

ผู้ป่วยสูงอายุที่พบเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียครั้งแรกเมื่อนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษาเพื่อทบทวนกระบวนการตรวจคัดกรอง เฮลิโคแบคทีเรียในคนไข้ในและเบิกเงินคืน

ณภัทร กองหล่อ¹, ดารณี เลิศปิติวานิชย์¹, สุรวล สุขสาคร¹, ศัลยวิทย์ จิตต์ปิติธภาพ², สุพรรณิ จิรธยาเว¹

¹กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

²ศูนย์ความเป็นเลิศทางด้านโรคตับอักเสบและมะเร็งตับ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทนำ

ความสำคัญของปัญหาในบริบทของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นที่มาของการรายงานคนไข้ที่น่าสนใจ คือ การพบเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียซึ่งอาจทำให้คนไข้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือแพร่เชื้อเฮลิโคแบคทีเรียให้ผู้อื่น ผ่านทางเพศสัมพันธ์หรือเลือดที่ติดต่ออุปกรณ์กายภาพบำบัด รวมทั้งกล้องส่องกระเพาะอาหาร หรือแพร่เชื้อวัณโรคต่อไป (ผลเพาะเชื้อวัณโรคของคนไข้รายนี้เป็นบวก แม้ผลอ่านฟิล์มปอด รังสีแพทย์จะอ่านว่าไม่พบความผิดปกติ) จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ประวัติและการตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยชายอายุ 77 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ด้วยอาการอ่อนแรงซีกขวา สองวันก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจร่างกายพบการอ่อนแรงจริงและไม่มีลักษณะผิดปกติอื่นๆ

ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนเป็นเลือด และถ่ายอุจจาระดำ เป็นลักษณะดำเหนียวเหมือน melena จึงปรึกษาแพทย์เฉพาะทางทางเดินอาหารเพื่อส่งกล้องกระเพาะอาหาร

ผลการตรวจเพิ่มเติม ผลการส่องกล้องพบแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น แผลมีขนาดใหญ่และมีต่อเส้นเลือดจึงได้รับการจัดความรุนแรงเลือดผ่านกล้องส่องกระเพาะอาหาร หลังจากส่องกล้องแล้ว เลือดหยุดดี หากแต่คนไข้มีภาวะไอและเหนื่อยเล็กน้อยได้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อมาประเมินเรื่องปอดบวมจึงนำไปสู่การพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ และตรวจเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียเพิ่มเติมพบว่าคนไข้มีเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียในกระเพาะ โดยผลเอกซเรย์ปอด 2 ปี และ 1 เดือนก่อนเข้านอนโรงพยาบาลก็ไม่ได้มีความผิดปกติให้เห็นชัดเจน

การวินิจฉัย

1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (cerebral ischemia)
2. เลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่งถูกกระตุ้นจากยาต้านเกร็ดเลือด (high risk gastric and duodenal ulcer, precipitated by anti-platelet)
3. วัณโรคปอดที่ฟิล์มเอกซเรย์ปอดปกติ (chest x-ray negative, culture positive pulmonary tuberculosis)
4. การติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (asymptomatic HIV infection)

อภิปรายประเด็นที่น่าสนใจทางการแพทย์

เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มความเสียหายของหลอดเลือดสมองร่วม 2 เท่า โดยการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้นสูงถึง 166 ครั้งต่อคนไข้ที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวี 100,000 รายต่อปี และอัตราจะมากกว่านี้ในคนไข้ที่เป็นเอดส์หรือเริ่มมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง¹

การมีฝ้าขาวที่ลิ้นหรือน้ำหนักลดลงมากหรือติดเชื้อวัณโรค เป็นสิ่งที่แพทย์เกือบทุกคนจะแนะนำให้คนไข้ตรวจหาเอชไอวี หากแต่มีโรคอื่นอีกหลายโรคที่เมื่อพบแล้ว ควรตรวจหาเอชไอวี เช่นโรคไวรัสตับอักเสบบี หรือฮูสวีส (โรคที่เป็นตัวบ่งชี้เอชไอวี HIV indicating disease ; HIDES)²⁻⁴ หากแต่โรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นภาวะที่พบบ่อยมากในเวชปฏิบัติและมีความชุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นมากกว่าคนไข้ที่อายุ เพศ เดียวกัน

ที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเพียงเล็กน้อย และในหลายประเทศมีการเจาะหาเอชไอวีในคนไข้ทุกรายที่นอนโรงพยาบาลหรือที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก⁵ จึงทำให้แพทย์มักไม่ได้ให้ความสำคัญในการตรวจหาเอชไอวีในคนไข้ในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองเท่าที่ควร

ซึ่งในชีวิตจริงการที่คนไข้ไม่ทราบผลเอชไอวีดังรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจรายนี้ นอกจากผลเสียจะเกิดกับผู้ป่วยเองแล้ว ยังเกิดผลเสียต่อโรงพยาบาลในหลายแง่ได้แก่ ความเสี่ยงที่เลือดหรือสารคัดหลั่งจะติดต่อไปยังบุคคลากรทางการแพทย์ ความเสี่ยงในการแพร่กระจายวัณโรคที่ไม่มีอาการ ความเสี่ยงที่อุปกรณ์การส่องกล้องจะเป็นพาหะในการแพร่เชื้อ⁶

ผู้ป่วยรายนี้แม้จะให้ประวัติว่าเคยมีเพศสัมพันธ์แต่ไม่มีประวัติการฉีดยาเสพติดและไม่มีประวัติการสัก ประกอบกับอายุมาก จึงทำให้แพทย์มักมองว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อเอชไอวีต่ำ และยังระบบโรงพยาบาลแนะนำให้ถามคัดกรอง 3 คำถามดังกล่าว แล้วคนไข้เสี่ยงต่ำ ก็ทำให้ไม่ได้มองว่าเป็นคนไทยที่อายุเกิน 18 ปี ที่ควรได้รับคำแนะนำในการตรวจหาเอชไอวีทุกรายอย่างที่รณรงค์กัน⁷ ซึ่งในการปฏิบัติงานจริงเป็นการยากมากที่คนไข้จะยอมรับการตรวจหาเอชไอวี โดยไม่มีปัจจัยเสี่ยง⁸

คนไข้รายนี้ได้รับการกลั่นกรองกระเพาะอาหารโดยห้องส่องกล้องยังไม่ทราบผลเอชไอวี เพราะไม่มีนโยบายในการตรวจเอชไอวีในการส่องกล้องที่หน่วยทางเดินอาหาร (นอกห้องผ่าตัด) ซึ่งคนไข้มีเลือดออกจากทางเดินอาหารเยอะมาก และมีเลือดเปื้อนทั้งเตียงและอุปกรณ์ส่องกล้อง ซึ่งแม้

จะใช้หลักความระมัดระวังสากล (universal precaution) ก็ยังนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นโดยควรระวังป้องกันได้

คนไข้รายนี้ยังเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรคในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพราะผลเพาะเชื้อวัณโรคของคนไข้รายนี้เป็นบวก แม้ผลอ่านฟิล์มปอดรังสีแพทย์จะอ่านว่าไม่พบความผิดปกติ จึงคิดว่าช่วงหลายวันก่อนหน้าที่จะตรวจพบว่าเป็นคนไข้มีเชื้อเอชไอวีและวัณโรคนั้น คนไข้รายอื่นๆ ในหอผู้ป่วยก็ได้รับเชื้อวัณโรคไปแล้ว ซึ่งหากทราบล่วงหน้าว่าคนไข้มีเชื้อเอชไอวี การค้นหาวัณโรคย่อมทำได้เร็วขึ้นและนำไปสู่การให้คนไข้เข้ารับการรักษาตัวในห้องแยกเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

หลักฐานทางการแพทย์ที่เคยรายงานมาก่อน

จากฐานข้อมูลของประเทศไทยมีการรายงานว่า พบเอชไอวีได้ 866 ราย จากคนไข้ในฐานข้อมูลแห่งชาติ 609802 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 0.14 โดยอายุเฉลี่ยของคนไข้โรคหลอดเลือดสมองที่เป็นเอชไอวี คือ 41 ปี เทียบกับ 64 ปี ของคนไข้ อัมพฤกษ์อัมพาตที่ไม่เป็นเอชไอวี จึงทำให้เห็นภาพได้ว่า เอชไอวี ในคนที่เป็นอัมพาต อาจพบได้น้อยกว่าค่าเฉลี่ยในประชากรไทยทั่วไปเสียอีก^{9,10} โดยที่ ความชุกของเอชไอวีที่ต่ำกว่านี้ เกิดจากกลุ่มคนไข้หลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความชุกของเอชไอวีที่ต่ำอยู่แล้ว

การตรวจหาเอชไอวีในกลุ่มคนไข้ใน มีลักษณะคนไข้เป็นคนที่เคยมีปัจจัยเสี่ยงและติดเชื้อมาระยะหนึ่งแล้วอาจนับว่าไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย

สำคัญ แตกต่างจากกลุ่มผู้ขายบริการทางเพศหรือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เป็นสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีหลักของช่วงเวลาปัจจุบัน¹¹ หากแต่จากการคำนวณความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองเอชไอวี นั้น การมีความชุกเพียงร้อยละ 0.10 ก็คุ้มค่ากับการตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวีแล้ว³ และประเทศไทยมีนโยบายการค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการเพื่อรักษาป้องกันไม่ให้เกิดชีวิตก่อนวันอันควรและเพื่อรักษาไม่ให้แพร่เชื้อไปยังผู้อื่นอีกด้วย¹² โดยมีการจัดสรรงบประมาณให้ตรวจฟรีได้ปีละ 2 ครั้ง ต่อคน และมีการประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ อย่างแพร่หลาย⁷

เชื้อเอชไอวีเองยังเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นอาจอนุมานได้ว่าการตรวจคัดกรองหาเอชไอวีในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบผู้ติดเชื้อมากกว่า การตรวจในผู้ป่วยในแผนกอื่น ซึ่งการตรวจพบนี้จะช่วยป้องกันการติดเชื้อไปสู่บุคลากรทางการแพทย์¹³ และจะเป็นประโยชน์ต่อคนไข้เองด้วย

การติดเชื้อเอชไอวี นั้นเป็นที่ยอมรับกันว่าสามารถติดต่อจากเลือดของคนไข้เข้าสู่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จากอุบัติเหตุเข็มตำได้¹³ และป้องกันได้ระดับหนึ่งด้วยการกั้นยาต้านไวรัสหลังสัมผัสเชื้อ ส่วนการติดต่อผ่านอุปกรณ์การส่องกล้องนั้นมีรายงานเพียงรายเดียวในโลก⁶ และน่าจะทำความสะอาดกล้องส่องทางเดินอาหาร มีสรรพคุณในการฆ่าเชื้อเอชไอวี หากแต่การทราบว่ามีเชื้อเอชไอวีก็จะเป็นความเสี่ยงสูงที่จะเพิ่มความระมัดระวังขึ้น และมีมาตรการของห้องส่องกล้องหลายแห่งที่มีการเพิ่มขึ้นตอนหรือระยะเวลาการทำความสะอาด

สะอาดกลิ้งหลังส่องให้คนไข้ที่มีเชื้อเอชไอวี (ข้อมูลไม่ตีพิมพ์ จากการสื่อสารส่วนบุคคล)

การตรวจหาเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ยังมีอุปสรรคหลายประการ¹² ซึ่งหนึ่งในนั้นคือความไม่ตระหนัก การขาดความรู้ และมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าแม้แต่กลุ่มที่ควรได้รับการตรวจแน่นอน เช่น คู่นอนของคนไข้เอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส ที่มีเพศสัมพันธ์กันมากกว่า 10 ปี และยังคงมีเพศสัมพันธ์กันอยู่ก็ยังไม่ยอมเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี¹³ งานวิจัยชิ้นนี้จึงเป็นตัวอย่างที่บ่งชี้ว่าการแนะนำให้ตรวจหาเอชไอวีในผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในทุกวัย โดยไม่ต้องสอบถามปัจจัยเสี่ยง จึงอาจมีความสำคัญ

อภิปรายประเด็นที่น่าสนใจทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป็นที่ปฏิเสธไม่ได้ว่าระบบการรักษายาบาลควรสอดคล้องกับนโยบายและแนวทางเวชปฏิบัติ อย่างไรก็ตามสถานการณ์ของประเทศพัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนาก็อาจมีความแตกต่างกัน โดยในประเทศไทย การรักษายาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น การเบิกจ่ายเงินจะเป็นไปตามระบบ DRG ของโรคหลอดเลือดสมองตามความรุนแรงและให้น้ำหนักตามตัวชี้วัดต่างๆ ซึ่งการตรวจเพิ่มเติมพิเศษหลายอย่างไม่มีการเบิกจ่ายคืนเงินแก่โรงพยาบาลตามจริง เช่น แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ปี พศ. 2550¹⁴ แนะนำให้ตรวจความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดง่ายกว่าปกติอย่างละเอียด และตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวีในผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองที่อายุต่ำกว่า 45 ปี และไม่มีปัจจัยเสี่ยงเช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ หากแต่ระบบการเบิกจ่ายเงินในปัจจุบันไม่ได้การเบิกจ่ายคืนค่าตรวจในส่วนนี้ทำให้ โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าวเพิ่มเติมขึ้น

ในกรณีตัวอย่างของผู้ป่วยรายนี้ การตรวจหาแอนติบอดีต่อเอชไอวี นั้นเป็นประเด็นที่รัฐบาลให้เบิกจ่ายคืนเงินแก่โรงพยาบาลหากแต่มีรายละเอียดในการเบิกจ่ายเงินเพิ่มเติม ซึ่งพยาบาลด้านโรคติดเชื้อจะทราบดีและมีการเบิกเงินคืนแก่โรงพยาบาลได้ดี หากแต่ในหลายๆ กรณี การตรวจหาเอชไอวีก็ไม่ได้มีการเบิกเงินส่วนนี้คืน โดยแม้จะเป็นเงินเพียง 140 บาท แต่เมื่อรวมๆ กันแล้วปีหนึ่งๆ โรงพยาบาลอาจขาดทุนในส่วนนี้ร่วมหลายแสนบาทได้ โดยขอยกตัวอย่างการเบิกจ่ายของปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 บริการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV) โดยสมัครใจ หน่วยบริการเบิกชดเชยค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP เมนู “การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ” เลือก “ข้อมูลการส่งตรวจการติดเชื้อ HIV” จะได้ค่าชดเชย 140 บาท/ครั้ง¹⁵ ซึ่งโปรแกรม NAP นี้ หอผู้ป่วยทั่วไปรวมทั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้ใช้และมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ให้คำแนะนำแทนเพราะเป็นการยากที่จะส่งคนไข้โรคหลอดเลือดสมองทุกรายไปรับ ค่าแนะนำก่อนตรวจหาเอชไอวี ในแง่ของคำตอบแทนนั้น แม้ว่าบริการให้คำปรึกษาสำหรับคนใช้นั้นหน่วยบริการเบิกชดเชยค่าบริการได้ตามจำนวนที่ให้บริการจริง โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม NAP

เมนู “การให้คำปรึกษา VCT” 7 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี) ซึ่งระบบเบิกจ่ายเงินก็สอดคล้องกับที่รัฐบาลประชาสัมพันธิให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในคนไทยทุกคนที่อายุเกิน 18 ปี ตรวจหาเชื้อเอชไอวีฟรีปีละสองครั้ง แต่ในสภาพความเป็นจริงของโรงพยาบาลรัฐนั้นบุคคลากรที่จะลงทะเบียนเบิกจ่ายเงินมักไม่เพียงพอ และหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็ไม่ได้มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ดังกล่าวจึงนำไปสู่การเสียโอกาสในการเบิกจ่ายค่าตรวจและค่าให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนนี้

รายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจนี้ จึงจัดทำแผนภูมิการตัดสินใจ (decision analysis) แสดงถึงโอกาสพัฒนาในการส่งตรวจคัดกรองเอชไอวีในคนไข้ตัวอย่าง ซึ่งคนไข้โรคหลอดเลือดสมองอาจจัดเป็นกลุ่มความเสี่ยงทั่วไป หรือจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อเอชไอวี เพราะ การติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

ก๑. ผู้ป่วยทุกคนที่อายุมากกว่า 18 ปี ควรได้รับคำแนะนำให้ตรวจหาเอชไอวี โดยไม่สนใจปัจจัยเสี่ยง (คำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขทั้งไทยและอเมริกา โดยในหลายประเทศใช้วิธีการแนะนำว่าจะตรวจให้ และ หากไม่อยากจะตรวจให้เซ็นใบว่าจะไม่ตรวจ หรือที่เรียกว่า opt-out testing)¹⁶

ก๒. ผู้ป่วยทุกรายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตากสิน จะได้รับการคัดกรองด้วยคำถามคัดกรองความเสี่ยงว่ามีประวัติการสัก เพศสัมพันธ์ ใช้ยาเสพติดแบบฉีดหรือไม่ และมีช่องให้เลือกว่ายินยอมเจาะตรวจ หรือ ไม่ยินยอม หรือ เคยตรวจแล้ว

ทั้งข้อ ก๑ และ ก๒ ก็อาจมีความผิดพลาดคือไม่มีการนำไปใช้จริง หรือถามประวัติแต่ไม่ได้แนะนำไปถึงการส่งตรวจเลือดแอนติเอชไอวี โดยเมื่อพิจารณาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์แล้ว มีงานวิจัยรองรับว่าคุ้มค่า ซึ่งรัฐบาลไทยเองเห็นด้วยจึงจัดงบประมาณในส่วนนี้มา เพราะการค้นพบเชื้อในคนไข้ที่ไม่มีอาการทำให้ได้รับยาต้านไวรัสเร็วขึ้นและอายุยืนกว่ารอให้มีอาการถึง 160 เดือน โดยตัวเลขความคุ้มค่าอยู่ที่ 50,000 เหรียญสหรัฐ ต่ออายุขัยที่ยืนยาวขึ้นโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี 1 ปี (QALY ; quality adjusted life year gained)³ ไม่ว่าจะอัตราการตรวจเจอเอชไอวีจะเป็นร้อยละ 0.1 หรือ 1 ซึ่งสำหรับรัฐบาลไทยพิจารณาแล้วจัดงบประมาณในส่วนนี้ให้ 280 บาท สำหรับตรวจได้สองครั้ง ใน 1 ปี สำหรับคนไทยทุกคนที่อายุมากกว่า 18 ปี

ข๑. เมื่อคนไข้บอกว่าไม่ต้องการตรวจก็เป็นสิทธิส่วนบุคคลของคนไข้

ข๒. คนไข้ยินยอมตรวจและ สามารถไปพบพยาบาลที่ทำหน้าที่แนะนำข้อมูลก่อนการตรวจและ แนะนำผลการตรวจหลังจากตรวจและทราบผลแล้ว ซึ่งเรียกว่า วิธีที่ (VCT ; voluntary counselling and testing) ซึ่งเป็นกระบวนการแนะนำส่วนบุคคล หนึ่งต่อหนึ่ง คือ ใช้เวลาของพยาบาลหนึ่งคนในการแนะนำผู้ป่วยหนึ่งคน เป็นเวลา 5- 30 นาที ซึ่งในกรณีของผู้ป่วยใน อาจทำได้ไม่สะดวกนัก¹⁶

ข๓. คนไข้ยินยอมตรวจแต่ไม่มีกระบวนการแนะนำเป็นทางการแบบวิธีที่ เช่นคนไข้ที่รับรักษาตัวในโรงพยาบาลอาจ ไม่ได้ปฏิเสธการตรวจ หาก

แต่ไม่สะดวกจะลงไปหน่วยงานให้คำปรึกษาชีวิตที่ซึ่งประเด็นนี้ก็เป็นความเสี่ยงของโรงพยาบาลในระดับหนึ่ง หากแต่ถ้าใช้มาตรฐานคือคนไข้เข้านอนโรงพยาบาลทุกคนควรตรวจหาเอชไอวีดังเช่นที่ทำในประเทศอังกฤษนั้น คนไข้ทุกรายจะต้องตรวจหาเอชไอวี ยกเว้นแต่คนไข้เลือกไม่ต้องการตรวจ และเห็นเอกสารปฏิเสธการตรวจนั้น จะต้องใช้อัตรากำลังของผู้แนะนำเป็นอันมาก และในไทยเองยังไม่มียุติทัศน์แนะนำการตรวจที่รัฐบาลรับรองเป็นมาตรฐานที่จะใช้แทนการแนะนำด้วยพยาบาลได้

ในหมวด ข. จะเห็นว่าขั้นตอนแนะนำก่อนและหลังการตรวจ (pre and post counselling) ก็เป็นอุปสรรคสำคัญ ในการคัดกรองเอชไอวีในคนไข้ผู้ป่วยใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนไข้หลุดเลือดสมองที่เคลื่อนไหวไม่สะดวก และหากคำนวณจากค่าแรงการแนะนำอย่างเดียวไม่รวมค่าพยาบาลเจาะเลือด ไม่รวมค่าตรวจของแพทย์นั้น จะมีมูลค่า 7 บาท ต่อการแนะนำ 20 นาที เป็นเงินค่าแรงของพยาบาลผู้แนะนำที่โรงพยาบาลต้องเสียพยาบาล 1 คนแนะนำข้อมูลการตรวจเอชไอวีคิดเป็น 147 บาทต่อวัน ซึ่งต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ และต่ำกว่าต้นทุนจริงที่โรงพยาบาลเสียไป ซึ่งส่วนนี้ผู้บริหารอาจคิดว่าเป็นส่วนหนึ่งเงินเหมารายหัวและเงินตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของโรคหลุดเลือดสมอง หรือคิดว่าเป็นสิ่งที่รัฐบาลควรปรับปรุงแก้ไขในระบบเบิกจ่ายก็ได้

ค๑. คนไข้ที่เคยตรวจเอชไอวีเป็นบวกแล้ว (แต่หอยุ่ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ทราบ เช่น ตรวจที่โรงพยาบาลอื่น หรือ คนไข้ไม่บอกประวัติ) และ คนไข้ที่เคยตรวจเอชไอวีเกินสองครั้งต่อปี นั้น โรงพยาบาลจะเบิกค่าตรวจเอชไอวี ไม่ได้

ค๒. คนไข้ ตามสถานการณ์ ข้อ ข๒ ที่ได้ตรวจหาเอชไอวี และ เป็นการตรวจครั้งแรกหรือครั้งที่สอง โรงพยาบาลจะมีสิทธิ์เบิกค่าตรวจ 140 บาท โดยผ่านโปรแกรมออนไลน์ ชื่อ เอ็นเอพี (NAP)

ค๓. คนไข้ได้รับการตรวจแต่ พยาบาลเฉพาะทางผู้ใช้โปรแกรม NAP ของโรงพยาบาล ไม่ทราบว่ามีการตรวจ เพราะคนไข้ไม่ได้รับการส่งไปแนะนำ (สถานการณ์ตามข้อ ข๓)

ความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนเชื่อว่า มีจำนวนไม่น้อย ที่โรงพยาบาลสูญเสียโอกาสในการเบิกค่าตรวจหาเอชไอวี เพราะเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ตรวจเลือดเอชไอวี ไม่ได้มีการสื่อสารกับพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมเอ็นเอพีในทุกๆ ราย และเป็นไปได้ยากที่คนไข้ในทุกๆ รายที่ควรตรวจเอชไอวีจะได้ไปพบพยาบาลให้คำแนะนำชีวิต

ในประเทศพัฒนาแล้วมีการให้ชมวิดีโอให้คำแนะนำผ่านสื่อออนไลน์ และให้ข้อมูลในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงนำไปสู่การส่งจ่ายยา¹⁷ ซึ่งช่วยประหยัดทรัพยากรได้มากซึ่งเทคโนโลยีวิดีโอคอลล์หรือ เทเลเมดิซีนนี้ใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีข้อกังวลว่าจะละเมิดสิทธิ์ผู้ป่วยเอชไอวีหรือไม่ แต่จากประสบการณ์ของประเทศอื่นพบว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีในหลายด้าน¹⁸

ข้อเสนอแนะจากบทเรียนของรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ

คนไข้ที่เข้านอนโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุกรายควรได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี เพราะมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และยืดอายุผู้ป่วยได้

การตรวจหาเอชไอวีนั้นเบิกเงินจากรัฐบาลได้ 147 บาท โดยผ่านโปรแกรมเอ็นเอพี ซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่จ่ายยาต้านไวรัสจะคุ้นเคย แต่จะเกิดปัญหาถ้าหากหออผู้ป่วยไม่ส่งเลขบัตรประชาชนคนไข้ 13 หลักไปให้ฝ่ายที่รับผิดชอบหรือฝ่ายดังกล่าวไม่ได้คีย์เลขบัตรประชาชนไปเบิกเงินคือในโปรแกรมเอ็นเอพี (NAP) โรงพยาบาลก็จะไม่ได้รับเงิน

คนไข้สูงอายุ และคนไข้ที่บอกว่าตนเองไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ส่วนหนึ่งมีเชื้อเอชไอวีแฝงอยู่หากตั้งเกณฑ์ว่าตรวจหาทุกรายจะมีประโยชน์ต่อคนไข้มากกว่าการตรวจเฉพาะในรายที่ตอบคำถามว่ามีปัจจัยเสี่ยง

การแก้ปัญหาของการแนะนำก่อนตรวจในโรงพยาบาลรัฐอาจใช้เทคโนโลยีสารสนเทศนี้เข้ามาช่วย เช่นการชมนิววิดีโอผ่านสื่อออนไลน์¹⁷ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของคุณภาพข้อมูลและการให้ข้อมูลคนไข้หลังตรวจแล้วไม่พบเชื้อเอชไอวี โดยการให้โอกาสคนไข้ซักถามเพิ่มเติมก่อนการตรวจและการให้คำปรึกษาเมื่อผลตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี อาจใช้เทคโนโลยีวีดีโอคอลล์หรือ เทเลเมดิซีนเข้ามาเสริมได้¹⁸

หออผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถสื่อสารให้พยาบาลผู้ใช้โปรแกรมเอ็นเอพีลงรายการ

เบิกเงินค่าตรวจคัดกรองเอชไอวี โดยส่งเลข 13 หลักผ่านไลน์ หรือ ช่องทางการสื่อสารภายในของที่ได้ โดยหากเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการช่วยตรวจสอบจำนวนคนไข้ที่ตรวจหาเอชไอวี เทียบกับจำนวนที่พยาบาลทำเรื่องเบิกจ่ายทุกเดือนก็จะช่วยลดภาระขาดทุนของโรงพยาบาลได้

เอกสารอ้างอิง

1. Ovbiagele B, Nath A. Increasing incidence of ischemic stroke in patients with HIV infection. *Neurology* 2011;76: 444-50.
2. Sullivan AK, Raben D, Reekie J, Raymond M, Mocroft A, Esser S, et al. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: results from HIDES I (HIV indicator diseases across Europe study). *PLoS One* 2013;8:e52845.
3. Walensky RP, Freedberg KA, Weinstein MC, Paltiel AD. Cost-effectiveness of HIV testing and treatment in the United States. *Clin Infect Dis* 2007;45 Suppl 4:S248-54.
4. Lord E, Stockdale AJ, Malek R, Rae C, Sperle I, Raben D, et al. Evaluation of HIV testing recommendations in specialty guidelines for the management of HIV indicator conditions. *HIV Med* 2017;18:300-4.

5. Wolf LL, Walensky RP. Testing for HIV infection in the United States. *Curr Infect Dis Rep* 2007;9:76-82.
6. Hanson PJ. AIDS: practising safe endoscopy. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1990;4:477-94.
7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รณรงค์ตรวจ “เอชไอวี” ฟรีปีละ 2 ครั้ง ทั่วประเทศเร็วรักษาเร็ว.
8. Kancheva Landolt N, Phanuphak N, Khongpetch C, Kriengsinyot R, Teeratakulpisarn S, Ubolyam S, et al. Low uptake of HIV testing and no HIV positivity in stable serodiscordant heterosexual partners of long-term treated HIV-infected Thais. *AIDS Care* 2015;27:587-94.
9. Cumming K, Tiamkao S, Kongbunkiat K, Clark AB, Bettencourt-Silva JH, Sawanyawisuth K, et al. Impact of HIV on inpatient mortality and complications in stroke in Thailand: a National Database Study. *Epidemiol Infect* 2017;145:1285-91.
10. ขอพรเจริญธ. HIV infection and stroke. *J Thai Stroke Soc* 2015;14:10.
11. van Griensven F, Varangrat A, Wimon-sate W, Tanpradech S, Kladsawad K, Chemnasiri T, et al. Trends in HIV Prevalence, Estimated HIV Incidence, and Risk Behavior Among Men Who Have Sex With Men in Bangkok, Thailand, 2003-2007. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;53:234-9.
12. Jenkins C, Jourdain G, Arunothong S, Sirirungsi W, Kunstadter P. Efforts to Increase the Use of Hiv Testing Services : What Interventions Have Worked in Thailand? *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2017;48:282-96.
13. Odongkara BM, Mulongo G, Mwetwale C, Akasiima A, Muchunguzi HV, Mukasa S, et al. Prevalence of occupational exposure to HIV among health workers in Northern Uganda. *Int J Risk Saf Med* 2012;24:103-13.
14. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ปี 2550
15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560.
16. Phillips D, Barbour A, Stevenson J, Draper S, Motazed R, Elgalib A. Implementation of a routine HIV testing policy in an acute medical setting in a UK general hospital: a cross-sectional study. *Sex Transm Infect* 2014;90:185-7.

17. Stekler JD, McMahan V, Ballinger L, Viquez L, Swanson F, Stockton J, et al. HIV Pre-exposure Prophylaxis Prescribing Through Telehealth. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2018;77:e40-e2.
18. Todd CS, Mills SJ, Innes AL. Electronic health, telemedicine, and new paradigms for training and care. *Curr Opin HIV AIDS* 2017;12:475-87.