อมาตรวจคัดกรองที่ห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี), การให้ผู้รับบริการเข้ามารับบริการที่หน่วยบริการในบาง visit เพื่อตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่หน่วยบริการ, การให้ผู้รับบริการไปยังสถานพยาบาลตามสิทธิการรักษาหรือเข้ามายังหน่วยบริการเมื่อมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฯลฯ

เช่นเดียวกับการจัดบริการ PrEP รูปแบบอื่น ๆ หากผลตรวจเอชไอวีเป็นบวก ให้ส่งตัวผู้รับบริการไปตรวจยืนยันผลและเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเร็วที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในวันเดียวกับที่ได้รับผลยืนยัน (หลักการ same-day antiretroviral therapy)

แผนภาพที่ 6.3 ตัวอย่างขั้นตอนการจัดบริการ PrEP ผ่านระบบบริการสาธารณสุขทางไกล (TelePrEP) ของ PrEP ชนิดรับประทาน



6.4.3 การจัดบริการ PrEP ด้วยหน่วยบริการนอกสถานที่ (Mobile PrEP)

การออกหน่วยให้บริการนอกสถานที่ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งในการเข้าถึงผู้รับบริการเชิงรุกให้ได้มากที่สุด โดยสามารถจัดบริการได้ดังแผนภาพที่ 6.1 และใช้ชุดตรวจเอชไอวีได้ทั้ง point-of-care test และ HIVST ตามศักยภาพของหน่วยบริการ

6.5 การจัดบริการ PrEP โดยบุคลากรต่าง ๆ

บริการ PrEP ไม่จำเป็นจะต้องจัดโดยแพทย์เท่านั้น บุคลากรต่าง ๆ สามารถเป็นผู้ให้บริการปรึกษาและจ่าย PrEP ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้ เพื่อให้เข้าถึงผู้รับบริการและจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีรูปแบบการจัดบริการ ดังตัวอย่าง

6.5.1 การจัดบริการ PrEP โดยแพทย์

แพทย์ทุกคน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์เฉพาะทาง สามารถให้บริการ PrEP ได้ที่คลินิกเวชกรรม โรงพยาบาล และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ หรือหน่วยให้บริการอื่น ๆ ของสถานพยาบาล ในบางกรณี แพทย์อาจมีบทบาทเป็นผู้ดูแลให้การปรึกษาแก่บุคลากรอื่น ๆ โดยให้การปรึกษาและจ่าย PrEP ได้ภายใต้การดูแลของแพทย์

6.5.2 การจัดบริการ PrEP ที่นำโดยชุมชน ร่วมกับสถานพยาบาล (Community-led PrEP, in collaboration with health facility)

องค์กรภาคประชาสังคม เป็นส่วนสำคัญในการร่วมจัดบริการเอชไอวี การให้คำแนะนำและสนับสนุนอุปกรณ์รวมถึงนำพาผู้รับบริการ และเครือข่ายเพื่อน เข้าสู่บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคที่เกี่ยวเนื่อง ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี และวัณโรค

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ขับเคลื่อนกลไกสนับสนุนการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน จนเกิดระเบียบกระทรวงสาธารณสุข 3 ฉบับ ในปี พ.ศ. 2562 ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.2537 และพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547 ที่มอบหมายให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม ตามระเบียบกระทวงสาธารณสุขฯ ทั้ง 3 ฉบับ นี้ สามารถจัดบริการด้านเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือคลามิเดีย หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน ภายใต้การดูแลกำกับของผู้ประกอบวิชาชีพทั้ง 3 วิชาชีพในการให้บริการปรึกษาก่อนและหลังการตรวจ การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจเพื่อหาการติดเชื้อ การตรวจหาการติดเชื้อโดยชุดตรวจแบบง่ายและรู้ผลเร็ว การอ่านและรายงานผลการตรวจข้างต้น การส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย และเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา การใช้ยาสามัญประจำบ้านตามกฎหมายว่าด้วยยาและยาที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสั่งจ่ายให้แก่ผู้รับบริการเฉพาะรายเฉพาะคราว (นำยาที่ได้รับจากการจ่าย ไปใช้กับผู้ป่วย โดยการรับประทาน การสูดดม การพ่น การทาให้ถูกต้องตามฉลากยา

ต่อมา ในปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกแนวทางการให้บริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre Exposure Prophylaxis : PrEP) สำหรับสถานพยาบาลและองค์กรภาคประชาสังคม เพื่อให้การดำเนินงานการจัดบริการด้านเอชไอวี โดยเฉพาะความร่วมมือการจัดบริการ PrEP เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยมีรายละเอียดและขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

- **การลงทะเบียน**

ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมชักชวนประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เข้าสู่ชุดบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-Prevention-Retain: RRTTPR และลงทะเบียนรับบริการกับองค์กรภาคประชาสังคม

- **การให้การปรึกษาก่อนการตรวจเลือด และการประเมินก่อนเริ่มให้บริการ PrEP**

ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หรือที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง และได้รับหนังสือรับรองความรู้ความสามารถจากกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ให้บริการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ พร้อมทั้งประเมินความพร้อมและความเข้าใจของผู้รับบริการอย่างถี่ถ้วนตลอดจน ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ PrEP อย่างละเอียดและถูกต้อง โดยต้องอยู่ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

- **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

  - กรณีองค์กรภาคประชาสังคมขึ้นทะเบียนเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์

เมื่อผู้รับบริการได้รับการปรึกษา ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันตัวบุคคล โดยสอบถามชื่อ - นามสกุล หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการและดำเนินการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ทั้งนี้ ให้ส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่สถานพยาบาลที่เป็นคู่บริการ เพื่อดำเนินการบันทึกรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการลงในระบบฐานข้อมูล พร้อมแจ้งเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาและดูแลผู้รับบริการต่อไป

  - กรณีองค์กรภาคประชาสังคมไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์

เมื่อผู้รับบริการได้รับการปรึกษา ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันตัวบุคคล โดยสอบถามชื่อ - นามสกุล หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการและดำเนินการตรวจเอชไอวีโดยใช้ HIVST หรือนัดหมายส่งต่อเพื่อตรวจเอชไอวีและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับคลินิกเทคนิคการแพทย์อื่น ๆ หรือสถานพยาบาลที่เป็นคู่บริการ

- **การตรวจหาผลเลือดเพิ่มเติม**

กรณีต้องการตรวจหาผลเลือดเพิ่มเติม ให้องค์กรภาคประชาสังคมส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลผู้รับบริการให้แก่สถานพยาบาลที่เป็นคู่บริการเพื่อดำเนินการตรวจหาผลเลือดเพิ่มเติมต่อไป

- **การบันทึกข้อมูล**

สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการลงในระบบฐานข้อมูลเวชระเบียน และส่งคำขอใบสั่งยาเพื่อให้แพทย์พิจารณา

- **การพิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย และการสั่งจ่าย PrEP**

ให้แพทย์ประจำสถานพยาบาลพิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วินิจฉัย และสั่งจ่ายยาหรือพิจารณาวิธีการป้องกันอื่น ๆ ให้ผู้รับบริการ

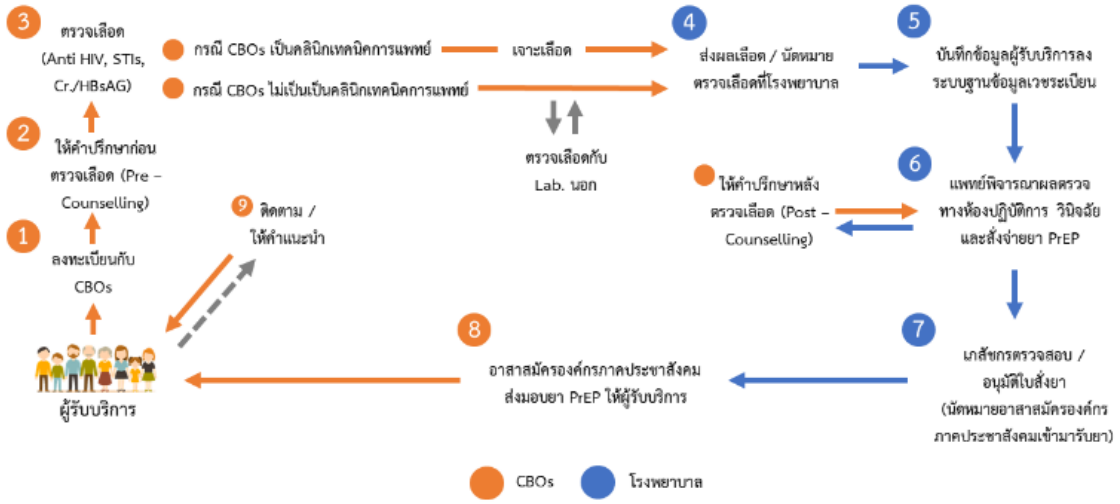
- **การตรวจสอบและอนุมัติใบสั่งยา**

ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมประสานกับเภสัชกรเพื่อรับมอบยาพร้อมฉลากและคำแนะนำในการใช้ยาสำหรับผู้รับบริการ

- **การนัดหมายส่งมอบยาและจัดเก็บยาก่อนส่งมอบ**

องค์กรภาคประชาสังคมที่จัดเก็บยาตามรายละเอียดที่กำหนดไว้ในภาคผนวก ค (แนวทางปฏิบัติการดูแลคลังยาและการส่งมอบยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี [Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP] ให้ผู้รับบริการ) สามารถส่งมอบยาจากคลังยาของตนให้ผู้รับบริการได้ทันที

แผนภาพที่ 6.4 ขั้นตอนการปฏิบัติการให้บริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีสำหรับสถานพยาบาลและองค์กรภาคประชาสังคม



ที่มา: แนวทางการให้บริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) สำหรับสถานพยาบาลและองค์กรภาคประชาสังคม ปี 2566

6.5.3 การจัดบริการ PrEP ที่นำโดยพยาบาล (Nurse-Led PrEP)

พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติที่อยู่ในสถานบริการภาครัฐที่ปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของแพทย์สามารถให้บริการ PrEP โดยการให้คำปรึกษาและจ่าย PrEP ตามแผนภาพที่ 6.2 และ 6.3 โดยปรึกษาแพทย์เมื่อมีข้อสงสัยในการให้บริการ เช่น ข้อพิจารณาในการจ่าย PrEP ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลข้างเคียงของยา เป็นต้น

6.5.4 การจัดบริการ PrEP ที่นำโดยเภสัชกร (Pharmacist-Led PrEP)

ประเทศไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้กำหนดให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี หมายรวมถึงยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) เป็นยาควบคุมพิเศษ อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ก เดิมกำหนดให้ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ และสามารถสั่งจ่ายได้เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น ในปี 2567 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้มีประกาศกองยา เรื่อง คำรับรองของผู้รับอนุญาตยาแผนปัจจุบันในการขึ้นทะเบียนตำรับยา ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2567 โดยมีแนบท้ายประกาศ เรื่อง ช่องทางการจำหน่ายยารักษา โรคเอดส์ ในสถานที่ 3 ประเภท คือ โรงพยาบาล คลินิกเวชกรรม และร้านยาตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว นั่นคือ สามารถจ่ายยาได้ในสถานที่ทั้ง 3 ประเภท เพิ่มเติมจากการสั่งจ่ายได้เฉพาะในโรงพยาบาล จึงเป็นการเพิ่มการเข้าถึงยาต้านเอชไอวีสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

อย่างไรก็ตาม สำหรับแนวทางการขยายการให้บริการยาต้านเอชไอวี ซึ่งรวมถึงการจัดบริการ PrEP ผ่านร้านขายยา โดยเฉพาะในร้านยาที่ได้มาตรฐานหรืออยู่ในเครือข่ายของโรงพยาบาลแม่ข่ายภายใต้นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” อยู่ในระหว่างการหารือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม บทบาทของเภสัชกร การบริหารจัดการยา และประสิทธิภาพการจัดบริการ ภายใต้ระบบที่มีการควบคุมและเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษา ร้านยาในโครงการ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทที่ 7 กระบวนการสร้างความต้องการและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ PrEP

PrEP (เพร็พ) นับเป็นอีกทางเลือกสำคัญในการป้องกันเอชไอวีซึ่งบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยประชาชนต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อใช้บริการได้อย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้น การมีแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างความต้องการ และเข้าถึงบริการ PrEP จึงเป็นส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความต้องการใช้ PrEP รวมถึงหน่วยบริการหรือภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สามารถนำแนวทางไปปรับใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการ สร้างแรงจูงใจ และติดตามประเมินผลให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

7.1 แนวทางการสร้างความต้องการในการใช้บริการ PrEP

7.1.1. สร้างการรับรู้ (Awareness)

- จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น วิดีโอ อินโฟกราฟิก บทความ โพสต์บนโซเชียลมีเดีย ที่เข้าใจง่ายและสื่อถึงประโยชน์ของ PrEP ได้ชัดเจน
- จัดกิจกรรมในชุมชนหรือพื้นที่เสี่ยง เช่น คลินิกเคลื่อนที่ บูทตามงานต่าง ๆ

7.1.2. การให้ความรู้ (Education)

- จัดอบรมหรือเสวนาแบบเข้าถึงง่าย เช่น จัดเวิร์กชอปหรือกิจกรรมกลุ่มย่อย โดยใช้ผู้มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ข้อมูล
- ให้คำปรึกษาอย่างเป็นมิตร โดยสร้างพื้นที่ปลอดภัยในการพูดคุยเรื่องเพศ ความเสี่ยง และการดูแลตัวเอง
- สร้างความเข้าใจว่า PrEP ไม่ใช่สำหรับ “คนมีพฤติกรรมเสี่ยงเท่านั้น” แต่คือเครื่องมือป้องกันที่ใครก็ใช้ได้

7.1.3. การลดอคติและการตีตรา (Stigma Reduction)

- นำเสนอเรื่องราวของผู้ใช้งานจริง ผ่านวิดีโอสัมภาษณ์ บทความ หรือคอนเทนต์เล่าเรื่องราวอย่างจริงใจ
- ใช้คนดังหรืออินฟลูเอนเซอร์ที่กลุ่มเป้าหมายเชื่อถือมาช่วยรณรงค์
- สร้างภาพลักษณ์ใหม่ของ PrEP ว่าเป็นเรื่องของการดูแลสุขภาพ ไม่ใช่ “ผลของการมีเซ็กส์เสี่ยง”

7.1.4. การเข้าถึงบริการ (Access)

- ประชาสัมพันธ์จุดบริการ PrEP ที่ใกล้ที่สุด และมีบริการที่เป็นมิตร
- จัดระบบนัดหมายและติดตามที่สะดวก เช่น นัดผ่านแอปพลิเคชัน LINE
- แนะนำในการใช้ PrEP ด้วยภาษาถิ่น หรือภาษาที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน
- การคัดกรองเป็นประจำ เพื่อสนับสนุนให้มีการประเมินความเหมาะสมในการใช้ PrEP อย่างต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง

7.1.5. การติดตามและสร้างความต่อเนื่อง (Retention)

- ติดตามผลเป็นระยะ พร้อมให้กำลังใจและปรับแผนการใช้ PrEP ตามสถานการณ์
- สร้างชุมชนผู้ใช้ PrEP เช่น กลุ่ม Facebook หรือ LINE เพื่อเป็นที่แลกเปลี่ยนความรู้ สนับสนุนซึ่งกันและกัน

7.2 แนวทางส่งเสริมการเข้าถึง PrEP

7.2.1. เพิ่มจุดบริการ PrEP ที่เข้าถึงง่าย

- เพิ่มความครอบคลุมบริการ PrEP ไปยังหน่วยบริการที่เป็นมิตรกับกลุ่มเป้าหมาย
- จัดบริการ PrEP นอกสถานที่ เช่น แหล่งท่องเที่ยวกลางคืน
- ตั้งบูทบริการในงานกิจกรรม เช่น เทศกาล Pride Month งานกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะ

7.2.2. ทำให้การเริ่มต้นใช้งานง่ายขึ้น

- จัดโปรแกรม “PrEP One-Stop” ตรวจ-ให้คำปรึกษา-รับยา ได้ในครั้งเดียว
- มีบริการ walk-in ไม่ต้องนัด โดยเฉพาะในพื้นที่เมือง
- พัฒนาระบบนัดหมายออนไลน์ เช่น ผ่านแอปพลิเคชัน LINE หรือเว็บไซต์ของสถานบริการ
- เพิ่มบริการนอกเวลา วันเสาร์-อาทิตย์ วันหยุดนักขัตฤกษ์
- การให้บริการระบบบริการสาธารณสุขทางไกล (TelePrEP)

7.2.3. ให้บริการที่เป็นมิตร

- อบรมบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถให้บริการที่เป็นมิตรและเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย
- มีมุมรับบริการแยก/ไม่เปิดเผยตัว เช่น จุดเฉพาะสำหรับ ประชากรกลุ่มเฉพาะ วัยรุ่น หรือผู้ใช้บริการครั้งแรก
- ใช้คำสื่อสารที่ไม่ตัดสิน เช่น “ดูแลสุขภาพทางเพศ” “เลือกใช้ PrEP เพื่อความอุ่นใจ” เป็นต้น

7.2.4. การมีส่วนร่วมของชุมชน

- ร่วมมือกับภาคประชาสังคมหรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการให้คำปรึกษา/กระตุ้นการเข้ารับบริการ
- สร้างพี่เลี้ยงชุมชนเพื่อช่วยแนะนำและพาไปใช้บริการ
- มีจุดรับยา PrEP ที่ชุมชนหรือศูนย์ที่กลุ่มเป้าหมายคุ้นเคย

7.2.5. สื่อสารอย่างต่อเนื่อง

- ทำแคมเปญ PrEP ที่สื่อสารว่า “ไม่ใช่แค่คนมีความเสี่ยงสูงถึงใช้” แต่ “ใครที่ต้องการดูแลสุขภาพตนเองก็ใช้ได้”
- ผลิตคลิปสั้น เพื่ออธิบายการใช้งานง่าย ๆ เช่น ต้องกินกี่วัน? หยุดใช้ได้ไหม? ใช้ร่วมกับถุงยางได้หรือไม่?

7.2.6. ติดตามผลต่อเนื่อง

- มีระบบติดตามผล เช่น การเตือนวันนัดผ่านแอปพลิเคชัน LINE หรือ SMS
- แจกของที่ระลึกให้กับคนที่มาต่อเนื่อง เช่น บัตรสะสมแต้ม เสื้อ I’m on PrEP

7.3 แนวทางการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการเข้าถึง PrEP

7.3.1. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และเป็นมิตร

- หลีกเลี่ยงคำพูดที่ดูตัดสิน เช่น “พฤติกรรมเสี่ยง” เปลี่ยนเป็น “สถานการณ์ที่มีความเป็นไปได้ในการรับเอชไอวี”
- ใช้คำที่ฟังแล้วรู้สึกว่า “PrEP = การดูแลตัวเอง” เช่น “ดูแลสุขภาพทางเพศของคุณด้วย PrEP”
- “PrEP คือเกราะป้องกันล่วงหน้า – เพื่อความมั่นใจในทุกความสัมพันธ์”

7.3.2. ปรับข้อความให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย หรือตามบริบทของพื้นที่

- วัยรุ่น/นักศึกษา ควรเป็นสื่อสดใส เช่นการใช้ มีม คลิป เกม พูดเรื่องรัก เซ็กส์ ความมั่นใจ
- กลุ่มประชากรเฉพาะใช้คำที่เป็นกลางทางเพศหรือเป็นมิตร ใช้ตัวแทนที่กลุ่มเชื่อถือ เช่น influencer, YouTuber, drag queen
- คู่รัก สื่อสารเรื่อง PrEP ช่วยปกป้องคนที่เรารัก และทำให้รักกันได้อย่างปลอดภัย
- แรงงานข้ามชาติ ใช้ภาษาท้องถิ่นหรือพาร์ตเนอร์จากชุมชนตัวเองช่วยสื่อสาร

7.3.3. ใช้ช่องทางสื่อสารที่กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงได้

- ใช้สื่อสังคมออนไลน์เผยแพร่เรื่องราวที่สร้างแรงบันดาลใจผ่านแพลตฟอร์มยอดนิยม เช่น Facebook, TikTok, Instagram, X และ YouTube
- ผลิตวิดีโอสั้น มีม อินโฟกราฟิก หรือแชร์เรื่องจริงจากผู้ใช้ PrEP
- สื่อรูปแบบออฟไลน์ เช่น โปสเตอร์ติดตามคลินิกทั่วไป โรงเรียน ผับบาร์ คอนโดมิเนียม
- วิทยุท้องถิ่น หรือเสียงตามสายสำหรับพื้นที่ชนบท
- ช่องทางตอบคำถาม หรือให้คำปรึกษา เช่น บัญชีทางการของ LINE นอกจากนี้สามารถใช้สื่อสารข้อมูลและนัดหมายรับ PrEP ได้เลย

7.3.4. เน้นสื่อแบบ “เล่าเรื่อง” คนจริง

- บอกเล่าเรื่องราวของผู้ใช้ PrEP ที่หลากหลาย เช่น นักศึกษาที่ใช้ PrEP เพราะเริ่มมีแฟน, คนทำงานกลางคืนที่อยากป้องกันตัวเอง, คู่รักผลเลือดต่างที่เลือก PrEP เพื่ออยู่ร่วมกันอย่างแน่นแฟ้น

7.3.5. เน้น “ข้อดีของ PrEP” มากกว่าความกลัว

- สร้างภาพเชิงบวกให้การใช้ PrEP เป็นทางเลือกสำคัญในการป้องกันเชื้อเอชไอวี แทนที่จะพูดว่า “ถ้าไม่ใช้ PrEP อาจติดเชื้อ” ให้เปลี่ยนเป็น “PrEP ช่วยให้คุณมั่นใจ ไม่ต้องกังวลเรื่องเอชไอวี”
- ชูเรื่อง อิสระ ความมั่นใจ ความรักที่ปลอดภัย ความสุขทางเพศ ไม่ใช่แค่ “ยา”

7.3.6. สื่อสารซ้ำ ๆ และต่อเนื่อง

- ใช้คอนเทนต์รูปแบบหลากหลาย บนเรื่องเดียวกัน เช่น คลิป โพสต์ แบบสำรวจ อินโฟกราฟิก เพื่อจับกลุ่มที่หลากหลาย
- ยิงโฆษณาเจาะกลุ่ม แต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ชายอายุ 18–30 ปี ในกรุงเทพฯ ที่สนใจสุขภาพเพศ

7.3.7. เปิดช่องทางถาม-ตอบแบบไม่อาย

- มีแชตบอต กล่องสนทนา แอปพลิเคชัน LINE ให้สอบถามเรื่อง PrEP ได้แบบส่วนตัว
- จัดถ่ายทอดสดถาม-ตอบกับแพทย์หรือผู้ใช้จริง โดยเปิดให้ส่งคำถามแบบไม่ระบุตัวตน

7.4 ระดับกลยุทธ์การสื่อสารและการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ PrEP

7.4.1 ระดับประเทศ

เป้าหมาย: กำหนดนโยบาย/ทิศทาง รวมทั้งสร้างความตระหนักในวงกว้าง

<u>แนวทางการสื่อสาร</u>

- จัดแคมเปญระดับประเทศ เช่น “PrEP for Thailand”
- ทำคลิปโฆษณาโทรทัศน์ YouTube วิทยุ ป้ายทางด่วน
- สื่อสารผ่านคนดัง/ผู้นำความคิด (key opinion leader, KOL)/influencer ระดับประเทศ
- แถลงข่าวร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรภาคี เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ
- สื่อสารเชิงนโยบายว่า PrEP เป็นบริการที่ “ทุกคนมีสิทธิ์เข้าถึง”
- สร้างภาพลักษณ์ที่เป็นกลางและเป็นมิตร เช่น “PrEP = ปกป้องด้วยตัวเอง”

7.4.2 ระดับเขต/ภูมิภาค

เป้าหมาย: ประสานการทำงานระหว่างจังหวัด/ภาค และกระจายข้อมูลแบบเจาะพื้นที่

<u>แนวทางการสื่อสาร</u>

- ประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้นำสาธารณสุขเขต/ภาค เพื่ออธิบายกลยุทธ์การสื่อสาร
- ร่วมมือกับสถานีวิทยุ/โทรทัศน์ท้องถิ่น ออกสื่อเป็นภาษาถิ่น
- สนับสนุนทีมสื่อสังคมออนไลน์ของเขตในการทำเพจ “PrEP ในภาค...”
- ส่งชุดเครื่องมือ/ชุดสื่อให้แต่ละจังหวัดนำไปปรับใช้ได้
- เชิญผู้มีชื่อเสียงในภาคนั้น ๆ ช่วยรณรงค์ เช่น YouTuber ภาคอีสาน นักร้องลูกทุ่ง

7.4.3 ระดับจังหวัด

เป้าหมาย: ปรับสื่อให้เข้ากับบริบทในจังหวัด และกระตุ้นให้คนกล้าใช้บริการ

<u>แนวทางการสื่อสาร</u>

- ผลิตสื่อท้องถิ่น เช่น ป้ายในโรงพยาบาล หรือออกบูทในงานประจำปีจังหวัด
- รณรงค์ผ่านเพจสุขภาพของจังหวัด เช่น “สสจ. นนทบุรีรักสุขภาพ”
- มีเพจ/บัญชีทางการของ LINE สำหรับให้ข้อมูลและนัดหมายในพื้นที่
- เชิญผู้ใช้ PrEP ที่เป็นคนในจังหวัดมาร่วมแลกเปลี่ยนเรื่องราว
- ประสานโรงเรียน มหาวิทยาลัย และภาคธุรกิจท้องถิ่น ในการเผยแพร่สื่อ

7.4.4 ระดับชุมชน

เป้าหมาย: เข้าถึงคนในชุมชนแบบเป็นกันเอง ไม่ขัดเขิน

แนวทางการสื่อสาร

- ใช้ peer หรือผู้นำชุมชน เช่น อาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), พี่เลี้ยงสุขภาพ, แกนนำประชากรกลุ่มเฉพาะ ร่วมกับการสื่อสารผ่านการพูดคุย กิจกรรมกลุ่มเล็ก หรือกลุ่ม LINE
- จัดกิจกรรม “PrEP Talk” ในวัด ศูนย์ชุมชน ตลาด
- มีโปสเตอร์/ป้ายไวนิลในชุมชน ใช้ภาพคนในพื้นที่จริง
- สื่อเสียงตามสาย เช่น เสียงประชาสัมพันธ์ช่วงเช้าในชุมชน
- เน้นว่าบริการ “ฟรี ไม่อาย ไม่ถูกถามเยอะ”

7.4.5 ระดับหน่วยบริการ

เป้าหมาย: ทำให้คนกล้ามารับบริการ และกลับมาใช้อย่างต่อเนื่อง

แนวทางการสื่อสาร

- จัดมุม “PrEP Friendly” ในคลินิก เป็นมิตร ไม่ต้องลงทะเบียนซับซ้อน
- มีแผ่นพับ/โปสเตอร์แนะนำ PrEP อย่างย่อ พร้อมรหัสคิวอาร์สำหรับนัดหมาย
- ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนสื่อสารแบบไม่ตีตรา
- มีสื่ออินโฟกราฟิกง่าย ๆ เช่น “PrEP คืออะไร?” “ใครควรใช้?” “เริ่มยังไง?”
- ทำบัญชีทางการของ LINE สำหรับการนัดหมาย แจ้งเตือนนัด และตอบคำถาม
- แต่งตั้ง “พี่เลี้ยง PrEP” หรือเจ้าหน้าที่ที่ปรึกษาประจำ

7.5 ตัวอย่างกิจกรรมการสื่อสาร เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการ PrEP

ตัวอย่างที่ 1 กิจกรรม: Road Show “PrEP คืออะไร?”

เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ (Awareness) สื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยให้ความรู้เรื่อง PrEP

รูปแบบ ทีมอาสาสมัคร/บุคลากรสุขภาพเคลื่อนที่ไปตามมหาวิทยาลัย แหล่งชุมชน บาร์ หรือพื้นที่ที่กลุ่มเป้าหมายรวมตัวกัน

องค์ประกอบ

- ป้ายอินโฟกราฟิกเข้าใจง่าย
- แจกแผ่นพับที่มีความรู้เรื่อง PrEP โดยมีรหัสคิวอาร์เป็นลิงก์เข้ารับข้อมูลเพิ่มเติม/นัดรับ PrEP

- จัดมุมถ่ายภาพเพื่อให้เกิดการเผยแพร่ทางสื่อสังคมออนไลน์ พร้อมใส่แฮชแท็ก (#) ของแคมเปญ เช่น #PrEP เป็นต้น
- แบบทดสอบพฤติกรรมเสี่ยง พร้อมคำแนะนำส่วนบุคคล

ตัวอย่างสื่อที่เผยแพร่

ที่มา กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สามารถดาวน์โหลดสื่อต้นแบบเพิ่มเติมได้ที่ https://ddc.moph.go.th/das/publishinfo.php?info

ตัวอย่างที่ 2 กิจกรรม: Workshop “รู้จริงเรื่อง PrEP”

เป็นการให้ความรู้ (Education) โดยให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายสามารถร่วมกิจกรรมนำไปสู่การตัดสินใจและเข้าถึงบริการ PrEP ได้

รูปแบบ กลุ่มย่อย 10-20 คน (จัดออนไลน์หรือออนไซต์ก็ได้)

องค์ประกอบ

- วิทยากรผู้เชี่ยวชาญและคนที่ใช้ PrEP จริง
- เกม/กิจกรรมตอบคำถามเกี่ยวกับ PrEP เช่น Quiz Kahoot!
- สถานการณ์จำลอง (Roleplay) การขอ PrEP ตั้งแต่พบหมอ จนถึงขั้นพูดคุยกับแฟน
- ช่วงถาม-ตอบ เปิดใจ ถามได้ทุกเรื่อง
- แจก PrEP Pocket สมุดคู่มือ ของที่ระลึก/ลิงก์คลินิกใกล้บ้าน

<u>ตัวอย่างที่ 3</u> กิจกรรม: แคมเปญ “PrEP = การรักตัวเอง”

เป็นการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้สื่อ social media เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ สร้างความตระหนัก ให้เกิดความต้องการในการใช้บริการ PrEP

<u>รูปแบบ</u> สื่อออนไลน์ผ่าน TikTok Facebook Instagram

<u>องค์ประกอบ</u>

- วิดีโอสัมภาษณ์ผู้ใช้ PrEP จริง
- บทความเล่าเรื่อง ทำไมเขาเริ่มใช้ PrEP และมันเปลี่ยนชีวิตยังไง
- ทำมีมหรือคำพูดเจ๋ง ๆ เกี่ยวกับการดูแลตัวเอง
- รณรงค์ให้แชร์พร้อม ใส่แฮชแท็ก #รักตัวเองใช้PrEP
- ถ่ายทอดสด/ถาม-ตอบ กับผู้เชี่ยวชาญผ่านเพจ Facebook หรือ TikTok ของหน่วยงาน ผ่านหัวข้อ เช่น “ใช้ PrEP แล้วปลอดภัยจริงไหม”, “ต้องกินทุกวันไหม?” และเปิดให้ผู้ชมถามแบบไม่เปิดเผยตัวตน
- สร้างวิดีโอสั้น (Reel/TikTok) นำเสนอ “สถานการณ์เสี่ยงที่ไม่รู้ตัว” เช่น มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ ไม่ได้วางแผนไว้ก่อน

นอกจากการสร้างความต้องการทางฝั่งของผู้รับบริการแล้ว ผู้ให้บริการต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ PrEP และช่วยคลายความกังวลในการรับ PrEP ให้แก่ผู้รับบริการ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการป้องกันเอชไอวีอย่างทั่วถึง

บทที่ 8 แนวทางการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน PrEP

PrEP ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย โดยประเทศได้ใช้ตัวชี้วัดที่กำหนดจากองค์การระหว่างประเทศควบคู่กับระบบการติดตามภายในประเทศ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานในระดับประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัด ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเป้าหมาย “ยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573”

8.1 วัตถุประสงค์ในการติดตาม ประเมินผลและรายงานการจัดบริการ PrEP

เพื่อติดตามความก้าวหน้า และประสิทธิภาพของการดำเนินงานการจัดบริการPrEP โดยคำนึงถึงคุณภาพและการปรับปรุงการดำเนินการจัดบริการ ทั้งนี้จะนำไปสู่การใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในระดับการจัดการและนโยบาย จนถึงการจัดการทรัพยากรต่าง ๆ ให้เหมาะสม

8.2 เป้าหมาย และตัวชี้วัดในการดำเนินงานการจัดบริการ PrEP

เป้าหมายของการให้บริการ PrEP มีเป้าหมายหลัก ดังนี้

1. ลดจำนวนผู้อยู่ร่วมเอชไอวีรายใหม่ โดยการขยายบริการ PrEP ให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างแท้จริง
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการการป้องกันเอชไอวีที่มีคุณภาพ โดยทำให้บริการ PrEP มีมาตรฐาน เข้าถึงง่าย เหมาะสมกับบริบททางเลือกในการป้องกันของกลุ่มประชากร
3. ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม ผ่านการให้การปรึกษา และการใช้ PrEP ควบคู่กับมาตรการป้องกันอื่น เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การตรวจหาเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างสม่ำเสมอ
4. สร้างความยั่งยืนในระบบบริการ และนโยบาย โดยให้ PrEP เป็นบริการในระบบสุขภาพ มีกลไกการติดตามและประเมินผล และมีการประสานงานร่วมของเครือข่ายภาคส่วนต่างๆในการสนับสนุนบริการให้มีความต่อเนื่อง

โดยในข้อเสนอเพื่อเป็นกรอบในการตั้งเป้าหมายของ Global HIV Target (Global HIV Target setting for 2030, 28 March 2025, UNAIDS) ได้ระบุให้ PrEP เป็นเป้าหมายหนึ่งในการขยายทางเลือกในการป้องกันเอชไอวีแบบผสมผสานร่วมกัน ทั้งด้านชีวการแพทย์ (biomedical) ระบบโครงสร้าง และการดำเนินงานเชิงพฤติกรรม โดยระบุว่า

- 90% ของผู้ที่มีความต้องการในการป้องกัน สามารถใช้ทางเลือกในการป้องกันอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) การป้องกันหลังการสัมผัส (PEP) ถุงยางอนามัย โปรแกรมเข็ม/เข็มฉีดยา (NSP) และการลดอันตรายจากสารเสพติด

- 50% ของผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี (รวมถึงประชากรหลัก) สามารถใช้ทางเลือกในการป้องกันที่มีประสิทธิภาพและใช้ ARV : PrEP แบบรับประทาน, PrEP ชนิดออกฤทธิ์นาน, PEP (โดยมีระดับเป้าหมายที่สอดคล้องกับระบาดวิทยาและทางเลือกของประชาชน)
- 95% ของคนที่มีความต้องการใช้ PrEP สามารถเข้าถึงและได้รับบริการ

8.3 เป้าหมายเชิงตัวชี้วัดในบริการ PrEP

ตัวชี้วัดระดับสากลที่ใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานด้าน PrEP (Pre-exposure Prophylaxis) ตามแนวทางของ UNAIDS และ WHO ได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับเป้าหมายการยุติการระบาดของเอดส์ภายใน พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) โดยตัวชี้วัดสำคัญได้แก่ จำนวนผู้เริ่มใช้ PrEP รายใหม่ในแต่ละปี, อัตราการคงอยู่ในการใช้ PrEP (Retention), และการเข้าถึงบริการ PrEP ในกลุ่มประชากรหลัก (Key Population) ซึ่งรวมถึง SW (พนักงานบริการ), PWID (ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด) และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะอื่นๆ เช่นคู่ของผู้มีเชื้อ นอกจากนี้ยังมีการวัดความครอบคลุมของ PrEP ในเชิงร้อยละของกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ PrEP เทียบกับกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ตัวชี้วัดเหล่านี้ปรากฏในเอกสาร Global AIDS Monitoring 2025 ของ UNAIDS และ WHO PrEP Implementation Tool ซึ่งให้แนวทางทั้งด้านการดำเนินงานและระบบข้อมูลสำหรับการติดตามและประเมินผล ทั้งนี้ เพื่อสนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ สามารถพัฒนาและปรับปรุงนโยบายด้าน PrEP ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเท่าเทียม โดยสรุปตัวชี้วัดระดับสากล เพื่อตั้งเป้าหมายเชิงปริมาณหรือเชิงตัวชี้วัด ประกอบด้วย

- ร้อยละของกลุ่มประชากรเป้าหมายที่เข้าถึงบริการ PrEP ภายในปี 2030
- จำนวนผู้ใช้ PrEP รายใหม่ต่อปี
- อัตราการคงอยู่ในระบบบริการ (PrEP Retention Rate)
- ความครอบคลุมของบริการ PrEP ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย
- อัตราการติดเชื้อ HIV รายใหม่ในกลุ่มผู้ใช้ PrEP

ทั้งนี้ประเทศสามารถตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดในการติดตามและประเมินผลบริการ PrEP ดังนี้

ตารางที่ 8.1 คำนิยามตัวชี้วัด PrEP ที่ใช้ในการติดตามการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	คำนิยาม	การวัด
1. จำนวนผู้ได้รับ PrEP ครั้งแรกในชีวิต (PrEP Naïve)	จำนวนผู้ที่เริ่มต้นการใช้ยา PrEP เป็นครั้งแรกในชีวิต ในช่วงปี	จำนวนผู้ที่ได้รับ PrEP ครั้งแรกในชีวิตในช่วงเวลาที่กำหนด
2. ร้อยละของกลุ่มประชากรเป้าหมายได้รับ PrEP	อัตราส่วนของจำนวนประชากรเป้าหมายได้รับยา PrEP อย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาที่กำหนด เทียบกับจำนวนประชากรเป้าหมายทั้งหมด	**ตัวตั้ง:** จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (ราย) ในช่วงเวลาที่กำหนด **ตัวหาร:** จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด
3. จำนวนหน่วยบริการที่ให้บริการ PrEP (Service Delivery Sites)	จำนวนสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับการรับรองและมีการจัดบริการ PrEP ให้แก่กลุ่มประชากรเป้าหมาย ซึ่งรวมถึงโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก หรือองค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข	จำนวนหน่วยบริการทั้งหมดที่ให้บริการ PrEP ในช่วงเวลาที่กำหนด
4. จำนวนผู้ใช้ PrEP ต่อเนื่อง (Active PrEP users)	จำนวนผู้ที่เข้าถึงและได้รับยา PrEP อย่างสม่ำเสมอในช่วงเวลาที่กำหนดตามคำแนะนำของแพทย์	จำนวนผู้ที่ได้รับยา PrEP ต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด
5. อัตราการคงอยู่ในการใช้ PrEP (PrEP Retention Rate)	ร้อยละของผู้ที่เริ่มใช้ยา PrEP และยังคงได้รับยาอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาที่กำหนด เช่น ที่ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 9 เดือน หรือ ที่ 12 เดือน	**ตัวตั้ง:** จำนวนผู้ที่คงอยู่ในการใช้ PrEP (Active PrEP users) **ตัวหาร:** จำนวนผู้ที่เริ่มต้นใช้ PrEP ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด
6. ความครอบคลุม บริการ PrEP (PrEP Coverage Rate)	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับยา PrEP อย่างสม่ำเสมอในพื้นที่หรือช่วงเวลาที่กำหนด	**ตัวตั้ง:** จำนวนผู้ที่ได้รับยา PrEP อย่างต่อเนื่อง (Active PrEP users) **ตัวหาร:** จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

ตัวชี้วัด	คำนิยาม	การวัด
7. สัดส่วนผู้ที่ได้รับ PrEP ตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย	ร้อยละของจำนวนผู้ที่ได้รับ PrEP ที่แบ่งตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย	**ตัวตั้ง:** จำนวนผู้ที่ได้รับ PrEP ในแต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมายในช่วงเวลาที่กำหนด **ตัวหาร:** จำนวนผู้ที่ได้รับ PrEP ทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด
8. จำนวนการติดเชื้อ HIV รายใหม่ในผู้ใช้ PrEP (PrEP Seroconversion Count)	จำนวนรวมของผู้ที่ใช้ยา PrEP และได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ HIV เป็นครั้งแรกในระหว่างที่รับ PrEP	จำนวนผู้ใช้ PrEP ที่มีการติดเชื้อ HIV รายใหม่ (HIV Seroconversion)

8.4 ระบบสารสนเทศสำหรับการติดตามงาน PrEP ในประเทศไทย

ระบบติดตามการดำเนินงาน PrEP ของประเทศไทยใช้ฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศระดับประเทศหลัก ได้แก่ 1) NAP (National AIDS Program) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลผู้ใช้บริการด้านเอชไอวี ทั้งหน่วยงานรัฐ เอกชน และ CBO, 2) Health Data Center (HDC) ที่รวบรวมตัวชี้วัดสำคัญในระดับเขตสุขภาพและประเทศ และ 3) M&E Dashboard ของกองโรคเอดส์ฯ ที่แสดงผลการดำเนินงานแบบเรียลไทม์พร้อมข้อมูลรายไตรมาสของ PrEP

8.5 การจัดการข้อมูล PrEP

เพื่อให้เกิดความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูลบริการ PrEP สามารถนำไปใช้ได้จริง ทั้งในการพัฒนาบริการ และการกำหนด หรือตัดสินใจเชิงนโยบาย อาจมีแนวทางดังนี้

1. **การเก็บข้อมูล (Data Collection)**
   - การเก็บข้อมูลผู้รับบริการตั้งแต่ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับบริการ (เพศ อายุ กลุ่มประชากร ความเสี่ยง) และข้อมูล (ผล HIV Negative, วันที่เริ่มยา และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ)
   - การเก็บข้อมูลการนัดหมายติดตาม การจ่ายยา ผลตรวจเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลข้างเคียง และผลการตรวจทางปฏิบัติการอื่นๆ ตามระยะการให้บริการ
2. **การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล (Data Quality Assurance [DQA])**
   - มีการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลสม่ำเสมอ โดยอาจมีการทำ data verification เป็นระยะ เช่น การเทียบข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการกับข้อมูลการบันทึกใน NAP-PrEP หรือกับเวชระเบียน
   - มีการลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน ตามช่วงเวลาที่ควรจะเป็น เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ได้

3. **การจัดเก็บข้อมูล และรวมข้อมูล (Data Storage)**
    - มีการจัดเก็บ และรวมข้อมูลเข้าสู่ระบบข้อมูลบริการ PrEP ระดับประเทศ เพื่อให้เห็นข้อมูลบริการทั้งหมดของหน่วยบริการนั้นๆ แม้ว่าการสนับสนุนบริการอาจมาจากหลายแหล่ง
    - มีมาตรฐานในเก็บข้อมูล และการเข้าถึงข้อมูลผู้รับบริการ เพื่อป้องกันความลับ
4. **การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)**
    - การวิเคราะห์ข้อมูล สามารถวิเคราะห์ได้ตามตัวชี้วัดหลัก เช่น PrEP New, Coverage, retention, seroconversion
    - มีการวิเคราะห์ trend analysis รายเดือน รายไตรมาส หรือแนวโน้มเปรียบเทียบแต่ละปี
    - มีการวิเคราะห์แยกแบบ disaggregation แยกตามอายุ เพศ กลุ่มประชากร จังหวัด และประเภทการรับบริการ PrEP เพื่อดูช่องว่างบริการ วางแผนพัฒนาบริการให้เพิ่มการเข้าถึง หรือครอบคลุมมากขึ้น
5. **การรายงานและเสนอผล (Data Reporting)**
    - มีระบบการจัดทำรายงานเป็นประจำ (รายเดือน/รายไตรมาส/รายปี)
    - มีการรายงานแบบ visualization ให้คนทุกระดับสามารถเข้าถึง และเข้าใจง่าย โดยมี dashboard เสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์ในรูปแบบต่างๆ
    - มีระบบในการส่งรายงาน หรือผลวิเคราะห์ในแต่ละระดับ และมีการจัดทำรายงานเพื่อเชื่อมโยงกับบริการอื่นในระดับเขตหรือประเทศ
6. **การใช้ประโยชน์จากข้อมูล (Data Utilization)**
    - มีการใช้ข้อมูลในการวางแผนเพื่อปรับปรุงพัฒนาบริการให้เข้าถึง และครอบคลุมกลุ่มประชากรหรือพื้นที่มากขึ้น
    - มีการใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนงานป้องกัน และ RRTTPR ในระดับพื้นที่
    - มีการใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนการจัดสรรทรัพยากร ทั้งในเชิงบุคลากร งบประมาณ และวิชาการ

8.6 บทบาทแต่ละระดับในการติดตามบริการ PrEP

1. **ระดับชาติ (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สปสช.)**
    - กำหนดนโยบาย มาตรฐานการให้บริการ และแนวทางการติดตาม PrEP หรือการประเมินระดับประเทศ
    - พัฒนาระบบรายงานกลาง เช่น NAP-PrEP Report หรือ HIV Info Hub เพื่อสะท้อนตามตัวชี้วัดหลัก
    - วิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมระดับประเทศ เช่น ความครอบคลุม (Coverage) ความต่อเนื่อง (Retention) และ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (New HIV acquisition rate)

- สนับสนุนวิชาการในการจัดบริการรวมถึงด้านการติดตามประเมินผล และบูรณาการกับสิทธิประโยชน์
- เผยแพร่รายงานผลการดำเนินงานระดับชาติอย่างสม่ำเสมอ

2. ระดับเขต/จังหวัด (สสจ./สคร./ สปสช.เขต)

- กำกับ ติดตาม และประเมินคุณภาพการให้บริการ PrEP ของหน่วยบริการในพื้นที่
- ประสาน และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่
- รวบรวม และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในภาพเขต หรือจังหวัดร่วมกับหน่วยบริการ
- วิเคราะห์ และรายงานสถานการณ์ PrEP ในระดับจังหวัด หรือเขตพื้นที่
- ส่งเสริมการเชื่อมโยง และการส่งต่อของเครือข่ายบริการ และเครือข่ายสนับสนุน

3. ระดับหน่วยบริการ

- ให้บริการ PrEP ตามมาตรฐาน (คัดกรอง เริ่มยา ติดตาม)
- ติดตามผลลัพธ์ของผู้รับบริการ เช่น การใช้อย่างถูกต้อง การคงอยู่ในระบบ การหยุดรับบริการ
- บันทึกข้อมูลบริการในระบบข้อมูลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง และการตรวจสอบข้อมูลสม่ำเสมอ
- แลกเปลี่ยนข้อมูลรายงานในระดับจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ
- ใช้ข้อมูลบริการเพื่อทำการปรับปรุงคุณภาพบริการ (QI) เช่น ลดการขาดนัด หรือให้ประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสามารถใช้ PrEP ได้เหมาะสม ต่อเนื่อง
- ทำงานร่วมกับภาคประชาสังคม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ สร้างระบบการส่งต่อบริการ หรือการร่วมจัดบริการ

ในการนี้ ระดับประเทศและเขตสุขภาพมีการใช้ชุดตัวชี้วัด PrEP เดียวกันเป็นกรอบในการติดตามและประเมินผล แต่บทบาทและความรับผิดชอบในแต่ละระดับแตกต่างกันอย่างชัดเจน ระดับประเทศมีหน้าที่หลักในการกำหนดนโยบาย กำกับดูแลภาพรวม และวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประเทศ ขณะที่เขตสุขภาพหรือพื้นที่ทำหน้าที่นำตัวชี้วัดไปใช้ในการติดตามผล ประเมินคุณภาพบริการ และสนับสนุนจังหวัดให้ดำเนินงานตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงนโยบายระดับชาติสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

บทที่ 1 บทนำ

HIV Info Hub [Internet]. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2024. Available from: https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php

บทที่ 2 ความเป็นมาและความสำคัญของการจัดบริการ PrEP ในประเทศไทย

ประพันธ์ ภานุภาค. บทความเรื่อง 3 ปี เพร็พพระองค์โสมฯ ประชาชนและประเทศได้อะไร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สภากาชาดไทย; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 24 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก https://www.redcross.or.th/news/information/8409/.

Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al; HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med. 2011 Aug 11;365(6):493-505. doi: 10.1056/NEJMoa1105243.

Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al; iPrEx Study Team. Pre-exposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. N Engl J Med. 2010 Dec 30;363:2587-99. doi: 10.1056/NEJMoa1011205.

HIV Prevention Trials Network (HPTN). HPTN 083 study demonstrates superiority of cabotegravir for the prevention of HIV [press release] (2020 Jul 7) [cited 2021 Jul 5]. Available from: https://www.hptn.org/news-and-events/press-releases/hptn-083-study-demonstrates-superiority-cabotegravir-prevention-hiv.

WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: provider module for oral and long-acting PrEP. Geneva: World Health Organization; 2024.

บทที่ 3 แนวทางเวชปฏิบัติการจัดบริการ PrEP

กระทรวงสาธารณสุข กก. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2024.

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2024.

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. 1st ed. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2022.

คณะทำงานพัฒนาคำแนะนำการใช้ยาด็อกซีไซคลินเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการสัมผัส. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2024 [cited 2025 Apr 21]. คำแนะนำการใช้ยาด็อกซีไซคลินเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการสัมผัส ฉบับที่ 1 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567. จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1580420240617095817.pdf

Ahluwalia AK, Inzaule S, Baggaley RC, Vitoria M, Schaefer R, Schmidt HMA, et al. Characterization of dolutegravir drug resistance in persons diagnosed with HIV after exposure to long-acting injectable cabotegravir for pre-exposure prophylaxis. AIDS. 2022 Nov 1;36(13):1897–8.

Bruinderink M, Boyd A, Werner L, Jongen V, Blitz L, van Bokhoven C, et al. Online and less frequent monitoring of oral HIV PrEP use are non-inferior to standard of care. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2025.

Choko AT, MacPherson P, Webb EL, Willey BA, Feasy H, Sambakunsi R, et al. Uptake, Accuracy, Safety, and Linkage into Care over Two Years of Promoting Annual Self-Testing for HIV in Blantyre, Malawi: A Community-Based Prospective Study. PLoS Med. 2015 Sep 8;12(9):e1001873.

Crowell TA, Colby DJ, Pinyakorn S, Fletcher JLK, Kroon E, Schuetz A, et al. Acute Retroviral Syndrome Is Associated With High Viral Burden, CD4 Depletion, and Immune Activation in Systemic and Tissue Compartments. Clinical Infectious Diseases. 2018 May 2;66(10):1540–9.

Cox SN, Wu L, Wittenauer R, Clark S, Roberts DA, Nwogu IB, et al. Impact of HIV self-testing for oral pre-exposure prophylaxis scale-up on drug resistance and HIV outcomes in western Kenya: a modelling study. Lancet HIV. 2024 Mar;11(3):e167–75.

Guidelines on lenacapavir for HIV prevention and testing strategies for long-acting injectable pre- exposure prophylaxis (PrEP). Geneva: World Health Organization; 2025.

Liegler T, Abdel-Mohsen M, Bentley LG, Atchison R, Schmidt T, Javier J, et al. HIV-1 drug resistance in the iPrEx pre-exposure prophylaxis trial. J Infect Dis. 2014 Oct 15;210(8):1217–27.

Marzinke MA, Fogel JM, Wang Z, Piwowar-Manning E, Kofron R, Moser A, et al. Extended Analysis of HIV Infection in Cisgender Men and Transgender Women Who Have Sex with Men

Receiving Injectable Cabotegravir for HIV Prevention: HPTN 083. Antimicrob Agents Chemother. 2023 Apr 18;67(4).

Ostrow DG, Plankey MW, Cox C, Li X, Shoptaw S, Jacobson LP, et al. Specific Sex Drug Combinations Contribute to the Majority of Recent HIV Seroconversions Among MSM in the MACS. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2009 Jul;51(3):349–55.

Pant Pai N, Sharma J, Shivkumar S, Pillay S, Vadnais C, Joseph L, et al. Supervised and Unsupervised Self-Testing for HIV in High- and Low-Risk Populations: A Systematic Review. PLoS Med. 2013 Apr 2;10(4):e1001414.

Point-of-care tests for sexually transmitted infections: target product profiles. Geneva: World Health Organization; 2023.

Schaefer R, Amparo da Costa Leite PH, Silva R, Abdool Karim Q, Akolo C, Cáceres CF, et al. Kidney function in tenofovir disoproxil fumarate-based oral pre-exposure prophylaxis users: a systematic review and meta-analysis of published literature and a multi-country meta-analysis of individual participant data. Lancet HIV. 2022 Apr;9(4):e242–53.

Smith J, Bansi-Matharu L, Cambiano V, Dimitrov D, Bershteyn A, van de Vijver D, et al. Predicted effects of the introduction of long-acting injectable cabotegravir pre-exposure prophylaxis in sub-Saharan Africa: a modelling study. Lancet HIV. 2023 Apr;10(4):e254–65.

Tittle V, Boffito M, McOwan A, Whitlock G. Antiretroviral resistance and management after pre-exposure prophylaxis. Lancet HIV. 2020 Feb;7(2):e84.

WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: provider module for oral and long-acting PrEP. Geneva: World Health Organization; 2024.

World Health Organization [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 10]. First lenacapavirs prequalified. Available from: https://extranet.who.int/prequal/news/first-lenacapavirs-prequalified

บทที่ 4 ยา PrEP

ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2567. ราชกิจจานุเบกษา; 2024.

Andrews CD, Bernard L St., Poon AY, Mohri H, Gettie N, Spreen WR, et al. Cabotegravir long acting injection protects macaques against intravenous challenge with SIVmac251. AIDS. 2017 Feb 20;31(4):461–7.

Baeten JM, Palanee-Phillips T, Brown ER, Schwartz K, Soto-Torres LE, Govender V, et al. Use of a Vaginal Ring Containing Dapivirine for HIV-1 Prevention in Women. New England Journal of Medicine. 2016 Dec;375(22):2121–32.

Bekker LG, Das M, Abdool Karim Q, Ahmed K, Batting J, Brumskine W, et al. Twice-Yearly Lenacapavir or Daily F/TAF for HIV Prevention in Cisgender Women. New England Journal of Medicine. 2024 Oct 3;391(13):1179–92.

Clinicalinfo [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 23]. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Available from: ttps://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/safety-toxicity-arv-agents-nrtis-tenofovir-alafenamide-vemlidy

Cottrell ML, Yang KH, Prince HMA, Sykes C, White N, Malone S, et al. A Translational Pharmacology Approach to Predicting Outcomes of Pre-exposure Prophylaxis Against HIV in Men and Women Using Tenofovir Disoproxil Fumarate With or Without Emtricitabine. Journal of Infectious Diseases. 2016 May;214(1):55–64.

Donnell D, Gao F, Hughes JP, Hanscom B, Corey L, Cohen MS, et al. Counterfactual estimation of efficacy against placebo for novel PrEP agents using external trial data: example of injectable cabotegravir and oral PrEP in women. J Int AIDS Soc. 2023 Jun 26;26(6).

Dumond J, Sykes C, Schauer A, Kashuba A, Cottrell M. Optimizing On-Demand Tenofovir Disoproxil Fumarate/Emtricitabine Dosing in Women for HIV Prevention. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2025.

Dumond JB, Sykes C, Schauer A, Kashuba A, Cottrell M. Optimizing On-Demand Tenofovir Disoproxil Fumarate/Emtricitabine Dosing in Women for HIV Prevention. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2025.

Engel N, Dumond JB, Kashuba ADM, Cottrell ML. Optimizing On-Demand Tenofovir Disoproxil Fumarate/Emtricitabine Dosing in Women for HIV Prevention. J Infect Dis. 2026 Feb 18;233(2):257-260. doi: 10.1093/infdis/jiaf459.

Fonner VA, Ridgeway K, van der Straten A, Lorenzetti L, Dinh N, Rodolph M, et al. Safety and efficacy of long-acting injectable cabotegravir as pre-exposure prophylaxis to prevent HIV acquisition. AIDS. 2023 May 1;37(6):957–66.

Ford SL, Felizarta F, Han K, Wang K, Crauwels H, Dari A, et al. Thigh Injections of Cabotegravir + Rilpivirine in Virally Suppressed Adults With HIV-1: A Substudy of the Phase 3b ATLAS-2M Study. Clinical Infectious Diseases. 2025 Aug 1;81(1):101–12.

Garrett KL, Chen J, Maas BM, Cottrell ML, Prince HA, Sykes C, et al. A Pharmacokinetic/ Pharmacodynamic Model to Predict Effective HIV Prophylaxis Dosing Strategies for People Who Inject Drugs. J Pharmacol Exp Ther. 2018 Nov;367(2):245–51.

Grant RM, Pellegrini M, Defechereux PA, Anderson PL, Yu M, Glidden D V, et al. Sex Hormone Therapy and Tenofovir Diphosphate Concentration in Dried Blood Spots: Primary Results of the Interactions Between Antiretrovirals And Transgender Hormones Study. Clinical Infectious Diseases. 2021 Oct 5;73(7):e2117–23.

Han K, D'Amico RD, Spreen WR, Ford SL. Population pharmacokinetics of cabotegravir following intramuscular thigh injections in adults with and without HIV. Antimicrob Agents Chemother. 2024 Dec 5;68(12).

Herrera C, Serwanga J, Else L, Limakatso L, Opoka D, Ssemata AS, et al. Dose finding study for on-demand HIV pre-exposure prophylaxis for insertive sex in sub-Saharan Africa: results from the CHAPS open label randomised controlled trial. EBioMedicine. 2023 Jul;93:104648.

Herrera C, Serwanga J, Else L, Limakatso L, Opoka D, Ssemata AS, et al. Dose finding study for on-demand HIV pre-exposure prophylaxis for insertive sex in sub-Saharan Africa: results from the CHAPS open label randomised controlled trial. EBioMedicine. 2023 May;93:104648.

Hiransuthikul A, Thammajaruk N, Kerr S, Janamnuaysook R, Nonenoy S, Hongchookiat P, et al. No Significant Interactions From Hormone Therapy on F/TAF-Based PrEP in Trans Women: iFACT3 Study. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2024.

Hiransuthikul A, Thammajaruk N, Kerr S, Janamnuaysook R, Nonenoy S, Hongchookiat P, et al. Interaction between TAF-based PrEP and hormone therapy in transgender women: iFACT 3. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2023.

Hiransuthikul A, Thammajaruk N, Kerr S, Janamnuaysook R, Nonenoy S, Hongchookiat P, et al. Drug-drug interaction between emtricitabine/ tenofovir alafenamide (FTC/TAF)-based PrEP and feminizing hormones in transgender women: peripheral blood mononuclear cells and urine analysis from the iFACT3 study. In: IAS Conference on HIV Science. 2023.

Hiransuthikul A, Thammajaruk N, Kerr S, Janamnuaysook R, Nonenoy S, Hongchookiat P, et al. Exploring potential drug–drug interactions between masculinizing hormone therapy and oral pre-exposure prophylaxis (F/TDF and F/TAF) among transgender men (iMACT study): a randomized, open-label pharmacokinetic study in Thailand. J Int AIDS Soc. 2025 Apr 7;28(4).

Hiransuthikul A, Janamnuaysook R, Himmad K, Kerr SJ, Thammajaruk N, Pankam T, et al. Drug-drug interactions between feminizing hormone therapy and pre-exposure prophylaxis among transgender women: the iFACT study. J Int AIDS Soc. 2019 Jul 12;22(7). Thurman AR, Schwartz JL, Cottrell ML, Brache V, Chen BA, Cochón L, et al. Safety and Pharmacokinetics of a Tenofovir Alafenamide Fumarate-Emtricitabine based Oral Antiretroviral Regimen for Prevention of HIV Acquisition in Women: A Randomized Controlled Trial. EClinicalMedicine. 2021 Jun;36:100893.

HIV Prevention Trials Network [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 21]. HPTN 083 Final Version 5.0. Available from: https://www.hptn.org/sites/default/files/inline-files/HPTN%20083_FINAL%20Version%205.0_28Apr2022.pdf

Kelley CF, Acevedo-Quiñones M, Agwu AL, Avihingsanon A, Benson P, Blumenthal J, et al. Twice-Yearly Lenacapavir for HIV Prevention in Men and Gender-Diverse Persons. New England Journal of Medicine. 2025 Apr 3;392(13):1261–76.

Kiweewa F, Ahmed K, Nair G, Cox S, Kintu A, Carter C, et al. Adherence to F/TAF in cisgender women prevents HIV with low risk of resistance or diagnostic delay [CROI Abstract 194]: in special issue: abstracts from the CROI 2025 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Top Antivir Med. 2025;33(1):52.

Landovitz RJ, Li S, Eron JJ, Grinsztejn B, Dawood H, Liu AY, et al. Tail-phase safety, tolerability, and pharmacokinetics of long-acting injectable cabotegravir in HIV-uninfected adults: a secondary analysis of the HPTN 077 trial. Lancet HIV. 2020 Jul;7(7):e472–81.

Landovitz RJ, Delany-Moretlwe S, Fogel JM, Marzinke MA, Piwowar-Manning E, Richardson P, et al. Features of HIV Infection in the Context of Long-Acting Cabotegravir Pre-exposure Prophylaxis. New England Journal of Medicine. 2024 Oct 3;391(13):1253–6.

Landovitz RJ, Molina JM, Buchbinder SP. Pre-exposure Prophylaxis for HIV: Updated Recommendations From the 2024 International Antiviral Society-USA Panel. JAMA. 2025 Jun 27;

Landovitz RJ, Donnell D, Clement ME, Hanscom B, Cottle L, Coelho L, et al. Cabotegravir for HIV Prevention in Cisgender Men and Transgender Women. New England Journal of Medicine. 2021 Aug 12;385(7):595–608.

Marrazzo JM, Ramjee G, Richardson BA, Gomez K, Mgodi N, Nair G, et al. Tenofovir-Based Pre-exposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. New England Journal of Medicine. 2015 May;372(6):509–18.

Marrazzo JM, Ramjee G, Richardson BA, Gomez K, Mgodi N, Nair G, et al. Tenofovir-Based Pre-exposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. New England Journal of Medicine. 2015 Feb 5;372(6):509–18.

Mayer KH, Molina JM, Thompson MA, Anderson PL, Mounzer KC, De Wet JJ, et al. Emtricitabine and tenofovir alafenamide vs emtricitabine and tenofovir disoproxil fumarate for HIV pre-exposure prophylaxis (DISCOVER): primary results from a randomised, double-blind, multicentre, active-controlled, phase 3, non-inferiority trial. The Lancet. 2020 Jul;396(10246):239–54.

Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Pre-exposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. New England Journal of Medicine. 2015 Dec 3;373(23):2237–46.

National Institute of Child Health and Human Development [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 23]. Drugs and Lactation Database (LactMed®). Tenofovir. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501549/

National Institute of Child Health and Human Development [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 23]. Drugs and Lactation Database (LactMed®). Emtricitabine. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501548/

Polania Gutierrez J, Munakomi S. StatPearls Publishing. 2025 [cited 2025 Apr 21]. Intramuscular Injection. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556121/

Pornpaisalsakul K, Songtaweesin WN, Tepmongkol S, Wongharn P, Kawichai S, Suponsilchai V, et al. Effects of vitamin D and calcium supplementation on bone mineral density among Thai youth using daily HIV pre-exposure prophylaxis. J Int AIDS Soc. 2020 Oct 11;23(10).

Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, Agot K, Lombaard J, Kapiga S, et al. Pre-exposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. New England Journal of Medicine. 2012 Aug 2;367(5):411–22.

Shaik JS, Weld ED, Edick S, Fuchs E, Riddler S, Marzinke MA, et al. Multicompartmental pharmacokinetic evaluation of long-acting cabotegravir in healthy adults for HIV pre-exposure prophylaxis. Br J Clin Pharmacol. 2022 Apr 29;88(4):1667–78.

University of Liverpool [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 23]. HIV drug interactions. Available from: https://www.hiv-druginteractions.org

WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: provider module for oral and long-acting PrEP. Geneva: World Health Organization; 2024. Nicoll LH, Hesby A. Intramuscular injection: An integrative research review and guideline for evidence-based practice. Applied Nursing Research. 2002 Aug;15(3):149–62.

World Health Organization [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 10]. First lenacapavirs prequalified. Available from: https://extranet.who.int/prequal/news/first-lenacapavirs-prequalified

Zhang L, Collins S, Fox J, von Kleist M. Impact of Initiation Delay, Duration, and Prior PrEP Usage on FTC/TDF-Containing PEP Efficacy. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2025.

Zhang L, Iannuzzi S, Chaturvedula A, Irungu E, Haberer JE, Hendrix CW, et al. Model-based predictions of protective HIV pre-exposure prophylaxis adherence levels in cisgender women. Nat Med. 2023 Nov 13;29(11):2753–62.

บทที่ 5 การให้การปรึกษาเรื่อง PrEP

Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 2025 [cited 2025 May 23]. Discussing Sexual Health with Your Patients. Available from: https://www.cdc.gov/hivnexus/hcp/sexual-history/index.html

Institute of HIV Research and Innovation [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 25]. Practical Guide to Gain Framing Messages in PrEP Counseling for Men Who Have Sex with Men and Transgender Women. Available from: https://www.prepwatch.org/resources/delivering-prep-through-peer-and-community-led-approaches-tools-from-ihri/

R. Amico K, McMahan V, Goicochea P, Vargas L, Marcus JL, Grant RM, et al. Supporting Study Product Use and Accuracy in Self-Report in the iPrEx Study: Next Step Counseling and Neutral Assessment. AIDS Behav. 2012 Jul 30;16(5):1243–59.

Singh A, Philpott A. Medicus Mundi Schweiz. 2019 [cited 2025 Apr 25]. Pleasure as a measure of agency and empowerment. Available from: https://thepleasureproject.org/wp-content/uploads/2020/03/Pleasure-as-a-measure-of-agency-and-empowerment-—-Medicus-Mundi-Schweiz.pdf

The Pleasure Project [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 25]. The Pleasure Project. Available from: https://thepleasureproject.org

WHO Implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Module 3: Counsellors. Geneva: World Health Organization; 2017.

World Health Organization [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 24]. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/360601

Zaneva M, Philpott A, Singh A, Larsson G, Gonsalves L. What is the added value of incorporating pleasure in sexual health interventions? A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2022 Feb 11;17(2):e0261034.

บทที่ 6 รูปแบบการจัดบริการ PrEP

ประกาศกองยา เรื่อง คำรับรองของผู้รับอนุญาตยาแผนปัจจุบันในการขึ้นทะเบียนตำรับยา. กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. 1 พ.ย. 2567.

แนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. แพทยสภา. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 21 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://tmc.or.th/news_file/HIV2015.PDF

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา. 18 มิ.ย. 2562;136:155ง.

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม. ราชกิจจานุเบกษา. 18 มิ.ย. 2562;136:155ง.

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา. 18 มิ.ย. 2562;136:155ง.

หน่วยบริการมาตรา 3 โดยภาคประชาชน : เพื่อนร่วมทีมโรงพยาบาล ดูแลกลุ่มเปราะบาง [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. 17 พ.ย. 2568 [สืบค้นเมื่อ 17 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/3-15

Clifford-Rashotte M, Fawcett N, Fowler B, Reinhart J, Tan DHS. Assessing the Potential for Nurse-Led HIV Pre- and Postexposure Prophylaxis in Ontario. Can J Nurs Res. 2021 Jun;53(2):145-154. doi: 10.1177/0844562120924269.

McCree DH, Byrd KK, Johnston M, Gaines M, Weidle PJ. Roles for Pharmacists in the “Ending the HIV Epidemic: A Plan for America” Initiative. Public Health Reports®. 2020 Sep 11;135(5):547–54.

O’Byrne P, MacPherson P, Orser L, Jacob JD, Holmes D. PrEP-RN. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 2019 May;30(3):301–11.

Pre-exposure prophylaxis services in Thailand during COVID-19 [Internet]. World Health Organization. 2020 Nov 26 [cited 2024 Apr 21]. Available from: https://www.who.int/news/item/26-11-2020-pre-exposure-prophylaxis-services-in-thailand-during-covid-19

Selfridge M, Card KG, Lundgren K, Barnett T, Guarasci K, Drost A, Gray-Schleihauf C, Milne R, Degenhardt J, Stark A, Hull M, Fraser C, Lachowsky NJ. Exploring nurse-led HIV Pre-Exposure Prophylaxis in a community health care clinic. Public Health Nurs. 2020 Nov;37(6):871-879. doi: 10.1111/phn.12813.

WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: provider module for oral and long-acting PrEP. World Health Organization; 2024.

บทที่ 7 กระบวนการสร้างความต้องการและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ PrEP

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สื่อเผยแพร่.[เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ค. 2568] เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/das/publishinfo.php?info

บทที่ 8 แนวทางการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน PrEP

กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการให้บริการ PrEP สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ของประเทศไทย (HIV info HUB) [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/dashboard/index.php

Health Data Center (HDC), กระทรวงสาธารณสุข. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริการสุขภาพ. Available from: https://hdcservice.moph.go.th [Accessed 2025 May 23].

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Monitoring 2025: Indicators and questions for monitoring progress on the 2021 Political Declaration on HIV and AIDS. Geneva: UNAIDS; 2024.

National AIDS Program (NAP) Web System. Available from: https://nap.ddc.moph.go.th [Accessed 2025 May 23].

World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2021.

World Health Organization. Implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: Module 7: Monitoring and evaluation. Geneva: WHO; 2017.

ภาคผนวก ก

ผลการศึกษาของ PrEP ชนิดต่าง ๆ

PrEP มีการศึกษาวิจัยมาอย่างยาวนาน การศึกษาวิจัยทางคลินิกวิจัยที่สำคัญแสดงให้เห็นประสิทธิภาพในการป้องกันเอชไอวี ซึ่งนำมาสู่การจัดบริการ PrEP มีดังนี้

TDF/FTC (ทีดีเอฟ/เอฟทีซี)

1. iPrEx

iPrEx (Pre-exposure Prophylaxis Initiative) เป็น Phase 3 randomized, double-blind, placebo-controlled, multi-center trial ที่ทำการศึกษาในประเทศเปรู เอกวาดอร์ บราซิล ไทย แอฟริกาใต้ และสหรัฐอเมริกา โดยติดตามอาสาสมัครชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศทั้งหมด 3,324 คน-ปี พบว่า PrEP TDF/FTC มีประสิทธิภาพป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 44 (ช่วงความเชื่อมั่น 95% [95% CI]: 15% ถึง 63%) แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่ตรวจพบระดับยา TDF ในเลือด จะได้ประสิทธิภาพ 92% (95% CI: 40% ถึง 99%)

2. PROUD

โครงการ PROUD เป็น Phase 3, randomized, open-label, multi-center trial ที่ทำการศึกษาในประเทศอังกฤษ ศึกษาชายมีเพศสัมพันธ์กับชายทั้งหมด 544 คน พบว่า daily PrEP มีประสิทธิภาพป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 86% (95% CI: 64% ถึง 96%)

3. Bangkok Tenofovir Study

Bangkok Tenofovir Study (BTS) เป็น Phase 3 randomized, double-blind, placebo-controlled trial ที่ทำการศึกษาในกรุงเทพมหานคร ศึกษาผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดทั้งหมด 2,413 คน พบว่า PrEP TDF มีประสิทธิภาพป้องกันเอชไอวีได้ 49% (95% CI: 10% ถึง 72%) เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่รับประทานยาครบอย่างน้อย 71% และตรวจพบระดับยา TDF ในเลือด พบว่าการตรวจพบระดับยา TDF ในเลือดสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีได้ 74% (95% CI: 17% ถึง 94%)

4. iPrEx-OLE

iPrEx-OLE (iPrEx Open-label Extension) เป็นโครงการสืบเนื่องมาจาก iPrEx โดยใช้อาสาสมัครชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย 1,603 คนและหญิงข้ามเพศ 339 คนจากโครงการ iPrEx, ATN 082/Project PrEPare และ CDC MSM Safety Trial มาติดตามให้ยา TDF/FTC แบบเปิดฉลาก พบว่า PrEP TDF/FTC มีประสิทธิภาพป้องกันเอชไอวีได้ 49% (95% CI: -1% ถึง 74%) แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่ตรวจพบระดับยา TDF ในเลือดเทียบเท่ากับการรับประทานยา TDF/FTC 4 เม็ดต่อสัปดาห์ขึ้นไป จะได้ประสิทธิภาพ 100% (ไม่มีอุบัติการณ์เอชไอวีเลย)

5. Partners PrEP

Partners PrEP เป็น Phase 3 randomized, double-blind, placebo-controlled, multi-center trial ที่ทำการศึกษาในประเทศยูกันดาและเคนยา โดยติดตามคู่รักต่างเพศที่มีผลเลือดต่างทั้งหมด 4,758 คู่ พบว่า TDF มีประสิทธิภาพป้องกันเอชไอวีได้ 67% (95% CI: 44% ถึง 81%) ในขณะที่ TDF/FTC มีประสิทธิภาพป้องกันเอชไอวีได้ 75% (95% CI: 55% ถึง 87%) แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่ตรวจพบระดับยา TDF ในเลือด จะได้ประสิทธิภาพ 90% (95% CI: 58% ถึง 98%)

6. Prévenir

Prévenir เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจที่ทำการศึกษาในประเทศฝรั่งเศส เผยแพร่ผลการศึกษาเบื้องต้นในปี 2564 มีอาสาสมัครทั้งหมด 3,067 คน ติดตามทั้งหมด 5,633 คน-ปี อาสาสมัคร 99% เป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย อาสาสมัครประมาณ 50% เลือกใช้ daily PrEP และ 50% เลือกใช้ on-demand PrEP พบอุบัติการณ์เอชไอวี 0.11 (95% CI: 0.01 ถึง 0.23) ต่อการติดตาม 100 คน-ปี โดยในกลุ่ม daily TDF/FTC พบ 3 ครั้ง คิดเป็นอุบัติการณ์ 0.12 (95% CI: 0.01 ถึง 0.34) ต่อการติดตาม 100 คน-ปี และในกลุ่ม on-demand TDF/FTC พบ 3 ครั้ง คิดเป็นอุบัติการณ์ 0.12 (95% CI: 0.01 ถึง 0.34) ต่อการติดตาม 100 คน-ปี เช่นกัน แต่ทุกรายที่ติดเชื้อล้วนหยุดยา PrEP ไปแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนมีความเสี่ยง

TAF/FTC (แทฟ/เอฟทีซี)

DISCOVER เป็น Phase3, randomized, double-blind, active-controlled, multi-center trial ที่ทำการศึกษาในทวีปอเมริกาเหนือและยุโรป ศึกษาเปรียบเทียบการรับประทาน daily TAF/FTC กับ TDF/FTC ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศทั้งหมด 5,387 คน หลังจากการติดตามทั้งหมด 8,756 คน-ปี พบว่ายา TAF/FTC ไม่ด้อยกว่า TDF/FTC ในการป้องกันเอชไอวี โดยมีอุบัติการณ์เอชไอวีทั้งหมด 22 ครั้ง แบ่งเป็นกลุ่มผู้ที่ได้รับยา TAF/FTC 7 ครั้ง (0.16 ครั้งต่อ 100 คน-ปี) และ TDF/FTC 15 ครั้ง (0.34 ครั้งต่อ 100 คน-ปี) คิดเป็นสัดส่วนอุบัติการณ์ 0.47 (95% CI: 0.19 ถึง 1.15) ทั้งนี้ การติดเชื้อ 20 จาก 22 ครั้ง อธิบายได้จากการที่อาสาสมัครรับประทานยาไม่เพียงพอหรือติดเชื้อตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโครงการ

Dapivirine Vaginal Ring

Dapivirine ได้มีการพัฒนาให้อยู่ในรูปแบบ vaginal ring สอดทางช่องคลอด เพื่อให้บรรจุภัณฑ์ปล่อยตัวยา dapivirine ออกมาในระยะเวลาประมาณ 1 เดือน มีโครงการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่ามีประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิง เป็นอีกทางหนึ่งโดยเฉพาะเมื่อไม่สามารถใช้ยา PrEP ชนิดรับประทานได้

ผลการศึกษาของ Dapivirine Vaginal Ring

โครงการ	กลุ่มตัวอย่าง	สถานที่	ผลการศึกษา
ASPIRE (Phase 3)	ผู้หญิงอายุ 18-45 ปี 2,629 คน	ซิมบับเว มาลาวี ยูกันดา แอฟริกาใต้	• โดยรวม ลดโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ 27% • เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่อายุอย่างน้อย 21 ปี พบว่าลดโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ 56% คาดว่าเป็นเพราะความสม่ำเสมอในการใช้ dapivirine ring • เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่ใช้ dapivirine ring สม่ำเสมอ พบว่าลดโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ 65%
The Ring Study (Phase 3)	ผู้หญิงอายุ 18-45 ปี 1,959 คน	ยูกันดา แอฟริกาใต้	โดยรวม ลดโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ 31%
HOPE (Open-label extension ของ ASPIRE)	ผู้หญิง 1,456 คน	ซิมบับเว มาลาวี ยูกันดา แอฟริกาใต้	โดยรวม ลดโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ 39%
DREAM (Open-label extension ของ The Ring Study)	ผู้หญิงอายุ 20-50 ปี 941 คน จาก The Ring Study	ยูกันดา แอฟริกาใต้	โดยรวม ลดโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ 62%

CAB-LA (คาโบทิกราเวียร์ชนิดออกฤทธิ์นาน)

ใน พ.ศ. 2559 ได้เริ่มมีโครงการวิจัยทดลองทางคลินิกขนาดใหญ่ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายใต้ชื่อโครงการ HPTN 083 โดยการใช้ยาต้านไวรัส cabotegravir (คาโบทิกราเวียร์) ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 1 ครั้งทุก 8 สัปดาห์ โดยมีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 4,570 คน จากสถาบันการวิจัยชั้นนำ 43 แห่ง ใน 7 ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ไทย บราซิล เปรู เวียดนาม อาร์เจนตินา และแอฟริกาใต้

โครงการนี้พบว่ายาฉีด carbotegravir สามารถป้องกันเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศได้มากกว่ายารับประทาน TDF/FTC มากกว่า 3 เท่า หรือ 66% โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในโครงการรวม 52 ราย โดยเป็นอาสาสมัครในกลุ่มยารับประทาน TDF/FTC จำนวน 39 ราย (คิดเป็นอุบัติการณ์การติดเชื้อใหม่ 1.22%) และเป็นกลุ่มฉีดยา carbotegravir จำนวน 13 ราย (คิดเป็นอุบัติการณ์ 0.41%)

ส่วนโครงการ HPTN 084 เริ่มเมื่อ พ.ศ. 2560 มีผู้เข้าร่วมโครงการ เป็นผู้หญิงทั้งหมด 3,223 คน อายุระหว่าง 18-45 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ 20 แห่งใน 7 ประเทศในอนุภูมิภาค

สะฮาราแอฟริกา (บอตสวานา เคนยา มาลาวี แอฟริกาใต้ เอสวาตินี ยูกันดา และซิมบับเว) โดยการศึกษาสุ่มผู้เข้าร่วมเป็นสองแขน ได้แก่

- แขน A – Carbotegravir เป็นยาฉีดเข้ากล้ามทุก 8 สัปดาห์ และยาหลอก TDF/FTC ชนิดรับประทานทุกวัน
- แขน B - TDF/FTC ชนิดรับประทานทุกวัน และยาหลอก carbotegravir ฉีดเข้ากล้ามทุก 8 สัปดาห์

โครงการพบว่ามี 38 คนในการทดลองติดเชื้อเอชไอวี โดย 4 คน อยู่ในแขน A และ 34 คน อยู่ในแขน B คิดเป็นอัตราการติดเชื้อเอชไอวี 0.21% (95% CI: 0.06% ถึง 0.54%) ในกลุ่มแขน A และ 1.79% (95% CI: 1.24% ถึง 2.51%) ในกลุ่มแขน B นอกจากนี้พบว่า cabotegravir ที่ออกฤทธิ์นานมีประสิทธิภาพมากกว่า TDF/FTC ถึง 89% (95% CI: 68% ถึง 96%) จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า carbotegravir มีประสิทธิภาพในการป้องกันเอชไอวีมากกว่าการใช้ยา PrEP ชนิดรับประทาน (TDF/FTC) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา carbotegravir และ TDF/FTC ส่วนมากมีความรุนแรงเล็กน้อยหรือปานกลาง โดยพบความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารและอาการคลื่นไส้พบได้บ่อยในกลุ่มที่ได้รับ TDF/FTC และปฏิกิริยาในบริเวณที่ฉีดยาอยู่ในระดับต่ำในทั้งสองกลุ่ม แม้ว่ากลุ่มที่ได้รับ carbotegravir จะสูงกว่า

LEN (เลนาคาพาเวียร์)

ยา LEN ชนิดฉีดใต้ผิวหนังปีละ 2 ครั้ง เป็นยาที่ได้รับอนุมัติในสหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป และสหราชอาณาจักร เพื่อใช้ในการรักษาเอชไอวีดื้อยาหลายขนานตั้งแต่ พ.ศ. 2565 นอกจากจะใช้ในการรักษาแล้ว ยาชนิดนี้ยังมีการทดลองทางคลินิกเพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการป้องกันเอชไอวีอีกด้วย โดยการทดลองระยะที่ 3 ที่สำคัญ ได้แก่ PURPOSE 1 และ PURPOSE 2

PURPOSE 1 เป็นการทดลองทางคลินิกที่เริ่มต้นใน พ.ศ. 2564 โดยมีอาสาสมัครเป็นหญิงอายุ 16-25 ปี จำนวน 5,345 คน จากศูนย์วิจัยทั้ง 28 แห่งในประเทศยูกันดาและแอฟริกาใต้ สุ่มรับยา LEN, TAF/FTC และ TDF/FTC ในอัตราส่วน 2:1:1 จากผลการวิเคราะห์ระหว่างกาลใน พ.ศ. 2567 พบว่าไม่มีการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่ได้รับ LEN เลย (0/100 คน-ปี) ในขณะที่อุบัติการณ์เอชไอวีพื้นหลัง (background HIV incidence) คือ 2.41/100 คน-ปี อุบัติการณ์เอชไอวีในกลุ่มที่ได้รับ TAF/FTC คือ 2.02/100 คน-ปี และอุบัติการณ์เอชไอวีในกลุ่มที่ได้รับ TDF/FTC คือ 1.69/100 คน-ปี ทำให้สรุปได้ว่า LEN ช่วยลดการติดเชื้อเอชไอวีลงได้ 100% เมื่อเทียบกับการไม่รับ PrEP และลดการติดเชื้อเอชไอวีลงได้ 100% เมื่อเทียบกับการรับประทาน TDF/FTC หรือ TAF/FTC ทุกวันเช่นกัน โดยการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม TAF/FTC และ TDF/FTC มักพบในอาสาสมัครที่ไม่ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

PURPOSE 2 เป็นการทดลองทางคลินิกที่เริ่มต้นใน พ.ศ. 2564 โดยมีอาสาสมัครอายุ 16 ปีขึ้นไป เป็นชาย หญิงข้ามเพศ ชายข้ามเพศ และนอนไบนารี่ ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 3,271 คน จากศูนย์วิจัยทั้ง 88 ศูนย์ในประเทศไทย บราซิล เปรู เม็กซิโก สหรัฐอเมริกา อาร์เจนตินา และแอฟริกาใต้ จากผลการวิเคราะห์ระหว่างกาลใน พ.ศ. 2567 พบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่ได้รับยา LEN อยู่ 2 รายจาก 2,179 ราย (0.10/100 คน-ปี) ในขณะที่อุบัติการณ์เอชไอวีพื้นหลัง (background HIV incidence)

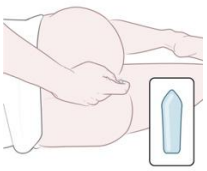
คือ 2.37/100 คน-ปี และอุบัติการณ์เอชไอวีในกลุ่มที่ได้รับ TDF/FTC คือ 0.91/100 คน-ปี ทำให้สรุปได้ว่า LEN ลดการติดเชื้อเอชไอวีลงได้ 96% เมื่อเทียบกับการไม่รับ PrEP และลดการติดเชื้อเอชไอวีลงได้ 89% เมื่อเทียบกับการรับประทาน TDF/FTC ทุกวัน โดยการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม TDF/FTC ล้วนพบในอาสาสมัครที่ไม่ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 โครงการแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของ LEN ในการป้องกันเอชไอวี โดยมีจุดเด่นที่การฉีดยาเพียงปีละ 2 ครั้ง ทำให้ไม่ต้องการอาศัยวินัยในการรับประทานยา ในอนาคตเมื่อได้ขึ้นทะเบียนก็จะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สำคัญในการป้องกันเอชไอวี

PrEP ชนิดอื่น ๆ ที่อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย

นอกจาก PrEP ชนิด TDF/FTC ชนิดรับประทาน, TAF/FTC ชนิดรับประทาน, CAB-LA ฉีดทุก 2 เดือน, DVR สอดทุก 1 เดือน และ LEN ฉีดทุก 6 เดือน ที่มีผลการศึกษาถึงประสิทธิภาพชัดเจนแล้ว ยังมี PrEP ชนิดอื่น ๆ ที่อยู่ในกระบวนการศึกษาอีก ดังนี้

PrEP ชนิดต่าง ๆ

การใช้ทางช่องคลอด	**การรับประทาน**	**การฉีด**	**การฝัง**	**การใช้ทางทวารหนัก**
				
สูตรยา				
Tenofovir gel	MK-8527 เดือนละครั้ง	Cabotegravir ทุก 4 เดือน	Dolutegravir ปีละครั้ง	Tenofovir rectal douche
TAF/EVG vaginal insert	TAF/FTC โดสเดียว	Lenacapavir ปีละครั้ง		TAF/EVG rectal insert
		Broadly neutralizing antibodies (bNAbs)		

อักษรย่อ EVG: elvitegravir, FTC: emtricitabine, TAF: tenofovir alafenamide

นอกจากนี้แล้วยังมีการศึกษา multipurpose technology ที่เป็นการรวมยาคุมกำเนิดและ PrEP เข้ามาในผลิตภัณฑ์ชนิดเดียวกันอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

Baeton JM, Palanee-Phillips T, Brown ER, Schwartz K, Soto-Torres LE, Govender V, et al; MTN-020–ASPIRE Study Team. Use of a vaginal ring containing dapivirine for HIV-1 prevention in women. N Engl J Med. 2016 Dec 1;375(22):2121-32. doi: 10.1056/NEJMoa1506110.

Baeten JM, Palanee-Phillips T, Mgodi NM, Mayo AJ, Szydlo DW, Ramjee G, et al; MTN-025/HOPE Study Team. Safety, uptake, and use of a dapivirine vaginal ring for HIV-1 prevention in African women (HOPE): an open-label, extension study. Lancet HIV. 2021 Feb;8(2):e87-95. doi: 10.1016/S2352-3018(20)30304-0.

Bekker LG, Das M, Abdool Karim Q, Ahmed K, Batting J, Brumskine W, et al. Twice-Yearly Lenacapavir or Daily F/TAF for HIV Prevention in Cisgender Women. New England Journal of Medicine. 2024 Oct 3;391(13):1179–92.

Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M, et al; Bangkok Tenofovir Study Group. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. Lancet. 2013 Jun 15;381(9883):2083-90. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61127-7.

Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al; iPrEx Study Team. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. N Engl J Med. 2010 Dec 30;363:2587-99. doi: 10.1056/NEJMoa1011205.

HIV Prevention Trials Network (HPTN). HPTN 083 study demonstrates superiority of cabotegravir for the prevention of HIV [press release] (2020 Jul 7) [cited 2021 Jul 5]. Available from: https://www.hptn.org/news-and-events/press-releases/hptn-083-study-demonstrates-superiority-cabotegravir-prevention-hiv.

HIV Prevention Trials Network (HPTN). HPTN 084 study demonstrates superiority of CAB LA to oral TDF/FTC for the prevention of HIV [press release] (2020 Nov 9) [cited 2021 Jul 5]. Available from: https://www.hptn.org/news-and-events/press-releases/hptn-084-study-demonstrates-superiority-of-cab-la-to-oral-tdfftc-for.

Kelley CF, Acevedo-Quiñones M, Agwu AL, Avihingsanon A, Benson P, Blumenthal J, et al. Twice-Yearly Lenacapavir for HIV Prevention in Men and Gender-Diverse Persons. New England Journal of Medicine. 2025 Apr 3;392(13):1261–76.

Mayer KH, Molina J-M, Thompson MA, Anderson PL, Mounzer KC, De Wet JJ, et al. Emtricitabine and tenofovir alafenamide vs emtricitabine and tenofovir disoproxil fumarate for HIV pre-exposure prophylaxis (DISCOVER): primary results from a randomised, double-blind, multicentre, active-controlled, phase 3, non-inferiority trial. Lancet. 2020 Jul 25;396(10246):239-254. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31065-5.

McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. Lancet. 2016 Jan 2;387:53-60. doi:

Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al; ANRS IPERGAY Study Group. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. N Engl J Med. 2015 Dec 3;373(23):2237-46. doi: 10.1056/NEJMoa1506273.

Molina J-M, Charreau I, Spire B, Cotte L, Chas J, Capitant C, et al; ANRS IPERGAY Study Group. Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. Lancet HIV. 2017 Sep;4(9):e402-10. doi: 10.1016/S2352-3018(17)30089-9.

Molina J-M, Ghosn J, Assoumou L, Delaugerre C, Algarte-Genin M, Pialoux G, et al; ANRS PREVENIR Study Group. Daily and on-demand HIV pre-exposure prophylaxis with emtricitabine and tenofovir disoproxil (ANRS PREVENIR): a prospective observational cohort study. Lancet HIV. 2022 Aug;9(8):e554-e562. doi: 10.1016/S2352-3018(22)00133-3.

Nel A, van Niekerk N, Van Baelen B, Malherbe M, Mans W, Carter A, et al. Safety, adherence, and HIV-1 seroconversion among women using the dapivirine vaginal ring (DREAM): an open-label, extension study. Lancet HIV. 2021 Feb;8(2):e77-86. doi: 10.1016/S2352-3018(20)30300-3.

Peterson L, Taylor D, Roddy R, Belai G, Phillips P, Nanda K, et al. Tenofovir disoproxil fumarate for prevention of HIV infection in women: a phase 2, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. PLoS Clin Trials. 2007 May;2(5):e27. doi: 10.1371/journal.pctr.0020027.

ภาคผนวก ข

อันตรกิริยาระหว่างยา PrEP กับยาอื่น ๆ

ยาที่มีการใช้ร่วมกับ PrEP	PrEP			
	TDF/FTC	TAF/FTC	CAB-LA	LEN
ยาคุมกำเนิด	ใช้ร่วมกันได้			
ฮอร์โมน estradiol	ใช้ร่วมกันได้			
ฮอร์โมน testosterone	ใช้ร่วมกันได้			
ยาที่มีผลกระทบต่อไต เช่น acyclovir, ganciclovir, ยากลุ่ม aminoglycoside และยากลุ่ม NSAID ขนาดสูง หรือใช้หลายชนิดพร้อมกัน	หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกันเป็นเวลานาน เนื่องจากอาจเพิ่มระดับยา TDF ส่งผลกระทบต่อไต	ใช้ร่วมกันได้		
ยากันชัก carbamazepine, oxcarbamazepine, phenobarbital, phenytoin	ใช้ร่วมกันได้	ห้ามใช้ร่วมกันเนื่องจากอาจลดระดับยา TAF/FTC, CAB และ LEN		
ยาวัณโรค rifabutin, rifampicin, rifapentine	ใช้ร่วมกันได้	ห้ามใช้ร่วมกันเนื่องจากอาจลดระดับยา TAF/FTC	ห้ามใช้ร่วมกันเนื่องจากอาจลดระดับยา cabotegravir (rifabutin ให้ได้)	ห้ามใช้ร่วมกันเนื่องจากอาจลดระดับยา LEN
ยารักษาไวรัสตับอักเสบบี adefovir	ห้ามใช้ร่วมกันเนื่องจาก TDF และ TAF เป็นยากลุ่มใกล้เคียงกับ adefovir		ใช้ร่วมกันได้	
ยารักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ sildenafil, tadalafil	ใช้ร่วมกันได้			ใช้ร่วมกันได้ ระวังผลข้างเคียงของยา

ยาที่มีการใช้ร่วมกับ PrEP	PrEP			
	TDF/FTC	TAF/FTC	CAB-LA	LEN
				sildenafil และ tadalafil
ยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร	ใช้ร่วมกันได้			
ยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม statin	ใช้ร่วมกันได้			ใช้ร่วมกันได้ ยกเว้น simvastatin ให้เริ่มในระดับต่ำ เฝ้าระวังผลข้างเคียง
ยาเบาหวาน metformin	ใช้ร่วมกันได้			
ยานอนหลับกลุ่ม benzodiazepine	ใช้ร่วมกันได้			
ยาบำบัดสารเสพติด methadone, naloxone, buprenorphine	ใช้ร่วมกันได้			
ยารักษาไวรัสตับอักเสบซี sofosbuvir/velpatasvir, ribavirin	ใช้ร่วมกันได้			
สารเสพติด cocaine, ecstasy, gamma-hydroxybutyrate (GHB), heroin, ketamine, methamphetamine, alkyl nitrite และแอลกอฮอล์	ใช้ร่วมกันได้			อาจเพิ่มระดับ GHB และ ketamine

ยาที่มีการใช้ร่วมกับ PrEP	PrEP			
	TDF/FTC	TAF/FTC	CAB-LA	LEN
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ส่วนใหญ่ใช้ร่วมกันได้	ห้ามให้คู่กับสมุนไพร St. John's Wort เนื่องจากอาจลดระดับยา PrEP		

อ้างอิงจาก HIV Drug Interactions ของ University of Liverpool (https://www.hiv-druginteractions.org)

หากต้องการสืบค้นข้อมูลอันตรกิริยาระหว่างยานอกเหนือจากในตาราง ผู้อ่านสามารถสืบค้นได้ที่เว็บไซต์ของ University of Liverpool (https://www.hiv-druginteractions.org)

ภาคผนวก ค
แนวทางการให้บริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี
(Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP)
สำหรับสถานพยาบาลและองค์กรภาคประชาสังคม

ด้วยในปัจจุบันพบว่าสถานการณ์การระบาดจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักของประเทศอยู่ในเกณฑ์สูง จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยภารกิจที่สำคัญ คือ ต้องลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ยังต้องเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงการบริการของกลุ่มประชากรหลัก เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มดังกล่าวเข้าถึงการบริการด้านการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้มแข็งของระบบการทำงานบริการในภาคชุมชน โดยในภารกิจดังกล่าวจะต้องอาศัยความร่วมมือและการบูรณาการในการดำเนินงานร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งที่ผ่านมาองค์กรภาคประชาสังคมเป็นส่วนสำคัญในการร่วมจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) รวมถึงการบริการให้คำปรึกษาและคำแนะนำเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การบริการตรวจเลือดและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี การดูแลติดตามผู้เข้ารับบริการ รวมถึงการช่วยให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เข้าสู่การบริการดังกล่าว ตลอดจนการเข้าสู่การบริการเพื่อป้องกันและรักษาโรคที่เกี่ยวเนื่องกับการติดเชื้อเอชไอวีในระบบบริการสุขภาพ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบซี

ฉะนั้น เพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการให้บริการ PrEP เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลสูงสุด และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน อาศัยอำนาจตามความในข้อ 7 วรรคสอง แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 ข้อ 7 วรรคสอง แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2562 และข้อ 7 วรรคสอง แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนด หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแนวทางการให้บริการ PrEP สำหรับสถานพยาบาลและองค์กรภาคประชาสังคม ดังนี้

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการบริการระหว่างสถานพยาบาลและองค์กรภาคประชาสังคม ในการจัดบริการ PrEP ภายใต้นโยบายการยุติปัญหาเอดส์

1.2 เพื่อให้การจัดบริการด้านเอชไอวี ซิฟิลิส หนองใน คลามิเดีย หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก และครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

1.3 เพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ นำไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573

2. รายละเอียดและขั้นตอนการปฏิบัติงาน

2.1 การลงทะเบียน

ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมชักชวนกลุ่มประชากรหลัก (key population) กลุ่มเสี่ยงต่อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เข้าสู่ชุดบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-Prevention-Retain: RRTTPR และลงทะเบียนรับบริการกับองค์กรภาคประชาสังคม

2.2 การให้การปรึกษาก่อนการตรวจเลือด และการประเมินก่อนเริ่มให้บริการ PrEP

ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือที่กระทรวงสาธารณสุขรับรองและได้รับหนังสือรับรองความรู้ความสามารถจากกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ พร้อมทั้งประเมินความพร้อมและความเข้าใจของผู้รับบริการอย่างถี่ถ้วน ตลอดจนให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ PrEP อย่างละเอียดและถูกต้อง โดยต้องอยู่ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมตามขั้นตอน ดังนี้

2.2.1 ประเมินความเสี่ยง ความพร้อม และความเข้าใจของผู้รับบริการอย่างถี่ถ้วน โดยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาอย่างละเอียดและถูกต้อง เช่น ผลข้างเคียงจากยา รูปแบบการรับประทาน

2.2.2 ประเมินระยะที่ตรวจหาเชื้อไม่พบ (window period) ของผู้รับบริการ (หากพบว่าอยู่ใน window period ให้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการมาตรวจในเดือนที่ 1)

2.2.3 ประเมินอาการการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลัน ซึ่งอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ถ่ายเหลว มีผื่น ต่อมน้ำเหลืองโต และอาการที่อื่น ๆ ที่พิจารณาเพิ่มเติม เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร หากผู้รับบริการมีอาการเหล่านี้ให้สงสัยว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลัน และผู้รับบริการยังไม่สามารถเริ่มกินยาได้

2.2.4 ซักประวัติโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อไต เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง

2.2.5 ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตนขณะรับยา และการกลับมาตามนัด (follow up) ทั้งนี้ ผู้ให้บริการควรมีข้อตกลงในการปฏิบัติตนขณะรับยา และการกลับมาตามนัด โดยให้ผู้รับบริการเข้าใจความสำคัญของรับประทานยาอย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ รวมถึงการกลับมาตามนัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ประเมิน

ได้ค่อนข้างยาก แต่เป็นสิ่งที่สำคัญในการประเมินก่อนเริ่มรับประทานยา ทั้งนี้ การให้คำปรึกษาถึงข้อดีในการกลับมาตามนัด (follow up) และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาเมื่อไม่กลับมาตามนัด (follow up) จะช่วยเพิ่มความตระหนักในการกลับมาตรวจเลือดของผู้รับบริการ การให้คำปรึกษาถึงข้อดีในการกลับมาตามนัดในเดือนที่ 1 ซึ่งมีความสำคัญมากที่ผู้รับบริการต้องกลับมาติดตามผลเลือดเอชไอวี เนื่องจากผู้รับบริการบางคนอาจจะอยู่ในระยะที่ตรวจหาเชื้อไม่พบ

2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.3.1 กรณีองค์กรภาคประชาสังคมขึ้นทะเบียนเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์

เมื่อผู้รับบริการได้รับการปรึกษา ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันตัวบุคคล โดยสอบถามชื่อ - นามสกุล หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ และดำเนินการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น ซิฟิลิส พร้อมทั้งตรวจค่าการทำงานของไต (creatinine และ eGFR) โดยพิจารณาการตรวจ ดังตารางที่ 1 และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) โดยไม่ต้องตรวจ HBsAg หากเคยมีผล anti-HBs เป็น reactive/positive มาแล้ว ทั้งนี้ ให้ส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่สถานพยาบาลที่เป็นคู่บริการ เพื่อดำเนินการบันทึกรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการลงในระบบฐานข้อมูล พร้อมแจ้งเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาและดูแลผู้รับบริการต่อไป

ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาตรวจการทำงานของไตสำหรับผู้รับบริการ PrEP สูตร TDF/FTC และ TAF/FTC

อายุ (ปี)	ปัจจัยเสี่ยงไตทำงานบกพร่อง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ	ตรวจ ณ แรกเข้า	ตรวจติดตาม ทุก 6 - 12 เดือน
< 50	ไม่มี	ไม่ต้องตรวจ	เฉพาะผู้ที่มีประวัติ eGFR < 90
≥ 50	ไม่มี	ตรวจ	ตรวจ
ทุกช่วงอายุ	มี	ตรวจ	ตรวจ

2.3.2 กรณีองค์กรภาคประชาสังคมไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์

เมื่อผู้รับบริการได้รับการปรึกษา ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันตัวบุคคล โดยสอบถามชื่อ - นามสกุล หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการและดำเนินการนัดหมายส่งต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ กับคลินิกเทคนิคการแพทย์อื่น ๆ หรือสถานพยาบาลที่เป็นคู่บริการ

2.4 การตรวจหาผลเลือดเพิ่มเติม

กรณีต้องการตรวจหาผลเลือดเพิ่มเติม ให้องค์กรภาคประชาสังคมส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลผู้รับบริการให้แก่สถานพยาบาลที่เป็นคู่บริการเพื่อดำเนินการตรวจหาผลเลือดเพิ่มเติมต่อไป

2.5 การบันทึกข้อมูล

สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการลงในระบบฐานข้อมูลเวชระเบียน และส่งคำขอใบสั่งยาเพื่อให้แพทย์พิจารณา

2.6 การพิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย และการสั่งจ่ายยา

ให้แพทย์ประจำสถานพยาบาลพิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วินิจฉัย และสั่งจ่ายยาให้ผู้รับบริการ ดังนี้

2.6.1 กรณีแพทย์อนุมัติสั่งจ่ายยา ให้ผู้ให้บริการที่ทำหน้าที่จ่ายยา และให้คำแนะนำในการใช้ยาแก่ผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงประสิทธิผล ความปลอดภัย และความเหมาะสมแก่ผู้รับบริการหรือผู้ใช้ยาเฉพาะราย และเน้นย้ำเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยา ข้อจำกัด และข้อห้ามต่าง ๆ ของยา รวมทั้งแจ้งให้ผู้รับบริการเข้ารับการตรวจตามนัดหมาย

2.6.2 กรณีแพทย์ไม่อนุมัติสั่งจ่ายยา ให้ผู้ให้บริการแนะนำผู้รับบริการให้ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย และแนะนำให้กลับมาตรวจเลือดเป็นประจำอย่างน้อยทุก 6 เดือน หรือเมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยง

2.6.3 กรณีได้รับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแพทย์พิจารณาผลการตรวจแล้ว ให้ผู้ให้บริการหรืออาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมแจ้งผลการตรวจและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ ในกรณีผลเลือดเป็นบวก ผู้ให้บริการควรแนะนำให้ผู้รับบริการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสทันที ในกรณีผลเลือดเป็นลบ ผู้ให้บริการควรพิจารณาการจ่ายยา พร้อมทั้งให้ข้อมูลในการปฏิบัติตนขณะรับประทานยาแก่ผู้รับบริการ โดยให้แจ้งผลค่าการทำงานของไต (creatinine และ eGFR) และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ให้แก่ผู้รับบริการทราบด้วย ทั้งนี้ เนื่องจากการตรวจค่าการทำงานของไต (creatinine และ eGFR) และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) อาจใช้ระยะเวลาในการตรวจมากกว่า 1 วัน ดังนั้น เมื่อผลการตรวจออกมาแล้ว

ให้ผู้ให้บริการแจ้งผลการตรวจแก่ผู้รับบริการโดยเร็ว เช่น ทางโทรศัพท์ และในกรณีที่มีผลการตรวจผิดปกติ ให้ดำเนินการดังนี้

(1) กรณีอัตราการกรองของไตผิดปกติ (TDF/FTC: eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ม.^{2}, TAF/FTC: eGFR < 30 มล./นาที/1.73 ม.^{2}) ควรปฏิบัติดังนี้

(1.1) ซักประวัติหาสาเหตุอื่นที่อาจทำให้ค่าไตผิดปกติ เช่น โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ครีเอทีนและเวย์โปรตีน รวมถึงการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารอุดมโปรตีนในช่วง 1-2 วันก่อนตรวจ

(1.2) ตรวจซ้ำภายใน 2-4 สัปดาห์ และให้แพทย์ประเมินผลตรวจซ้ำอีกครั้ง และประเมินว่าต้องส่งต่อผู้รับบริการให้พบแพทย์เกี่ยวกับโรคไตหรือไม่

(2) กรณีพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg: Positive) สามารถใช้ PrEP ได้ พร้อมกับส่งต่อผู้รับบริการให้แพทย์เพื่อประเมินว่ามีข้อบ่งชี้ต้องเข้ารับการรักษาไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่ เมื่อหยุด PrEP ให้ติดตามค่าการทำงานของตับ (ALT) ในช่วง 3-6 เดือนแรก

2.7 การตรวจสอบและอนุมัติใบสั่งยา

ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมประสานกับเภสัชกรเพื่อรับมอบยาพร้อมฉลากและคำแนะนำในการใช้ยาสำหรับผู้รับบริการ

2.8 การนัดหมายส่งมอบยาและจัดเก็บยาก่อนส่งมอบ

เมื่อได้ดำเนินการตามข้อ 2.6 และ 2.7 แล้ว ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมทำการนัดหมายวัน เวลา และช่องทางในการส่งมอบยาแก่ผู้รับบริการโดยสอบถามถึงช่องทางการรับยาที่ผู้รับบริการสะดวก และส่งมอบยาให้ผู้รับบริการตามวัน เวลา และช่องทางที่ได้นัดหมายหรือตกลงกันไว้

กรณีไม่สามารถส่งมอบยาภายในวันที่อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมได้รับมอบยาจากเภสัชกร ให้ทำการจัดเก็บยาไว้ที่องค์กรภาคประชาสังคม โดยให้ดำเนินการตามรายละเอียดที่กำหนดไว้ในเอกสารที่แนบท้ายแนวทางนี้

2.9 การติดตามและให้คำแนะนำการรับประทานยา

2.9.1 เมื่อผู้รับบริการตัดสินใจรับประทานยา ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมหรือผู้ให้บริการประเมินวันนัดหมายในแต่ละครั้ง ได้แก่ เดือนที่ 1, 4, 7, 10, 13, ... ทุก 3 เดือนหลังจากเดือนที่ 1 เป็นต้นไป

2.9.2 ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมหรือผู้ให้บริการติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้รับบริการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดผลเลือดเปลี่ยนขณะรับประทานยา โดยให้ดำเนินการ ดังนี้

2.9.2.1 ประเมินผลข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ โดยปกติอาการเหล่านี้จะหายไปภายใน 1 สัปดาห์ และอาจทำให้ค่าไตสูงขึ้นเล็กน้อย โดยหากหยุดรับประทานยาจะกลับมาเป็นปกติ

2.9.2.2 ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เช่น ในช่วงเดือนที่ผ่านมาผู้รับบริการรับประทานยาเป็นอย่างไร มีประสิทธิภาพหรือไม่

2.9.2.3 ประเมินการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ (PrEP Effective Use) โดยมีรายละเอียดการประเมิน ดังนี้

(1) กรณีเลือกรับประทานยาแบบทุกวันต่อเนื่อง สำหรับผู้รับบริการทุกเพศให้รับประทานอย่างน้อย 4 เม็ดต่อสัปดาห์

(2) กรณีเลือกรับประทานยาเฉพาะช่วงที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยง ครั้งที่ 1 ให้รับประทานยา 2 เม็ดแรก ในช่วงระยะเวลา 2-24 ชั่วโมงก่อนมีเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 2 ให้รับประทานยา 1 เม็ดในวันถัดไป และครั้งที่ 3 ให้รับประทานยา 1 เม็ดสุดท้ายในอีกวันถัดไป (รับประทานรูปแบบ 2:1:1) ยกเว้นผู้รับบริการที่มีเพศกำเนิดเป็นหญิง เพศกำเนิดชายที่มีช่องคลอดใหม่ และผู้ที่ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ให้รับประทานวันละ 1 เม็ดเป็นเวลา 7 วันหลังจากที่มีเพศสัมพันธ์ (รับประทานรูปแบบ 2:7)

(3) กรณีประเมินแล้วพบว่าผู้รับบริการรับประทานยาไม่ถูกวิธีตาม (1) หรือ (2) ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมหรือผู้ให้บริการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำการ รับประทานยาอย่างถูกวิธีแก่ผู้รับบริการ

2.9.2.4 ประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยให้ประเมินและให้คำปรึกษาเช่นเดียวกับขั้นตอนก่อนเริ่มให้บริการ PrEP

2.10 การให้บริการสำหรับผู้รับบริการที่ผลเลือดเปลี่ยน (Seroconversion)

หากผู้รับบริการที่รับประทานยามีผลเลือดเปลี่ยนเป็นผลบวก ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมหรือผู้ให้บริการอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ เช่น ส่งต่อไปยังสถานพยาบาล หรือให้คำแนะนำให้ไปสถานพยาบาลที่ผู้รับบริการสะดวก โดยให้ผู้รับบริการได้เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสหรือเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม ทั้งนี้ ให้ติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านสภาพจิตใจของผู้รับบริการ อีกทั้ง ควรให้ผู้รับบริการได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย

2.11 การหยุดรับประทานยา

กรณีผู้รับบริการประเมินแล้วว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง ให้ผู้รับบริการสามารถหยุดรับประทานยาได้ หรือกรณีมีข้อบ่งชี้ว่าแพ้ยาหรือมีอาการข้างเคียง ให้แพทย์พิจารณาสั่งให้หยุด รับประทานยาได้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ข้อบ่งชี้ในการหยุดรับประทานยา

(1.1) มีผลข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น ค่าการทำงานของไตผิดปกติ ผื่นแพ้ยา เกิดภาวะตับอักเสบ เป็นต้น

(1.2) เกิดการติดเชื้อเอชไอวี

(1.3) มีอาการหรือสงสัยว่ามีการติดเอชไอวีแบบเฉียบพลัน หรือมีผลตรวจหาเชื้อเอชไอวีสรุปผลไม่ได้ (inconclusive) ในกรณีนี้ ให้ส่งพบแพทย์เพื่อยืนยันผลอีกครั้ง

(1.4) ผู้รับบริการประเมินตนเองว่าไม่มีความเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

(2) ขั้นตอนการหยุดรับประทานยา

(2.1) เมื่อผู้รับบริการแจ้งความประสงค์ที่จะหยุดรับประทานยา ให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมหรือผู้ให้บริการสอบถามถึงพฤติกรรมหรือการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด และการรับประทานยาครั้งล่าสุดว่ารับประทานยาถูกวิธีและมีประสิทธิภาพหรือไม่

(2.2) กรณีผู้รับบริการรับประทานยาถูกวิธี สำหรับผู้รับบริการที่มีเพศกำเนิดเป็นชาย ให้หยุดรับประทานยาได้ในช่วงระยะเวลา 2 วันหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ และสำหรับผู้รับบริการที่มีเพศกำเนิดเป็นหญิง เพศกำเนิดชายที่มีช่องคลอดใหม่ และผู้ที่ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ให้หยุดรับประทานยาได้ในช่วงระยะเวลา 7 วันหลังจากการมีเพศสัมพันธ์

(2.3) กรณีรับประทานยาไม่ถูกวิธี ให้แนะนำผู้รับบริการให้หยุดยาได้เมื่อพ้นระยะการตรวจหาเชื้อไม่พบหรือ 4 สัปดาห์หลังจากการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด และให้นัดผู้รับบริการกลับมาตรวจหาเชื้อเอชไอวีอีกครั้ง

(2.4) ตรวจเอชไอวีทุกครั้งที่ผู้รับบริการต้องการหยุดรับประทานยา

(2.5) ลงบันทึกข้อมูลในระบบ พร้อมทั้งระบุเหตุผลของการหยุดรับประทานยา

(2.6) กรณีผู้รับบริการที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ต้องการหยุดรับประทานยา ควรส่งต่อผู้รับบริการเพื่อรับการปรึกษากับแพทย์ประจำสถานพยาบาลเพื่อตรวจติดตามค่าการทำงานของตับหลังหยุดยา

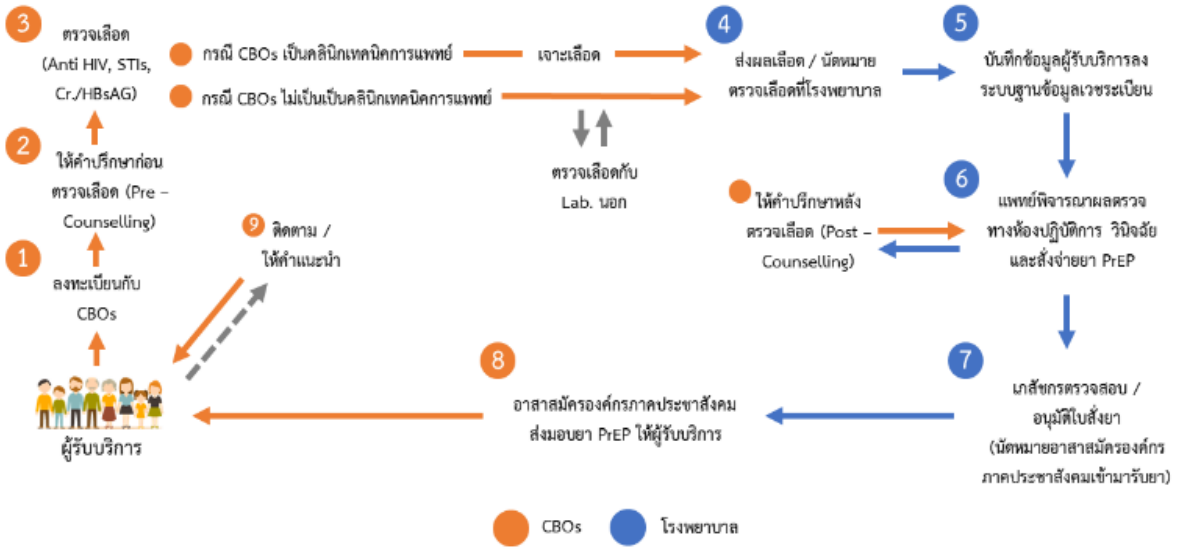
(2.7) กรณีผู้รับบริการที่หยุดรับประทานยาเนื่องจากมีผลข้างเคียง เช่น การทำงานของไตผิดปกติ ให้ติดตามอาการของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะหยุดรับประทานยาแล้วก็ตาม โดยขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ประจำสถานพยาบาล

(2.8) ควรแนะนำให้ผู้รับบริการกลับมารับยาใหม่ได้อีกครั้ง หากประเมินตนเองแล้วว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอีกครั้ง พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้รับบริการใช้วิธีการป้องกันอื่น ๆ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย

2.12 การกลับมารับประทานยาอีกครั้ง หลังจากที่หยุดรับประทานยาไปแล้ว

ผู้รับบริการที่ประสงค์กลับมารับประทานยาอีกครั้ง หลังจากที่หยุดรับประทานยาไปมากกว่า 1 เดือน และมีความเสี่ยงเอชไอวีในช่วงที่หยุดยาไปนั้น ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงและประเมินตามเกณฑ์คัดกรองต่าง ๆ เช่นเดียวกับการมารับบริการครั้งแรก คือ นับเป็น Visit เดือน 0 อีกครั้ง โดยไม่ต้องนับ Visit ต่อจากครั้งก่อน และนัดผู้รับบริการมาติดตามในเดือนที่ 1 เดือนที่ 3 และทุก ๆ 3 เดือน

Flow รายละเอียดและขั้นตอนการปฏิบัติงานการให้บริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) สำหรับสถานพยาบาลและองค์กรภาคประชาสังคม



ภาคผนวก ง

แนวทางปฏิบัติการดูแลคลังยาและการส่งมอบยา

ป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) ให้ผู้รับบริการ

ข้อ 1 กระบวนการ (Procedures)

1.1 การจัดทำเอกสาร

ให้ทำการจัดเก็บเอกสาร ทั้งรูปแบบกระดาษหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ โดยแยกจัดเก็บเอกสาร ดังนี้

1.1.1 แฟ้มหรือโฟลเดอร์เฉพาะสำหรับเก็บหลักฐานใบสั่งยา การคืนยา โดยให้จัดเก็บทุกวัน โดยแยกเอกสารเป็นรายเดือน

1.1.2 แฟ้มหรือโฟลเดอร์เฉพาะสำหรับเก็บหลักฐานการรับเข้ายา โดยให้จัดเก็บแบบฟอร์มส่งยาที่ทางสถานพยาบาลส่งให้

1.1.3 แฟ้มหรือโฟลเดอร์เฉพาะเอกสารสำหรับเก็บรายงานประจำเดือน

รายการเอกสารตามข้อ 1.1.1 – 1.1.3 ข้างต้นให้เก็บไว้อย่างน้อย 5 ปี

1.2 หลักฐานการส่งมอบยาและหลักเกณฑ์ในการส่งมอบยา

1.2.1 ในการส่งมอบยาทุกครั้ง จะต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ที่ชัดเจน โดยผู้ส่งมอบยาจะต้องทวนชื่อและนามสกุล วันเดือนปีเกิด ตามมาตรฐานระบุตัวผู้ป่วย และต้องตรงกับชื่อและนามสกุลของผู้รับบริการตามที่เอกสารกำกับยาระบุ พร้อมให้ข้อมูลพื้นฐานกับผู้มารับยา ดังนี้

(1) ชื่อยา ข้อบ่งใช้ของยา

(2) วิธีใช้ยาที่เหมาะสมในการบริหารยา ขนาดยา และวิธีใช้

(3) อาการข้างเคียงที่พบบ่อย อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาปฏิกิริยาระหว่างยา - ยา หรือ ยา - อาหาร

(4) ข้อควรระวังและข้อควรปฏิบัติเมื่อใช้ยา

(5) การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา

(6) การเก็บรักษายาที่เหมาะสม

1.2.2 หากมียามากกว่า 1 Lot No. จะต้องมีการส่งมอบยาตามเวลาหมดอายุ ตามหลักการ First expired, First out (FEFO) และแนะนำให้ใบสั่งยาต้องระบุข้อมูลดังต่อไปนี้

(1) ชื่อ - นามสกุลหรือชื่อย่อ ของผู้รับบริการที่สามารถระบุตัวตนได้

(2) เลขที่ UID, HN, PID หรือตัวเลขใด ๆ ที่กำหนดให้กับผู้รับบริการแต่ละราย

(3) ชื่อแพทย์ พร้อมลายเซ็นแพทย์

(4) ลายเซ็นผู้ส่งมอบยา

(5) รายการยาที่จ่าย

(6) จำนวนยาที่จ่ายไป

(7) Lot No. และ Exp. ของยาที่ส่งมอบยาออกไป

1.3 การตรวจสอบคลังยา

1.3.1 การรับเข้ายา เมื่อมีการส่งยาจากสถานพยาบาลให้องค์กรภาคประชาสังคม ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

(1) ตรวจสอบยา โดยตรวจสอบชื่อยา Lot No. Expiration date และจำนวนยา กับเอกสารการส่งยาจากสถานพยาบาล

(2) หากการส่งยาครั้งนี้ถูกต้อง ให้เรียงยาในห้องเก็บยา ตามหลักการ First expired, First out (FEFO)

(3) แยกกล่องยาที่เปิดใช้แล้ว ออกจากกล่องยาที่ไม่ได้เปิดใช้

(4) หากตรวจสอบแล้วไม่ตรงตามเอกสารการส่งยาที่ทางสถานพยาบาลส่งมาให้ทางอีเมล ให้แยกยาไว้ ห้ามเก็บขึ้นชั้นวางยา และติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานของสถานพยาบาลทันที

1.3.2 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับคลังยาและรายงาน

(1) การรายงานประจำวัน ให้นำใบสั่งยามาลงข้อมูลในแบบฟอร์มที่กำหนด และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

(2) การตรวจสอบจำนวนยารายเดือน ให้องค์กรภาคประชาสังคมจะต้องนับยาคงเหลือทุกเดือน โดยเทียบกับรายงานที่ทางสถานพยาบาลสรุปไว้ให้ (จากการกรอกแบบฟอร์มรายวัน) หากพบปัญหาจำนวน Lot No./Expired date ไม่ตรงตามรายงาน ให้แจ้งทางเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานของสถานพยาบาลทันที

(3) การเก็บยา

(3.1) ปริมาณยาที่เก็บไว้ที่องค์กรภาคประชาสังคมจะต้องเก็บไว้มากกว่า 1.25 เดือน (1 เดือน 1 สัปดาห์) แต่จะต้องไม่เกิน 3 เดือนของอัตราการใช้ยาเฉลี่ย (ขวด/เดือน)

(3.2) กรณีที่พื้นที่เก็บยาขององค์กรภาคประชาสังคมไม่เพียงพอตามจำนวนยาคงคลังสูงสุด (maximum stock) ที่กำหนดไว้ ให้เก็บยาที่จำนวนสูงสุดที่สถานพยาบาลสามารถเก็บไว้ได้แทน

(4) การตรวจสอบ

(4.1) ให้ตัวแทนภาคีเครือข่ายจากสถานพยาบาลและองค์กรภาคประชาสังคมตรวจสอบข้อมูลการจ่าย/คืนยาทุกเดือน โดยเปรียบเทียบกับจำนวนยาคงคลังขององค์กรภาคประชาสังคม

(4.2) ให้ตัวแทนภาคีเครือข่ายจากสถานพยาบาลและองค์กรภาคประชาสังคมตรวจเอกสารใบสั่งยาและจำนวนยาคงคลังอย่างน้อยทุก 3 เดือน หรือในกรณีมีเหตุจำเป็น

ข้อ 2 การบริหารจัดการสถานที่จัดเก็บยา

สถานที่และระบบในการเก็บรักษายาต้องมีความเหมาะสมเพียงพอ และปลอดภัย เก็บรักษาในสภาวะที่เหมาะสมที่ถูกหลักวิชาการในเรื่องสุขอนามัย อุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ การแยกเก็บเป็นสัดส่วน ความปลอดภัย ตลอดจนมีแนวทางการจัดการและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานตามหลักอาชีวอนามัย คลังยาและตู้เย็นเก็บยามีระบบการติดตามอุณหภูมิตามเงื่อนไขการเก็บรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.1 การบริหารจัดการในส่วนของสถานที่จัดเก็บยา (storage area)

2.1.1 สถานที่จัดเก็บยาต้องมีมาตรการในการป้องกันไม่ให้บุคคลภายนอก หรือผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาตผ่านเข้ามาในบริเวณที่จัดเก็บยา โดยแผนกเภสัชกรรมได้วางมาตรการป้องกันการผ่านเข้าออกของบุคคลภายนอกเข้ามาในบริเวณที่จัดเก็บยาไว้ 2 จุด จุดแรกคือบริเวณประตูทางเข้าแผนกเภสัชกรรม และจุดที่สองคือบริเวณประตูทางเข้าคลังยาภายในแผนกเภสัชกรรม ซึ่งทางเข้าภายในคลังยา จะมีประตูที่มีกุญแจล็อคด้านในอีกชั้นหนึ่ง

2.1.2 สถานที่จัดเก็บยาต้องสะอาด ถูกสุขอนามัย มีการทำความสะอาดสถานที่และพื้นที่จัดเก็บยาอย่างสม่ำเสมอ

2.1.3 สถานที่จัดเก็บยาควรมีระบบไฟฟ้าให้แสงสว่างที่เพียงพอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างถูกต้อง แม่นยำ และปลอดภัย

2.1.4 พื้นที่ที่ใช้เก็บยาต้องมีโครงสร้างที่แข็งแรง มีขนาดเพียงพอที่จะจัดเก็บยาหลากหลายประเภทได้อย่างเป็นระเบียบ แยกเป็นสัดส่วนไม่ปะปนกัน และมีป้ายบ่งชี้แสดงชื่อยาให้เห็นบนชั้นวางยาอย่างชัดเจน

2.2 การบริหารจัดการในส่วนของสภาวะการจัดเก็บยาและการควบคุมอุณหภูมิ (Storage conditions and temperature monitoring)

2.2.1 ยาแต่ละชนิดควรมีสภาวะการจัดเก็บให้สอดคล้องกับที่ระบุไว้บนฉลากยา (label) หรือเอกสารกำกับยา (leaflet) ของยาชนิดนั้น ๆ ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่ได้มาจากผลการทดสอบความคงสภาพของยาจากบริษัทผู้ผลิตยา โดยทั่วไปยาที่ระบุว่าต้องจัดเก็บที่อุณหภูมิห้อง อุณหภูมิที่จัดเก็บยาจะต้องไม่เกิน 25 °ซ หรือ 30 °ซ ขึ้นอยู่กับยาแต่ละชนิด

2.2.2 ให้เปิดเครื่องปรับอากาศภายในพื้นที่จัดเก็บยาตลอดเวลา 24 ชั่วโมง แม้ว่าจะเป็นช่วงนอกเวลาเปิดทำการแล้วก็ตาม เพื่อควบคุมอุณหภูมิภายในพื้นที่จัดเก็บยาให้อยู่ในช่วงที่กำหนด (ช่วงอุณหภูมิ 15 °ซ. ถึง 30 °ซ.)

2.2.3 ให้เภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกรบันทึกอุณหภูมิในพื้นที่จัดเก็บยาในวันที่เปิดให้บริการ วันละ 2 ครั้ง ทั้งอุณหภูมิภายในคลังยา และอุณหภูมิภายในตู้เย็นที่ใช้จัดเก็บยา และเก็บไว้เพื่อติดตามหรือตรวจสอบ

2.2.4 หากพบปัญหาอุณหภูมิไม่เป็นไปตามช่วงอุณหภูมิที่กำหนด (อุณหภูมิต่ำกว่า 15 °ซ. หรือสูงกว่า 30 °ซ. สำหรับอุณหภูมิภายในคลังยา) ให้รีบทำการตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขโดยเร็ว

2.2.5 ตู้เย็นที่ใช้จัดเก็บยา (medical refrigerator) และอุปกรณ์ที่ใช้ตรวจวัดอุณหภูมิ (temperature monitoring device) ควรมีการตรวจสภาพหรือสอบเทียบ (calibrate) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากบริษัทหรือหน่วยงานที่มีความน่าเชื่อถือ และมีใบรับรองผลการสอบเทียบ (certificate of calibration) เก็บไว้เป็นหลักฐาน

2.3 การตรวจสอบดูแลสถานที่จัดเก็บยา

สถานที่ส่งมอบยาต้องอยู่ในสภาวะที่เหมาะสมถูกหลักวิชาการในเรื่องสุขอนามัย อุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ และมีความปลอดภัย ตลอดจนมีแนวทางการจัดการและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานตามหลักอาชีวอนามัย โดยมีระบบ ดังนี้

2.3.1 สถานที่ส่งมอบยาต้องสะอาด ถูกสุขอนามัย มีการทำความสะอาดสถานที่อย่างสม่ำเสมอ

2.3.2 มีระบบไฟฟ้า ให้แสงสว่างที่เพียงพอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างถูกต้อง แม่นยำ และปลอดภัย

2.3.3 ให้บันทึกอุณหภูมิ และความชื้นสัมพัทธ์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยควบคุมให้อุณหภูมิห้องไม่เกิน 25 °ซ และความชื้นสัมพัทธ์ไม่เกิน 60% RH

ภาคผนวก จ

หน้า ๑
เล่ม ๑๓๖ ตอนพิเศษ ๑๕๕ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๒

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
(ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๒๖ (๔) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“เจ้าหน้าที่” หมายความว่า ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือลูกจ้างในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และข้าราชการ พนักงานราชการ หรือลูกจ้างในสังกัดกรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

“ควบคุม” หมายความว่า การดูแลหรือกำกับดูแล

“ใช้ยา” หมายความว่า การนำยาที่ได้รับจากการจ่ายยาไปใช้กับผู้ป่วย โดยการกิน การสูดดม การพ่น การทา หรือโดยประการอื่นใดที่ให้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ให้ถูกต้องตามฉลากยา

“จ่ายยา” หมายความว่า การส่งมอบยาพร้อมฉลากและคำแนะนำในการใช้ยา โดยใช้ความรู้ด้านเภสัชกรรม รวมถึงการวิเคราะห์ ตรวจสอบ หรือวินิจฉัยความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยคำนึงถึงประสิทธิผล ความปลอดภัย และความเหมาะสมแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ หรือผู้ใช้ยาเฉพาะราย

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อด้านเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน

“อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม” หมายความว่า บุคคลซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับหรือดูแลขององค์กรภาคประชาสังคม

"องค์กรภาคประชาสังคม" หมายความว่า องค์กรภาคประชาสังคมตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาองค์กรภาคประชาสังคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งดำเนินงานหรือให้บริการด้านเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน

ข้อ ๔ บุคคลซึ่งกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทยจะมอบหมายให้ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ ต้องเป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง และได้รับหนังสือรับรองความรู้ความสามารถจากกระทรวงสาธารณสุข

บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายตามวรรคหนึ่ง จะทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ ต้องอยู่ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๕ บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายตามข้อ ๔ ถ้าเป็นอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม บุคคลดังกล่าวต้องได้รับการแต่งตั้งจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมที่สามารถให้บริการด้านเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกันด้วย

ข้อ ๖ บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายตามข้อ ๔ ถ้าเป็นเจ้าหน้าที่ ให้ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้เฉพาะในกรณีการปฏิบัติราชการหรืออยู่ระหว่างปฏิบัติราชการตามหน้าที่เท่านั้น

ข้อ ๗ บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายตามข้อ ๔ สามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ เฉพาะกรณีดังต่อไปนี้

(๑) การบริการด้านเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน ดังนี้

(๑.๑) การให้บริการปรึกษาก่อนหรือหลังการตรวจ และบริการปรึกษาทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

(๑.๒) การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ เพื่อหาการติดเชื้อ

(๑.๓) การเจาะโลหิตจากปลายนิ้ว เพื่อตรวจคัดกรองการติดเชื้อ

(๑.๔) การตรวจหาการติดเชื้อโดยชุดตรวจแบบง่ายและรู้ผลเร็ว

(๑.๕) การอ่านผลและรายงานผลตาม (๑.๒) (๑.๓) และ (๑.๔)

(๒) การส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย และเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา

(๓) การใช้ยา ดังนี้

(๓.๑) ยาสามัญประจำบ้านตามกฎหมายว่าด้วยยา เพื่อรักษาอาการเบื้องต้นที่เกี่ยวเนื่องกับเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน

(๓.๒) ยาที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสั่งจ่ายให้แก่ผู้รับบริการเฉพาะราย หรือเฉพาะคราว ที่เกี่ยวเนื่องกับเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน

การดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้กระทำการตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๘ ให้องค์กรภาคประชาสังคมซึ่งกำกับหรือดูแลอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม ตามข้อ ๕ มีหน้าที่ประสานงานกับวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อจัดบริการแก่ผู้รับบริการ

ข้อ ๙ ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และให้เป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๒
ปิยะสกล สกลสัตยาทร
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ฉ

หน้า ๔
เล่ม ๑๓๖ ตอนพิเศษ ๑๕๕ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๒

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

พ.ศ. ๒๕๖๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๒๘ (๓) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๓๗ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“เจ้าหน้าที่” หมายความว่า ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือลูกจ้างในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และข้าราชการ พนักงานราชการ หรือลูกจ้างในสังกัดกรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย

“ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมจากสภาเภสัชกรรม

“ควบคุม” หมายความว่า การดูแลหรือกำกับดูแล

“ใช้ยา” หมายความว่า การนำยาที่ได้รับจากการจ่ายยาไปใช้กับผู้ป่วย โดยการกิน การสูดดม การพ่น การทา หรือโดยประการอื่นใดที่ให้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ให้ถูกต้องตามฉลากยา

“จ่ายยา” หมายความว่า การส่งมอบยาพร้อมฉลากและคำแนะนำในการใช้ยา โดยใช้ความรู้ด้านเภสัชกรรม รวมถึงการวิเคราะห์ ตรวจสอบ หรือวินิจฉัยความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยคำนึงถึงประสิทธิผล ความปลอดภัย และความเหมาะสมแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ หรือผู้ใช้ยาเฉพาะราย

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อด้านเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน

“อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม” หมายความว่า บุคคลซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับหรือดูแลขององค์กรภาคประชาสังคม

“องค์กรภาคประชาสังคม” หมายความว่า องค์กรภาคประชาสังคมตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาองค์กรภาคประชาสังคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งดำเนินงานหรือให้บริการด้านเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน

ข้อ ๔ บุคคลซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย จะมอบหมายให้ทำการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมได้ ต้องเป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง และได้รับหนังสือรับรองความรู้ความสามารถจากกระทรวงสาธารณสุข

บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายตามวรรคหนึ่ง จะทำการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมได้ ต้องอยู่ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

ข้อ ๕ บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายตามข้อ ๔ ถ้าเป็นอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม บุคคลดังกล่าวต้องได้รับการแต่งตั้งจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมที่สามารถให้บริการด้านเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกันด้วย

ข้อ ๖ บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายตามข้อ ๔ ถ้าเป็นเจ้าหน้าที่ ให้ทำการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมได้เฉพาะในกรณีการปฏิบัติราชการหรืออยู่ระหว่างปฏิบัติราชการตามหน้าที่เท่านั้น

ข้อ ๗ บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายตามข้อ ๔ สามารถประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมได้เฉพาะการใช้ยากรณี ดังต่อไปนี้

(๑) ยาสามัญประจำบ้านตามกฎหมายว่าด้วยยา เพื่อรักษาอาการเบื้องต้นที่เกี่ยวเนื่องกับเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน

(๒) ยาที่ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสั่งจ่ายให้แก่ผู้รับบริการเฉพาะรายหรือเฉพาะคราวที่เกี่ยวเนื่องกับเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน

การดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้กระทำการตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๘ องค์กรภาคประชาสังคมซึ่งกำกับหรือดูแลอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม ตามข้อ ๕ มีหน้าที่ประสานงานกับวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อจัดบริการแก่ผู้รับบริการ

ข้อ ๙ ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และให้เป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๒
ปิยะสกล สกลสัตยาทร
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ช

หน้า ๗
เล่ม ๑๓๖ ตอนพิเศษ ๑๕๕ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๒

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนด หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๒๘ (๔) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๔๗ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนด หรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“เจ้าหน้าที่” หมายความว่า ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือลูกจ้างในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และข้าราชการ พนักงานราชการ หรือลูกจ้างในสังกัดเทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนด หรือสภากาชาดไทย

“ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์จากสภาเทคนิคการแพทย์

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

“ควบคุม” หมายความว่า การดูแลหรือกำกับดูแล

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อด้านเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน

“อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม” หมายความว่า บุคคลซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับหรือดูแลขององค์กรภาคประชาสังคม

"องค์กรภาคประชาสังคม" หมายความว่า องค์กรภาคประชาสังคมตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาองค์กรภาคประชาสังคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งดำเนินงานหรือให้บริการด้านเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน

ข้อ ๔ บุคคลซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ทบวง กรม เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนด หรือสภากาชาดไทย จะมอบหมายให้ทำการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ได้ต้องเป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือที่กระทรวงสาธารณสุขรับรองและได้รับหนังสือรับรองความรู้ความสามารถจากกระทรวงสาธารณสุข

บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายตามวรรคหนึ่ง จะทำการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ได้ต้องอยู่ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๕ บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายตามข้อ ๔ ถ้าเป็นอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม บุคคลดังกล่าวต้องได้รับการแต่งตั้งจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมที่สามารถให้บริการด้านเอชไอวี โรคซิฟิลิส หนองใน หรือหนองในเทียม หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ในลักษณะเดียวกันด้วย

ข้อ ๖ บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายตามข้อ ๔ ถ้าเป็นเจ้าหน้าที่ ให้ทำการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ได้เฉพาะในกรณีการปฏิบัติราชการหรืออยู่ระหว่างปฏิบัติราชการตามหน้าที่เท่านั้น

ข้อ ๗ บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายตามข้อ ๔ สามารถประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ได้เฉพาะกรณี ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการปรึกษาก่อนหรือหลังการตรวจ และบริการปรึกษาทางเทคนิคการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

(๒) การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ เพื่อหาการติดเชื้อ

(๓) การเจาะโลหิตจากปลายนิ้ว เพื่อตรวจคัดกรองการติดเชื้อ

(๔) การตรวจหาการติดเชื้อโดยชุดตรวจแบบง่ายและรู้ผลเร็ว

(๕) การอ่านผลและรายงานผลตาม (๒) (๓) และ (๔)

การดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้กระทำการตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๘ ให้องค์กรภาคประชาสังคมซึ่งกำกับหรือดูแลอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมตามข้อ ๕ มีหน้าที่ประสานงานกับวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อจัดบริการแก่ผู้รับบริการ

ข้อ ๙ ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และให้เป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๒
ปิยะสกล สกลสัตยาทร
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ซ

คำสั่งกรมควบคุมโรค
ที่ ๑๙๖/๒๕๖๘
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาวิชาการและแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานบริการ
ป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP)
และบริการหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) ประเทศไทย

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเอชไอวีในประเทศไทย ที่การติดเชื้อส่วนใหญ่ยังคงสูงในประชากรหลัก การดำเนินงานเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๓ ในยุทธศาสตร์ที่ ๑ มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิผลสูง ให้ครอบคลุมประชากรที่มีความเสี่ยงสูงและพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการระบาดสูง สอดคล้องกับคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้มีมติเห็นชอบในหลักการเชิงนโยบายว่าการใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) และการใช้ยาหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) ประเทศไทย สำหรับกลุ่มประชากรผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เป็นมาตรการเสริมในการป้องกันเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ โดยบรรจุเป็นแนวทางการดำเนินงานระดับประเทศ และมีการจัดทำแนวทางการจัดบริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีเพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดบริการดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง และมีคุณภาพประกอบกับปัจจุบันการศึกษาวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีบริการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวี/เอดส์ ที่มีการพัฒนาเป็นลำดับ รวมถึงมีรูปแบบ เทคนิควิธีการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของประชากรกลุ่มเป้าหมาย

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าว มีคุณภาพและสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ การขับเคลื่อนนโยบายการจัดบริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) และบริการหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) ประเทศไทย นำสู่การบรรลุเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๔๕ กรมควบคุมโรค จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาวิชาการและแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานบริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) และบริการหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) ประเทศไทย โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ นางบุษบัน เชื้ออินทร์ ที่ปรึกษา
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

๑.๒ นายสุเมธ องค์วรรณดี ที่ปรึกษา
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

๑.๓ นางสาวชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ ที่ปรึกษา
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

๑.๔ รองอธิบดี...

๑.๔ รองอธิบดีกรมควบคุมโรคที่ได้รับมอบหมาย	ที่ปรึกษา
๑.๕ ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	ประธาน
๑.๖ นางมณฑินี วสันติอุปโภคากร นายแพทย์เชี่ยวชาญ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	รองประธาน
๑.๗ นายสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการ
๑.๘ นางสาวธันยวีร์ ภูธนกิจ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านวิจัยโรคติดเชื้อเด็กและวัคซีน คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	กรรมการ
๑.๙ นางสาวสุพัตรา รุ่งไมตรี แพทย์เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อเด็ก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
๑.๑๐ นางรพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอร์ด สาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
๑.๑๑ นางสาวสุพรรณี จิรจริยาเวช นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	กรรมการ
๑.๑๒ นางปรารถนา ลีนะศิริมากุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์	กรรมการ
๑.๑๓ นางประภาภรณ์ กิจวัฒนาชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี	กรรมการ
๑.๑๔ นายฐิติสันต์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๘ กรุงธนบุรี สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	กรรมการ
๑.๑๕ ผู้อำนวยการส่วนป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ หรือผู้แทน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	กรรมการ
๑.๑๖ นางนิตยา ภานุภาค ผู้อำนวยการบริหาร สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี (IHRI)	กรรมการ
๑.๑๗ นายศุภณัฐ ฐิติภัทรกร นายแพทย์วิจัย สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี (IHRI)	กรรมการ

๑.๑๘ นายโอภาส...

๑.๑๘ นายโอภาส พุทธเจริญ กรรมการ
หัวหน้าศูนย์โรคอุบัติใหม่ด้านคลินิก
ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
๑.๑๙ ผู้แทนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรรมการ
๑.๒๐ ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรรมการ
๑.๒๑ ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรรมการ
๑.๒๒ ผู้แทนหน่วยงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศสหรัฐ (USAID) กรรมการ
๑.๒๓ ผู้แทนโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) กรรมการ
๑.๒๔ ผู้อำนวยการมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ หรือผู้แทน กรรมการ
๑.๒๕ ผู้อำนวยการสมาคมฟ้าสีรุ้ง แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน กรรมการ
๑.๒๖ ผู้อำนวยการมูลนิธิเอ็มพลัส หรือผู้แทน กรรมการ
๑.๒๗ ผู้อำนวยการมูลนิธิรักษ์ไทย หรือผู้แทน กรรมการ
๑.๒๘ ประธานคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ กรรมการ
๑.๒๙ นางสาวรังสิมา โล่ห์เลขา กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายดูแลรักษาโครงการเอชไอวีและวัณโรค
ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
๑.๓๐ นางสาวฟาริดา ลังกาฟ้า กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายการป้องกัน
ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
๑.๓๑ นางอรพิณ สุขศรีพานิช กรรมการ
นักวิชาการฝ่ายห้องปฏิบัติการ
ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
๑.๓๒ นางสาวรสพร กิตติเยาวมาลย์ กรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
๑.๓๓ นางนุชนารถ แก้วดำเกิง กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
๑.๓๔ นางนิรมล ปัญสุวรรณ กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
๑.๓๕ นางจุฑาพัฒน์ รัตนดิลก ณ ภูเก็ต กรรมการ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
๑.๓๖ นางสาวลาวัณย์ สันติชินกุล กรรมการ
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

๑.๓๗ นางสาวภัทร์ศยา...

๑.๓๗ นางสาวภัทร์ศยา มุกลีมาศ กรรมการ
นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

๑.๓๘ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาและส่งเสริมเทคโนโลยีการป้องกัน กรรมการ
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และเลขานุการ

๑.๓๙ นายยุทธภูมิ ศรีคำจีน กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และผู้ช่วยเลขานุการ
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ พิจารณากำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานการพัฒนาด้านการจัดบริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) และบริการหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) ให้สอดคล้องต่อนโยบายประเทศ

๒.๒ พิจารณากลั่นกรองและให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการนำสู่การขับเคลื่อนเชิงนโยบายในการดำเนินงานการให้บริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) และบริการหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Post-Exposure Prophylaxis: PEP)

๒.๓ สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมการดำเนินการจัดบริการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) และบริการหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) ของประเทศ

๒.๔ ร่วมวางแผนติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

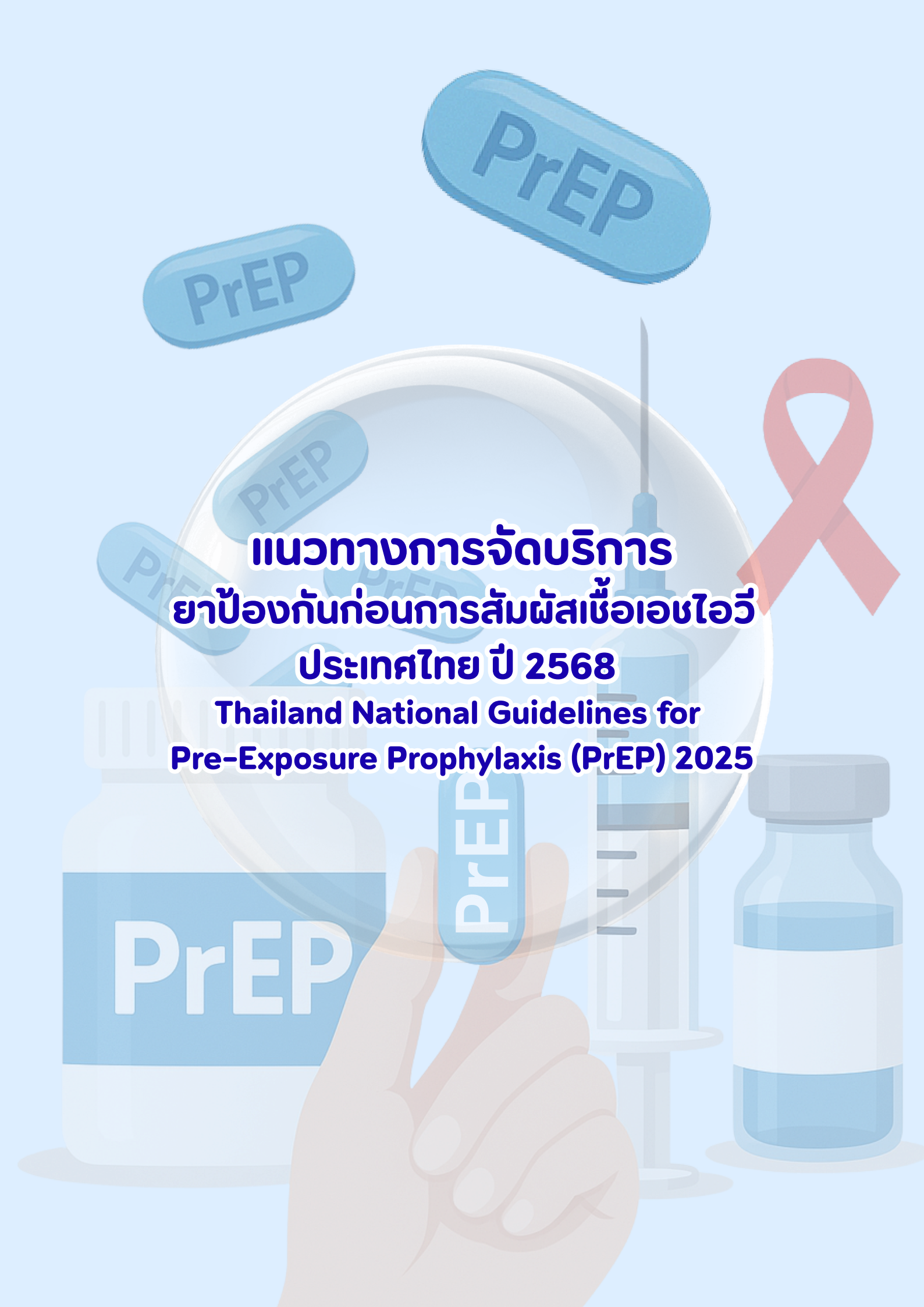
๒.๕ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

๒.๖ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายนิติ เหตานุรักษ์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมควบคุมโรค



แนวทางการจัดบริการ ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2568

Thailand National Guidelines for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) 2025