

แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษา

โรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัส



ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส
ของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

เรื่อง แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี เรือจ้าง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัส

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงชวีวรรณ เลิศพิริยะสุวัฒน
แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ

ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คณะผู้จัดทำ

แพทย์หญิงอัจฉรา พัฒนวิทย์กุล
นางสาวกาญจนา ศรีสวัสดิ์
นางสาวเตือนใจ นุชเทียน
นางสาววันทนีย์ ดิษฐปาน
นางสาวรรรณณ กลินสุภา
นางสาวรวริสรา วรรณทอง
นางสาวสุดาภรณ์ กูกอง
นางสาวณัฐนิชา วัฒนานนท์
นางสาวฉัตรสุมน บุญมา
นางสาวดนยา สุวรรณวงศ์

ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
โทร 0 2590 3216

คำนำ

โรคไวรัสตับอักเสบ บี เป็นสาเหตุของโรคตับอักเสบ ภาวะตับแข็ง มะเร็งตับ และเสียชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ และนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่คุกคามสุขภาพและชีวิตของประชาชนทั่วโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาจากโรคไวรัสตับอักเสบ บี อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงการปฏิบัติ จึงพัฒนายุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบของประเทศไทย และประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบทั้งภาครัฐ ภาคการศึกษา ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อขับเคลื่อนการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าประสงค์ใน พ.ศ. 2573 โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ การเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี ให้ครอบคลุมในทั่วประเทศ

เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2565 ที่ประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2565 มีมติ ให้บรรจุรายการยาและปรับเงื่อนไขการใช้ยารักษาไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรังตามแนวทางใหม่ เพื่อให้ผู้ที่มีความจำเป็นต้องรักษา ได้เข้าถึงยาที่มีประสิทธิภาพ ผลข้างเคียงน้อย และอัตราการดื้อยาน้อย นับเป็นความหวังที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี ตามเป้าประสงค์

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค มีภารกิจในการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ และมุ่งหวังให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี ทั่วประเทศ สามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการรักษาได้ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค จึงได้จัดทำ “แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาด้านไวรัส” เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนนำไปใช้ในการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และใช้ในการวางแผนการดำเนินงานกับเครือข่ายต่อไป

พฤศจิกายน 2565

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญรูปภาพ	ค
สารบัญตาราง	ง
อภิธานศัพท์	จ
บทที่ 1 ความเป็นมา	1
1.1. สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบบี	1
1.2. นโยบายเรื่องรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี	3
บทที่ 2 ข้อเสนอแนะเรื่องการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี	4
บทที่ 3 การประเมินผู้ป่วย	6
บทที่ 4 ข้อเสนอแนะเรื่องการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง	8
4.1 การดำเนินโรคของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	8
4.2 ยาที่ใช้ในการรักษาไวรัสตับอักเสบบี	8
4.3 คำแนะนำการตรวจติดตามการรักษา	11
4.4 คำแนะนำการคัดกรองมะเร็งตับ (HCC surveillance)	11
4.5 คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย	12
บทที่ 5 รูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษา	13
เอกสารอ้างอิง	14
ภาคผนวก	
รายนามแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมทบทวนเนื้อหาแนวทางการตรวจคัดกรองและรักษา	16
โรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัส	

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 อัตราป่วยของโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ต่อประชากรแสนคน ระหว่าง พ.ศ. 2553 – 2562	2
ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงการตรวจคัดกรองผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี	5
ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงแนวทางการตรวจประเมินผู้ป่วย	7
ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงแนวทางการดูแลโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง	9
ภาพที่ 5 แผนภูมิแสดงแนวทางการคัดกรองมะเร็งตับ	12
ภาพที่ 6 รูปแบบการจัดบริการเพื่อเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการรักษา ไวรัสตับอักเสบบี	13

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การประเมินความรุนแรงของโรคตับ โดยใช้วิธี APRI หรือ FIB – 4	7

อภิธานศัพท์

AFP	Alpha-fetoprotein
ALT	Alanine aminotransferase
Anti-HBc	Hepatitis B core antibody
Anti-HBs	Hepatitis B surface antibody
APRI	AST to Platelet Ratio Index
AST	Aspartate aminotransferase
CrCl	Creatinine Clearance
FIB-4	Fibrosis-4 Index for Liver Fibrosis
HBeAg	Hepatitis B envelope antigen
HBsAg	Hepatitis B surface antigen
HBV	Hepatitis B virus
HCC	Hepatocellular carcinoma
HIV	Human Immunodeficiency Virus
PrEP	Pre-Exposure Prophylaxis
RDTs	Rapid diagnostic tests
TAF	Tenofovir alafenamide
TDF	Tenofovir Disoproxil Fumarate

แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี

บทที่ 1 ความเป็นมา

1.1. สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบบี

ไวรัสตับอักเสบบีเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพและชีวิตของประชาชนทั่วโลก ดังจะเห็นได้จากรายงานความก้าวหน้าสถานการณ์เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ฉบับล่าสุดซึ่งเผยแพร่ใน พ.ศ. 2564 (Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) พบว่าใน พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง รายใหม่ จำนวนประมาณ 1.5 ล้านคน (เฉลี่ย 1.1 – 2.6 ล้านคน) และมีผู้เสียชีวิตด้วยไวรัสตับอักเสบบี ประมาณ 820,000 คน (เฉลี่ย 450,000 – 950,000 คน) ต่อปี

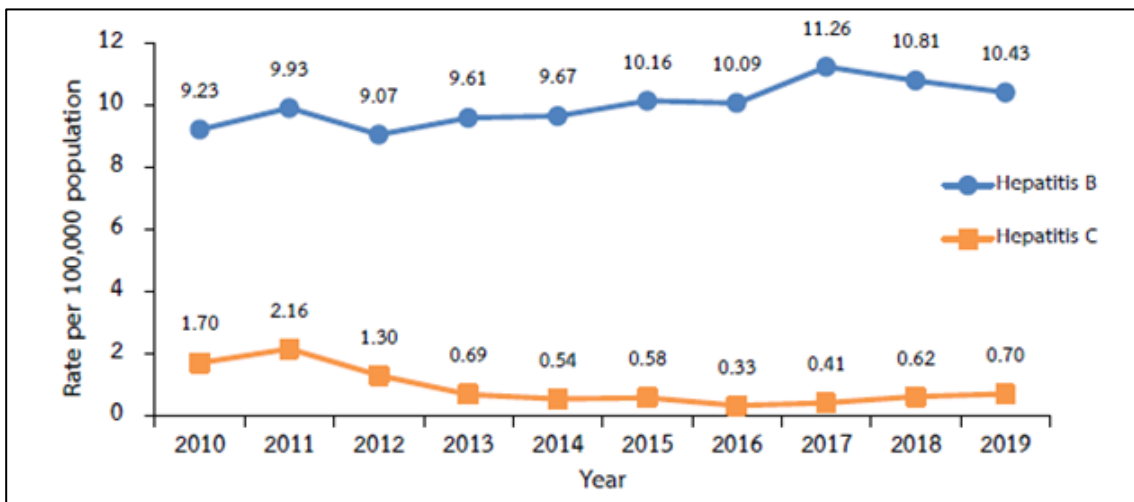
สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทยใน แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560 – 2564 กล่าวถึงรายงานการศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยพบว่าประเทศไทยมีอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณร้อยละ 4.5 ของประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยเริ่มมีนโยบายการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ให้ทารกแรกเกิดทุกราย โดยบรรจุอยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ ส่วนประชากรที่เกิดหลัง พ.ศ. 2535 พบอัตราความชุกของโรคนี้น้อยกว่าร้อยละ 0.6 สะท้อนให้เห็นว่าการป้องกันโดยฉีดวัคซีนให้ทารกแรกเกิดส่งผลให้ปัญหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกของประเทศไทยลดลงอย่างมาก แต่ปัญหาผู้ติดเชื้อเรื้อรังนั้นยังคงอยู่ ซึ่งการศึกษาเรื่องเดียวกันนี้ได้คาดประมาณว่าประเทศไทยน่าจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณ 2.2 – 3 ล้านคน ทั่วประเทศ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Posuwan et al. (2016) พบว่าอัตราความชุกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ใน พ.ศ. 2557 อยู่ที่ร้อยละ 0.104 โดยในอดีต การติดเชื้อจากแม่สู่ลูกพบเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการแพร่กระจายโรคไวรัสตับอักเสบบี แต่ปัจจุบันพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี สูงสุดได้แก่ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 8.50 รองลงมาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.07 และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 8.0

Posuwan et al. (2016) ซึ่งเป็นทีมวิจัยที่ศึกษาเรื่องไวรัสตับอักเสบบีมายาวนาน ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลการดำเนินงานให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยในช่วง 22 ปี ที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่าจากการตรวจเลือดคัดกรองประชากรในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศในปี 2014 (พ.ศ. 2557) จำนวน 5,964 ราย พบว่าความชุกของผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ในผู้ที่เกิดหลังเริ่มให้บริการวัคซีนดังกล่าว ลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยพบอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรกลุ่มอายุต่าง ๆ ได้แก่ อายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ร้อยละ 0.1 อายุ 5-10 ปี ร้อยละ 0.29 อายุ 11-20 ปี ร้อยละ 0.69 อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 3.12 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 3.78 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 4.67 และ

อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 5.99 ซึ่งเมื่อทำการเปรียบเทียบผลการตรวจเลือดหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ระหว่างประชากรที่เกิดก่อนและหลังมีโครงการวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยมีอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรที่เกิดก่อนและหลังเริ่มให้บริการวัคซีน ในอัตราร้อยละ 4.5 และ 0.6 ตามลำดับ ซึ่งการศึกษานี้ได้เสนอตัวเลขการคาดประมาณว่า ณ พ.ศ. 2557 ประเทศไทยน่าจะมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 2.22 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 3.48 ของประชากรทั้งประเทศ การศึกษาเรื่องนี้ให้ข้อสรุปว่าวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี มีประสิทธิภาพในระยะยาวในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ดังนั้นการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในเด็กทุกคนให้ได้อย่างครอบคลุมจะมีส่วนช่วยในการกำจัดโรคนี้ออกไปจากประเทศไทยได้ในที่สุด

นอกจากการศึกษาข้างต้นแล้ว พบว่าในรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำ พ.ศ. 2562 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้นำข้อมูลจากระบบรายงาน 506 (รง. 506) ร่วมกับข้อมูลจากระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) มาทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อรายงานอัตราป่วยของโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ระหว่าง พ.ศ. 2553 – 2562 พบว่าอัตราป่วยไวรัสตับอักเสบบี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 9.23 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2553 เป็น 10.16 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2558 และเพิ่มขึ้นสูงสุดเป็น 11.26 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2560 หลังจากนั้นลดลงมาเหลือ 10.43 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2562 (ภาพที่ 3) โดยใน พ.ศ. 2562 มีรายงานผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 6,936 ราย เป็นเพศชาย 3,881 ราย และเพศหญิง 3,055 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 45–54 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 35 – 44 ปี พบในอาชีพรับจ้างมากที่สุด คือ 2,810 ราย (ร้อยละ 40.51) รองลงมา คือ เกษตรกร 1,412 ราย (ร้อยละ 20.36) ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด คิดเป็น 15.80 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (10.32) ภาคกลาง (8.73) และภาคใต้ (7.93) อย่างไรก็ตามไม่พบรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตจากไวรัสตับอักเสบบี ใน พ.ศ. 2562 นี้

ภาพที่ 1 อัตราป่วยของโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ต่อประชากรแสนคน ระหว่าง พ.ศ. 2553 – 2562



ที่มา กองระบาดวิทยา (2562, หน้า 190)

1.2 นโยบายเรื่องรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี

เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2565 ที่ประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2565 มีมติเกี่ยวกับยารักษาไวรัสตับอักเสบ บี รายละเอียดดังนี้

เรื่องการบรรจุรายการยา

1. บรรจุยา TAF ในบัญชี ง ให้เป็นยาขนานแรกในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง
2. บรรจุรายการยา Lamivudine syrup ในบัญชี ง โดยใช้ในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ที่จะได้รับการรักษาโดยใช้เคมีบำบัด หรือการรักษาโดยใช้ยากดภูมิคุ้มกัน พร้อมปรับราคาต่อคนเป็น 731.88 บาท/คน/ปี (จากเดิม 1,200 บาท)
3. บรรจุยา entecavir สำหรับผู้ป่วยเด็ก อายุ 2-18 ปี ในบัญชี ง ดังนี้
 - เป็นยาขนานแรกในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน หรือเคยควบคุมได้ดีด้วย Lamivudine
 - Rescue therapy ที่ต้องการรักษาด้วยยา Lamivudine และมีข้อห้ามใช้ยา TDF
 - ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด หรือยากดภูมิคุ้มกันระยะสั้น

ปรับเงื่อนไข

1. ปรับเงื่อนไขให้ใช้ยา TDF ให้เป็นยาขนานแรกสำหรับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง ในหญิงตั้งครรภ์ในบัญชี ง ให้อยู่ที่ราคา 11.05 บาท
2. ปรับเงื่อนไขในการใช้ยา entecavir tab ในบัญชี ง ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยา TAF หรือ TDF ได้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็ง หรือ มีภาวะไตวาย (CrCl น้อยกว่า 15 ml/min)

ยกเลิกยา

ยกเลิกยา Lamivudine tab ทุกความรุนแรง สำหรับโรคไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง

หมายเหตุ: บัญชียา ง ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ หมายถึง รายการยาที่มีหลายข้อบ่งใช้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือเป็นยาที่มีราคาแพง จำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางราย แต่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือก่อปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรงการสั่งใช้ยาให้สมเหตุสมผล คำนวณสมประโยชน์ต่อผู้ที่มีโอกาสเป็นโรคตับแข็ง มะเร็งตับและเสียชีวิตได้

บทที่ 2 ข้อเสนอแนะเรื่องการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี

การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในประเทศไทย สามารถทำได้ด้วยการตรวจหา Hepatitis B surface Antigen (HBsAg) ในเลือด โดยใช้หลักการทางภูมิคุ้มกันวิทยา ซึ่งสามารถตรวจได้ 2 แบบ ได้แก่

1) การตรวจด้วยน้ำยาตรวจในห้องปฏิบัติการ หรือ Laboratory-based immunoassays

การตรวจในห้องปฏิบัติการนี้เป็นวิธีที่เป็นมาตรฐาน แต่มีความยุ่งยากมากกว่า และมีราคาสูงกว่าการตรวจด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็ว

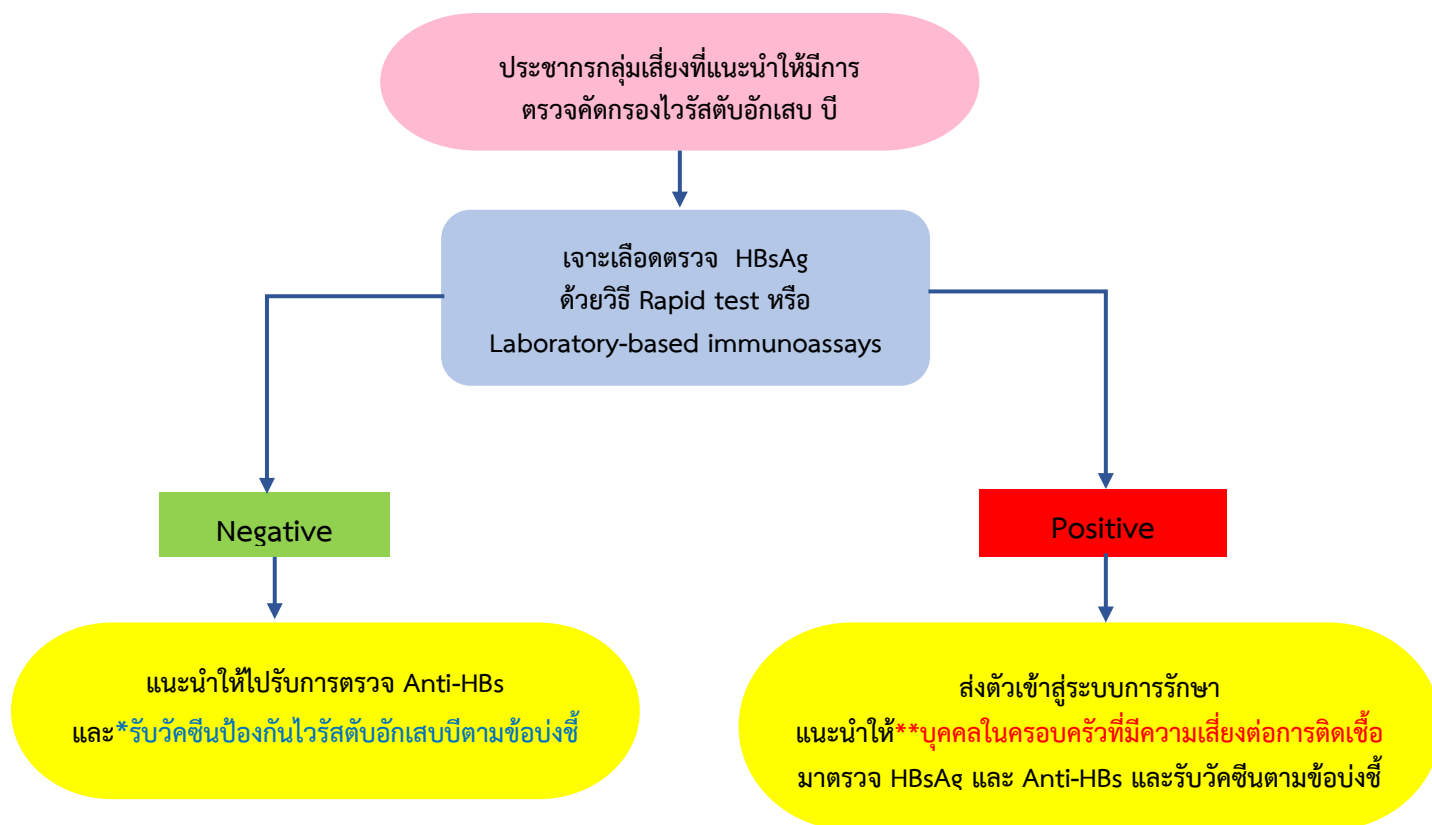
2) การตรวจด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็ว หรือ Rapid diagnostic tests (RDTs) เป็นวิธีตรวจที่ง่าย รวดเร็ว ใช้อุปกรณ์น้อย และมีราคาถูกกว่าการใช้น้ำยาตรวจในห้องปฏิบัติการ สามารถทำการตรวจที่จุดบริการได้

การตรวจทั้ง 2 แบบนี้ เป็นวิธีที่ได้การยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยการใช้ชุดตรวจ RDTs ได้รับความนิยมมากขึ้นโดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีความแม่นยำค่อนข้างสูง และสามารถใช้ได้ในทุกกลุ่มประชากร อย่างไรก็ตามการเลือกใช้ชุดตรวจ RDTs นี้ ควรเลือกใช้ชุดตรวจที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ เช่น ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก หรือ เลือกใช้ชุดตรวจที่ได้รับการทดสอบว่ามีความไวและความจำเพาะสูง ผ่านการขึ้นทะเบียนและรับรองมาตรฐานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย

ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่แนะนำให้มีการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี ได้แก่

1. เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2535
2. ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด แม้ว่าจะทดลองใช้เพียงแค่ครั้งเดียว
3. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
4. เคยได้รับเลือด หรือสารเลือด ก่อนปี 2535
5. เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนปี 2535
6. เคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
7. เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือ มีคู่นอนหลายคน โดยไม่ได้ป้องกัน
8. มีคนในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส(คู่นอน) บุตร บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดามารดา เป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี
9. เคยสักผิวหนัง เจาะหู เจาะตามร่างกาย ฝังเข็ม ในสถานที่ ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล
10. เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน
11. เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่
12. เคยใช้อุปกรณ์บางชนิดร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา เป็นต้น

ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงการตรวจคัดกรองผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี



***คำแนะนำเรื่องวัคซีน :** ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีได้ถูกจัดอยู่ในวัคซีนพื้นฐานที่ทารกที่เกิดมาต้องได้รับตามเกณฑ์ แต่ในผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 หากตรวจเลือดแล้วพบว่าไม่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ไม่มีภูมิคุ้มกันและไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีมาก่อน ควรที่จะได้รับการฉีดวัคซีน

การฉีดวัคซีนประกอบด้วย การฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน 3 ครั้ง ที่ 0, 1-2 และ 6 เดือน โดยทั่วไปการตรวจเลือด Anti-HBs หลังการฉีดวัคซีนครบตามกำหนด 1 เดือนไม่มีความจำเป็น จะตรวจเลือด Anti-HBs หลังการฉีดวัคซีนครบเมื่อผู้นั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ หรือต้องการทราบว่าเป็นผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อวัคซีน (non-responder) ในกรณีบุคคลที่เกิดภายหลังปี พ.ศ.2535 มีความประสงค์จะฉีดวัคซีนโดยที่ไม่แน่ใจ หรือไม่ทราบประวัติการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ชัดเจน ให้ฉีดวัคซีน 1 เข็มแล้วตรวจ anti HBs ภายหลังจากการฉีดวัคซีน ≥ 4 สัปดาห์ หากพบว่าระดับภูมิคุ้มกันสูงกว่า 10 mIU/ml แสดงว่าร่างกายมีภูมิคุ้มกันอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนอีก

****บุคคลในครอบครัวที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ :** ได้แก่ คู่สมรส (คู่นอน), บุตร, บิดา, มารดา และพี่น้องร่วมบิดามารดาของผู้ติดเชื้อ

บทที่ 3 การประเมินผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง เป็นขั้นตอนการประเมิน อาการ และระยะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี และความพร้อมของผู้ป่วย ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสยากขึ้น ควรส่งต่อเพื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรกระบบทางเดินอาหารเป็นผู้พิจารณาให้การรักษา

สิ่งที่ควรได้รับการประเมินก่อนการรักษา

- 1) ประเมินจากประวัติและการตรวจร่างกาย เช่น ประวัติโรคประจำตัว ยาที่รับประทานอยู่เป็นประจำ ประวัติการใช้ยากดภูมิคุ้มกันหรือกำลังจะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือยากดภูมิคุ้มกัน ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติโรคเมะเร็งตับในครอบครัว รวมถึงประเมินอาการและอาการแสดงของโรคตับแข็ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาการรักษา การเลือกใช้ยาต้านไวรัส และการตรวจติดตามหรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้จากการติดเชื้อหรือจากการรักษา
- 2) ประเมินความรุนแรงของโรคตับ ด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ AST, ALT, Platelet, HBV viral load, HBeAg และอัลตราซาวด์ตับ (+/- ตรวจ AFP เพิ่มในรายที่มีความเสี่ยงต่อเมะเร็งตับ ได้แก่ อายุ > 40 ปี ในผู้ชาย หรือ > 50 ปี ในผู้หญิง หรือ มีประวัติโรคเมะเร็งตับในครอบครัว หรือ มีภาวะตับแข็ง)
- 3) ประเมินการทำงานของไต Cr เพื่อใช้ในการพิจารณาเลือกชนิดยาต้านไวรัส
- 4) ประเมินโรคติดเชื้ออื่น ๆ เช่น ไวรัสตับอักเสบบี HIV เป็นต้น

ผู้ป่วยที่ควรส่งต่อหรือปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรกระบบทางเดินอาหาร

- 1) ผู้ป่วยที่มีประวัติปลูกถ่ายตับ หรือ ปลูกถ่ายอวัยวะอื่น ๆ
- 2) ผู้ป่วยที่อายุ ≤ 18 ปี ที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา
- 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็ง ซึ่งสามารถประเมินได้หลายวิธี เช่น จากการตรวจร่างกายพบอาการแสดงของโรคตับแข็ง (Stigmata of chronic liver disease) หรือพิจารณาจาก AST to Platelet Ratio Index (APRI) มากกว่า 2
- 4) ผลอัลตราซาวด์ตับพบลักษณะของตับแข็งหรือพบก้อนที่ตับ
- 5) ผู้ป่วยที่กำลังจะรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือยากดภูมิคุ้มกัน
- 6) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร่วมด้วย
- 7) ผู้ป่วยที่เป็นเมะเร็งตับ
- 8) หญิงตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระยะยาว
- 9) ผู้ป่วยที่มีค่า CrCl < 15 มล./นาที

ตารางที่ 1 การประเมินความรุนแรงของโรคตับ โดยใช้วิธี APRI หรือ FIB - 4

APRI

คำนวณ $APRI^* = [AST \text{ Level} \div (\text{Upper Limit of Normal of AST}) / \text{Platelet Count}] \times 100$

แปลผล	APRI > 2	หมายถึง cirrhosis	เทียบเท่า METAVIR = F4
	APRI = 0.5 - 2	หมายถึง significant fibrosis	เทียบเท่า METAVIR > F2
	APRI < 0.5	หมายถึง non or mild fibrosis	เทียบเท่า METAVIR < F2

* AST และ Upper Limit of Normal of AST มีหน่วยเป็น IU/L และ Platelet Count มีหน่วยเป็น $10^9/L$

FIB-4

คำนวณ $FIB - 4 \text{ Score} = (\text{Age}^* \times \text{AST}) / (\text{Platelets} \times \sqrt{\text{ALT}})$

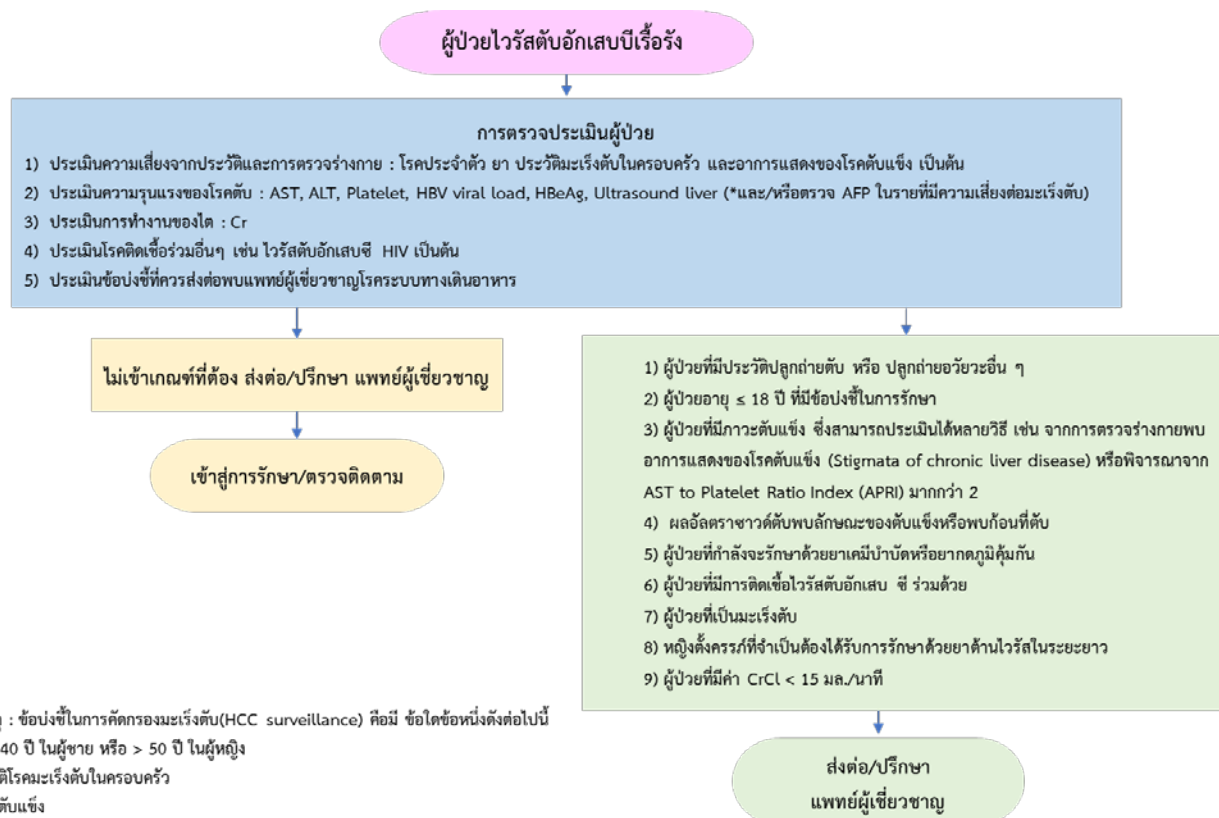
แปลผล

FIB-4 > 2.67	หมายถึง advanced fibrosis	เทียบเท่า METAVIR = F3
FIB-4 = 1.3 – 2.67	หมายถึง significant fibrosis	เทียบเท่า METAVIR > F2
FIB-4 < 1.3	หมายถึง non or mild fibrosis	เทียบเท่า METAVIR < F2

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

(สืบค้นได้จาก google: <https://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/apri>)

ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงแนวทางการตรวจประเมินผู้ป่วย



*หมายเหตุ : ข้อบ่งชี้ในการคัดกรองมะเร็งตับ(HCC surveillance) คือมี ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- อายุ > 40 ปี ในผู้ชาย หรือ > 50 ปี ในผู้หญิง
- มีประวัติโรคมะเร็งตับในครอบครัว
- มีภาวะตับแข็ง

บทที่ 4 ข้อเสนอแนะเรื่องการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง

4.1 การดำเนินโรคของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

เมื่อร่างกายเกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หากมีการกระตุ้นของ immune system ที่มากเพียงพอ ผู้ป่วยมักเกิดอาการของตับอักเสบบีบเฉียบพลัน เช่น ไข้ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ตัวตาเหลือง ปวดท้องชายโครงขวา ร่วมกับตรวจทางห้องปฏิบัติการพบลักษณะของ acute hepatocellular injury หรือ acute hepatocellular jaundice อย่างไรก็ตามในกรณีนี้นั้นร่างกายของผู้ที่ได้รับเชื้อมักจะสามารถกำจัดไวรัสออกไปได้และไม่เกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง (chronic HBV infection) ตามมา ตรงข้ามการติดเชื้อแบบเรื้อรังนั้นผู้ป่วยมักไม่มีอาการ แต่ไวรัสจะทำให้เกิดการอักเสบของตับแบบเรื้อรัง ส่งผลให้มีการสะสมของผังผืดตับ (liver fibrosis) และเกิดตับแข็งและมะเร็งตับตามมา

โดยปัจจัยที่มีผลมากที่สุดที่สัมพันธ์กับการดำเนินโรคว่าผู้ได้รับเชื้อรายใดจะเกิดการติดเชื้อแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ได้แก่ อายุ พบว่าหากได้รับเชื้อแบบ perinatal transmission โอกาสจะเกิดการติดเชื้อแบบเรื้อรังสูงถึง 95% หรือได้รับเชื้อขณะอายุ 1-5 ปีโอกาสเกิดการติดเชื้อแบบเรื้อรังประมาณ 50% ตรงข้ามกับการได้รับเชื้อในวัย adulthood ที่อายุมากกว่า 20 ปีพบการติดเชื้อแบบเรื้อรังเพียง 5-10% เท่านั้น

4.2 ยาที่ใช้ในการรักษาไวรัสตับอักเสบบี

ปัจจุบันยาที่ใช้ในการรักษาไวรัสตับอักเสบบีมี 2 กลุ่มได้แก่ ยาฉีด (pegylated-interferon alpha) และ ยารับประทาน (oral nucleoside/nucleotide analogs) โดยคุณสมบัติที่แตกต่างกันของการรักษาด้วย 2 วิธีมีดังต่อไปนี้

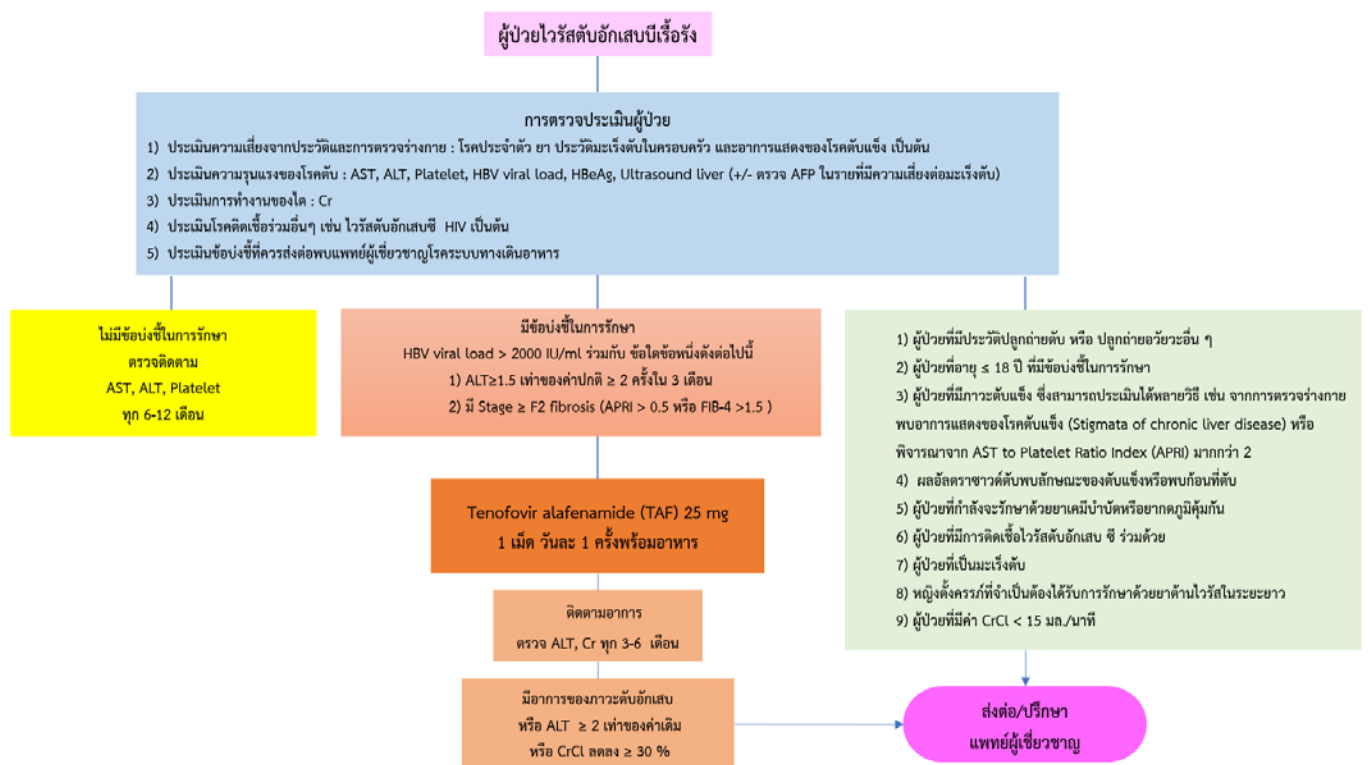
1. ยาฉีด Pegylated-interferon alpha ออกฤทธิ์เป็น immunomodulator โดนหวังผลให้เกิด long-term immunological control จึงไม่มีปัญหาเรื่องการดื้อยา มีระยะเวลาการรักษาที่แน่นอนพบผลข้างเคียงได้บ่อย เช่น flu-like symptoms, fatigue, mood disturbances, cytopenias, autoimmune disorder ไม่สามารถใช้ได้ในผู้ป่วย decompensated cirrhosis การตัดสินใจรักษาด้วยยาในกลุ่มนี้ควรใช้ข้อมูลอื่นมาประกอบ เช่น HBV DNA, HBeAg หรือ HBsAg titer เพื่อช่วยในการประเมินโอกาสการตอบสนองต่อการรักษา

2. ยารับประทานชนิด oral nucleoside/nucleotide analogs ออกฤทธิ์ที่ยั้งการแบ่งตัวของไวรัส จึงอาจทำให้เกิดการดื้อยา (HBV resistance) เมื่อรักษาไประยะหนึ่ง โดยยาในกลุ่มนี้แบ่งย่อยเป็นอีก 2 กลุ่มตามโอกาสในการเกิด HBV resistance คือ low barrier to resistance ได้แก่ lamivudine, adefovir และ telbivudine และ high barrier to resistance ได้แก่ entecavir, tenofovir disoproxil fumarate (TDF) และ tenofovir alafenamide (TAF) โดยไม่มีระยะเวลาการรักษาแน่นอน คือรับประทานยาไปจนกว่าจะถึงเป้าประสงค์ของการรักษา คือ HBeAg seroconversion ใน HBeAg positive หรือ HBsAg loss/seroconversion ใน HBeAg negative ยารับประทานในกลุ่มนี้ พบผลข้างเคียงได้แต่ไม่รุนแรง เช่น lamivudine อาจเกิด pancreatitis, lactic acidosis หรือ TDF อาจมี nephropathy, Fanconi syndrome, osteomalacia, lactic acidosis ยาในกลุ่มนี้ใช้เป็นการรักษาหลักในหลาย กรณี เช่น post-liver transplantation, severe chronic HBV exacerbation หรือ prevention of HBV reactivation ในผู้ป่วยที่ได้รับ immunosuppressive therapy

ปัจจุบันได้มีการพัฒนายาตัวใหม่ขึ้นคือ Tenofovir alafenamide (TAF) ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Tenofovir (TFV) มีคุณสมบัติด้านเภสัชพลศาสตร์และเภสัชจลนศาสตร์ที่แตกต่างจาก TDF โดยผลการศึกษาทางคลินิกพบว่า TAF มีประสิทธิภาพในการลดและควบคุมระดับไวรัสได้ไม่แตกต่างจาก TDF และพบว่า TAF จะให้ระดับยา TFV ในเลือดน้อยกว่า TDF ประมาณ 90% แต่มีระดับ TFV ในเซลล์มากกว่าและมีความจำเพาะต่อเซลล์มากกว่า จึงใช้ขนาดยาเพียง 25 mg ซึ่งต่ำกว่า TDF มาก นอกจากขนาดยาที่ใช้ต่ำกว่าแล้วยังลดอาการข้างเคียงในระยะยาวจากการใช้ยา พบว่า การใช้ TAF ในระยะยาวมีความปลอดภัยต่อมวลกระดูกและไตมากกว่า TDF มาก อย่างไรก็ตาม TAF พบอาการข้างเคียงที่สำคัญคือการเพิ่มระดับไขมันในเลือด เพิ่มน้ำหนักตัว และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะ Metabolic syndrome

เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2565 ที่ประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2565 มีมติเกี่ยวกับยารักษาไวรัสตับอักเสบ บี โดย บรรจุยา TAF ในบัญชี ให้เป็นยาขนานแรกในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง และ ปรับเงื่อนไขในการใช้ยา entecavir tab ในบัญชี ให้ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยา TAF หรือ TDF ได้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็ง หรือ มีภาวะไตวาย (CrCl น้อยกว่า 15 ml/min) และยกเลิกยา Lamivudine tab ทุกความรุนแรง สำหรับโรคไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง

ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงแนวทางการดูแลโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง



การใช้ยา Tenofovir alafenamide (TAF)

ข้อบ่งชี้ : ใช้รักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ในผู้ใหญ่ อายุ > 18 ปี ที่มีค่า CrCl > 15 มล./นาที หรือ CrCl < 15 มล./นาที ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต (dialysis)

วิธีการใช้ยา : ขนาด 25 mg 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งพร้อมอาหาร

ข้อแนะนำและข้อควรระวัง :

- 1) ข้อมูลการใช้ยา TAF ในหญิงตั้งครรภ์และผู้ป่วยที่มีภาวะ decompensated cirrhosis (Child-Pugh class B or C) ยังมีน้อย หากพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในหญิงตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระยะยาว หรือ ผู้ป่วยมีภาวะ decompensated cirrhosis พิจารณาส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อการรักษาที่เหมาะสม โดยยาที่แนะนำให้ใช้ได้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ TDF
- 2) โดยทั่วไปยา TAF มีความปลอดภัยสูง มีอันตรกิริยา(drug interaction) กับยากลุ่มอื่นน้อย แต่เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาก่อนเริ่มการรักษาสามารถตรวจสอบอันตรกิริยากับยาที่ผู้ป่วยใช้ร่วมอยู่ได้ ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ หลายช่องทาง เช่น จาก แอปพลิเคชัน liverpool HEP iChart เป็นต้น
- 3) ผลข้างเคียงที่อาจพบได้ คือ nephropathy ซึ่งพบได้น้อยกว่า TDF กรณีผู้ป่วยมี ค่า CrCl < 15 มล./นาที หรือสงสัยว่า มี Proximal tubular dysfunction แนะนำส่งต่อหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาใช้ยาทางเลือก (Entecavir)
- 4) แนะนำตรวจโรคติดเชื้อร่วมอื่นๆ เช่น ไวรัสตับอักเสบบี และ HIV
 - กรณีพบการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย ควรเลือกใช้สูตรยาต้านไวรัสที่มี TAF หรือ TDF ร่วมกับ emtricitabine (FTC) หรือ lamivudine (3TC) และยาต้าน HIV ตัวที่ 3 (เช่น TAF/FTC/Dolutegravir (DTG), TLD (TDF/3TC/DTG)
 - กรณีตรวจไม่พบการติดเชื้อ HIV แต่ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV แนะนำตรวจ Anti-HIV ทุก 1 ปี และแนะนำให้ใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) สูตร TDF/FTC หรือ TAF/FTC (ยกเว้นการใช้ TAF/FTC ในกลุ่ม vaginal receptive sex เช่น ในหญิง) โดยรับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 24 ชั่วโมง ในระหว่างที่ใช้ยา PrEP ควรตรวจ Anti-HIV ทุก 3 เดือน ทั้งนี้ในผู้ที่ตรวจพบ HBsAg positive แนะนำให้ใช้ daily PrEP ถึงแม้ว่าการอนามัยโลกจะแนะนำว่าผู้ที่มี HBsAg positive ให้ใช้ on demand หรือ event driven PrEP ได้ แต่สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยและสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย (รวมถึง US CDC, Australian guideline) แนะนำให้ใช้ daily PrEP
 - กรณีพบไวรัสตับอักเสบบี ร่วมกับ พิจารณาส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากกรณีนี้ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบบีก่อนเริ่มให้ยารักษาไวรัสตับอักเสบบี เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคตับอักเสบบี (Hepatitis B flare)

ข้อเสนอแนะในการหยุดยา

กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งควรรับประทานยาไปตลอดชีวิต ในผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่มีภาวะตับแข็งแต่มีปัญหาในการใช้ยาหรือต้องการหยุดยา พิจารณาส่งต่อหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก่อนหยุดยา

4.3 คำแนะนำการตรวจติดตาม

● กรณีไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา

- แนะนำตรวจติดตามอาการและตรวจ AST, ALT, Platelet ทุก 6-12 เดือน หากพบว่ามีค่า ALT ≥ 1.5 เท่าของค่าปกติ ≥ 2 ครั้งใน 3 เดือนโดยไม่พบสาเหตุจากอย่างอื่น หรือ มี Stage \geq F2 fibrosis (APRI > 0.5 หรือ FIB-4 > 1.5) พิจารณาตรวจ HBV viral load เพิ่มเติมเพื่อประเมินอาการและข้อบ่งชี้ในการรักษา
- หากมีข้อบ่งชี้ในการคัดกรองมะเร็งตับ แนะนำตรวจ Ultrasound liver, +/- AFP, ทุก 6-12 เดือน

● กรณีมีข้อบ่งชี้ในการรักษา (หลังเริ่มยา TAF)

- ควรมีการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นระยะ เนื่องจากหากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือหยุดยาเอง อาจทำให้เกิดการกำเริบของโรคตับอักเสบบี(Hepatitis B flare) หรือ เกิดการติดต่อยาด้านไวรัสได้
- แนะนำตรวจติดตามอาการและตรวจ ALT, Cr ทุก 3-6 เดือน กรณีพบว่าผู้ป่วยมีอาการของภาวะตับอักเสบ เช่น ตาเหลือง ตัวเหลือง หรือมี ค่า ALT สูงขึ้นกว่าค่าเดิม ≥ 2 เท่า หรือ CrCl ลดลง $\geq 30\%$ แนะนำส่งต่อหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
- หากมีข้อบ่งชี้ในการคัดกรองมะเร็งตับ แนะนำตรวจ Ultrasound liver, +/- AFP, ทุก 6-12 เดือน

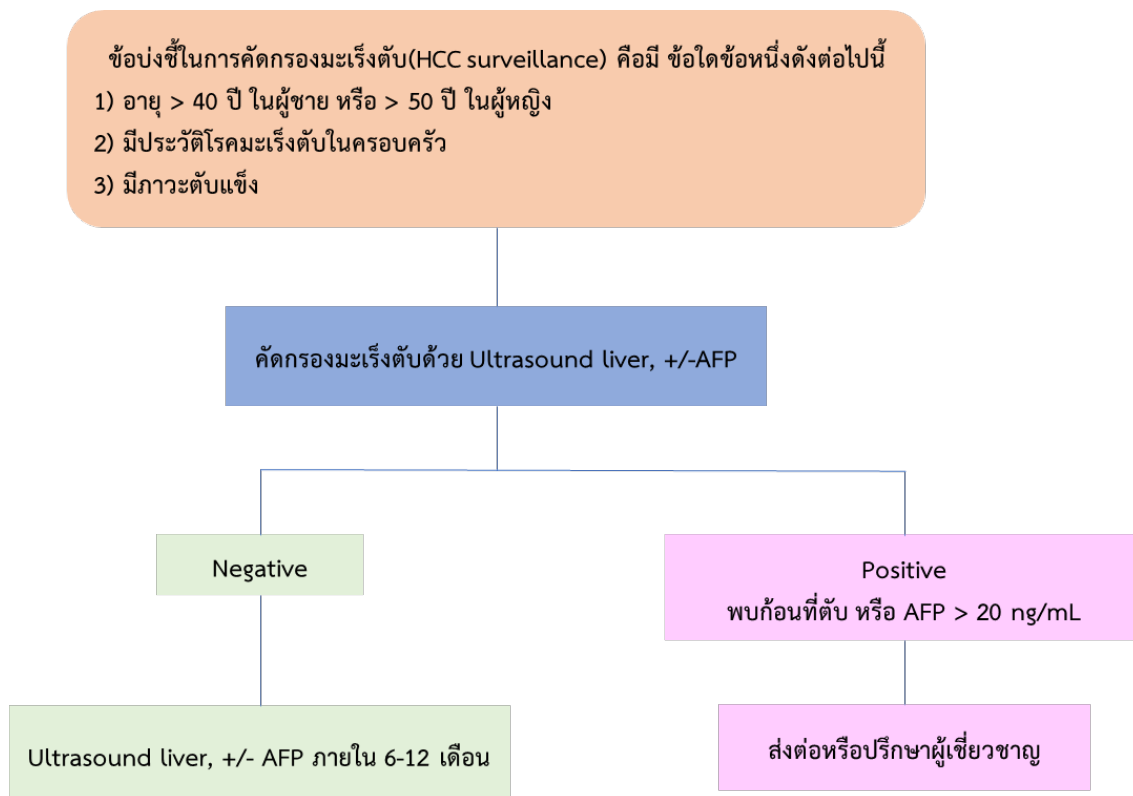
4.4 คำแนะนำการคัดกรองมะเร็งตับ (HCC surveillance)

กรณีผู้ป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ที่มีข้อบ่งชี้ในการคัดกรองมะเร็งตับ (HCC surveillance) ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ แนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งตับด้วยอัลตราซาวด์ตับ, +/- AFP ทุก 6-12 เดือน

- 1) อายุ > 40 ปี ในผู้ชาย หรือ > 50 ปี ในผู้หญิง
- 2) มีประวัติโรคตับแข็งในครอบครัว
- 3) มีภาวะตับแข็ง

หากผลอัลตราซาวด์พบก้อนที่ตับ หรือ AFP > 20 ng/mL พิจารณาส่งต่อหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

ภาพที่ 5 แผนภูมิแสดงแนวทางการคัดกรองมะเร็งตับ



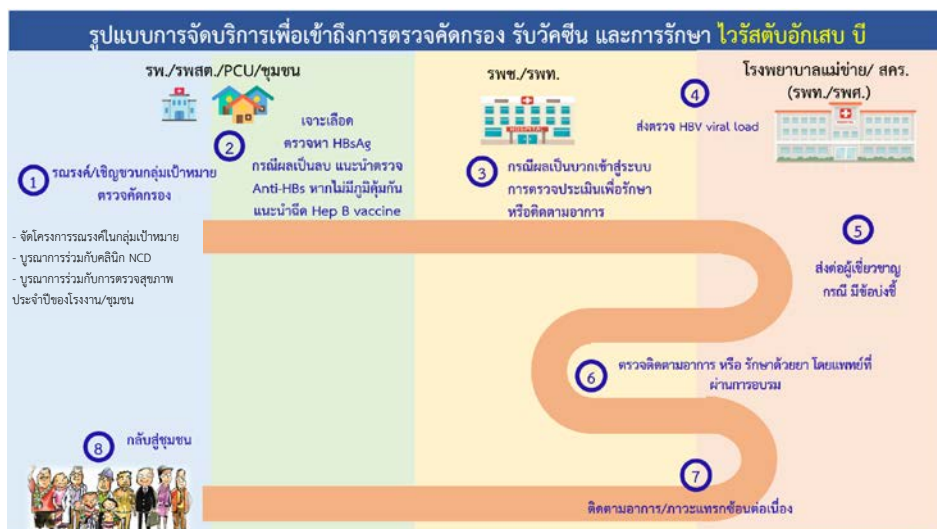
4.5 คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย

- แนะนำเรื่องการติดต่อของไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเลือดและเพศสัมพันธ์ การรับประทาน อาหารร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ไม่เพิ่มความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อให้ผู้อื่น
- แนะนำให้บุคคลในครอบครัวที่มีความเสี่ยง ได้แก่ คู่สมรส(คู่นอน) บุตร บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดามารดา มารับการตรวจคัดกรอง และตรวจภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี หากพบว่าไม่ติดเชื้อและไม่มีภูมิคุ้มกันต่อ ไวรัสตับอักเสบบีแนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี
- แนะนำเรื่องประโยชน์ทางสุขภาพที่จะได้รับหากรักษาต่อเนื่อง รวมถึงผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงมีความจำเป็นต้องมาตรวจติดตามเป็นระยะ
- แนะนำความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาในระยะยาวและวินัยในการรับประทานยา เนื่องจากหาก รับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือหยุดยาเอง อาจทำให้เกิดการกำเริบของโรคตับอักเสบบี หรือ เกิดการดื้อ ต่อยาด้านไวรัสได้
- แนะนำแนวทางป้องกันโรคติดต่อทางเลือดและทางเพศสัมพันธ์ และกรณีในระหว่างการรักษาหากผู้ป่วยมี ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ควรแจ้งแพทย์ผู้รักษาเพื่อตรวจเพิ่มเติม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการดื้อยาของ เชื้อ HIV ต่อยา TAF หากใช้เป็นยาเดี่ยว
- แนะนำกรณีผู้ป่วยเป็นผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ หากสงสัยหรือตรวจพบว่าตั้งครรภ์ควรแจ้งแพทย์ผู้รักษา

บทที่ 5 รูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษา

- 1) เชิญชวนกลุ่มเป้าหมายตรวจคัดกรอง สามารถดำเนินการร่วมกับร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อมในการสนับสนุนการคัดกรองและดูแลรักษา หรือบูรณาการร่วมกับคลินิกNCD หรือ การตรวจสุขภาพประจำปีของโรงงาน
- 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) เจาะเลือดตรวจหา HBsAg กรณีผลเป็นลบ แนะนำตรวจภูมิคุ้มกัน Anti-HBs ที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป หากตรวจไม่พบภูมิคุ้มกันแนะนำให้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี
- 3) กรณีผล HBsAg เป็นบวก ส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อเข้ากระบวนการตรวจประเมินผู้ป่วย และแนะนำบุคคลในครอบครัวที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อมาตรวจคัดกรอง
- 4) หากผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบบทางเดินอาหาร แต่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป สามารถเริ่มรักษาด้วยยา Tenofovir alafenamide (TAF)
- 6) หากผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อเพื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบบทางเดินอาหารดูแล ให้ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย
- 7) หากผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา นัดตรวจติดตามอาการต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป
- 8) โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป ดูแลภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระหว่างการรักษาและตรวจติดตามอาการต่อเนื่อง
- 9) ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

ภาพที่ 6 รูปแบบการจัดบริการเพื่อเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการรักษา ไวรัสตับอักเสบบี



เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2562 Annual Epidemiological Surveillance Report 2019. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2562.
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2564). ความก้าวหน้าการดำเนินงาน การกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี. เอกสารนำเสนอต่อที่คณะอนุกรรมการด้านการป้องกันควบคุม โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ครั้งที่ 2/2565.
3. คำแนะนำการให้วัคซีนป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (Recommended Adult and Elderly Immunization Schedule). สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย. 2561.
4. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เรื่องในประเทศไทย ปี 2558. (Thailand Practice Guideline for Management of Chronic Hepatitis B and C 2015). สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. 2558.
5. ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573. (Thailand National Strategies to Eliminate Viral Hepatitis 2022 – 2030). 2565.
6. ศิษฏ์ ศิริมลพิวัฒน์. ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B infection). เข้าถึงเมื่อ [8 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://thas1.org/ไวรัสตับอักเสบบี-hepatitis-b-infection/>.
7. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021.
8. Tenofovir Alafenamide Fumarate Tablet - Uses, Side Effects, and More. เข้าถึงเมื่อ [8 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.webmd.com/drugs/2/drug-172868/tenofovir-alafenamide-oral/details> .
9. The Success of a Universal Hepatitis B Immunization Program as Part of Thailand's EPI after 22 Years' Implementation. PLoS One. 2016.
10. World Health Organization. Guidelines On Hepatitis B and C Testing. Printed in China. 2017.

ภาคผนวก

รายนามแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมทบทวนเนื้อหา

แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัส

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. ศ.นพ. ทวีศักดิ์ แทนวันดี | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. ศ.นพ.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. ศ.ดร.นพ. สมบัติ ตีระประเสริฐสุข | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. พญ.อัญชลี อวิหิงสานนท์ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. รศ.(พิเศษ) นพ.เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล | โรงพยาบาลราชวิถี |
| 6. พญ.เกศรินทร์ ถานะภิรมย์ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 7. นพ.รัฐพล เตரியมิชานนท์ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 8. นพ.กฤษ ลีทองอิน | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 9. พญ.ศุภรัตน์ เข็มนาค | สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค |



**ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ 0-2590-3216 โทรสาร 0-2591-8413
Email : Hepatitis.bats@gmail.com**