

บทบรรณาธิการ

ไวรัสตับอักเสบ ซี กับการให้เลือด

ยง ภู่วรรณ

ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตับอักเสบหลังการเปลี่ยนถ่ายเลือด เป็นที่รู้จักกันมานาน ตั้งแต่เมื่อก่อน 30 ปีที่ผ่านมา โดยพบผู้ป่วยตับอักเสบหลังการเปลี่ยนถ่ายเลือดจะตรวจไม่พบ ไวรัสตับอักเสบบี และ ปี¹ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2532 นักวิทยาศาสตร์ใช้หลักการทางเทคนิคชีวโมเลกุล สามารถตรวจพบไวรัสตับอักเสบ ซี² เป็นครั้งแรกในผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าว

นับเป็นจุดเริ่มต้นการศึกษาไวรัสตับอักเสบ ซี และนำองค์ความรู้มาใช้ในการวินิจฉัยการรักษาและป้องกันในเวลาต่อมา ไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นปัญหาของประชากรทั่วโลก โดยประมาณกันว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อเรื้อรังทั่วโลกมากกว่า 170 ล้านคน³ หรือสูงกว่าการติดเชื้อ HIV ประมาณ 5 เท่า จึงต้องให้ความสำคัญต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี โดยเฉพาะมาตรการการป้องกัน

ประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นจำนวนเท่าไร ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางไวรัสวิทยาคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศึกษาในประชากรทั่วไป ใน 4 จังหวัด ของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดเชียงราย อุตรดิตถ์ ชลบุรี และนครศรีธรรมราช (ตัวแทนภาคต่างๆ ของประเทศไทย) จำนวนประมาณเกือบ 6,000 ราย อายุตั้งแต่ 6 เดือนถึงมากกว่า 60 ปี โดยคิดตามอัตราส่วนประชากรกลุ่มอายุต่างๆ ตามประชากรของประเทศ พบอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 2.2 (ข้อมูลการลงทะเบียน) การศึกษากลุ่มเสี่ยง เช่น IVUDU จะมีอัตราการติดเชื้อสูงมาก⁴ (มากกว่าร้อยละ 80) และอัตราการติดเชื้อจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังการติดยาเสพติดเพียง 6-12 เดือน ก็จะ

มีอัตราการติดเชื้อขึ้นสูงสุดแล้ว⁵ และกลุ่มผู้ได้รับโลหิตเป็นประจำเช่น thelassemia⁶ hemophilia เช่นการศึกษาในรายงานในวารสารเล่มนี้

สายพันธุ์ที่พบ (genotype) ในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็น genotype 3a (40.2%) และรองลงมาคือ 1b (36.2%) และสายพันธุ์ 6 variance ประมาณร้อยละ 7 ที่เหลือจะเป็นสายพันธุ์อื่นๆ อีก⁷

การตรวจพบ antiHCV ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตรายใหม่มีอุบัติการณ์ลดลงมาโดยตลอด จากการศึกษาในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตในปี พ.ศ. 2534 ตรวจพบ antiHCV ร้อยละ 1.56 ข้อมูลของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ตรวจพบ antiHCV ในผู้บริจาคโลหิตรายใหม่ในปี พ.ศ. 2549 พบร้อยละ 1.52 พ.ศ. 2540 พบร้อยละ 1.41 พ.ศ. 2547 พบร้อยละ 1.17 พ.ศ. 2542 ร้อยละ 1.04 พ.ศ. 2543 ร้อยละ 0.98 พ.ศ. 2544 ร้อยละ 0.78 และในปี พ.ศ. 2545 ลดลงเหลือร้อยละ 0.77 (ข้อมูลจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ) สภาวิชาชีพไทย มาตรการการตรวจกรองเลือด และการให้ความรู้ด้านสุขอนามัยและวิธีการป้องกันโรคที่ติดต่อทางเลือด น้ำเหลือง เช่นไวรัสตับอักเสบบี และ HIV ทำให้แนวโน้มของการติดเชื้อ HCV ลดลงไปด้วยและ ทำให้อุบัติการณ์การติดเชื้อหลังการเปลี่ยนถ่ายเลือดลดลงอย่างมาก

ไวรัสตับอักเสบ ซี มีระยะเวลาฟักตัวประมาณ 5-10 สัปดาห์ การป่วยเป็นตับอักเสบแบบเฉียบพลันพบได้น้อยมาก มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจจะกำจัดไวรัสตับอักเสบ ซี ได้ แต่พบเป็นจำนวนน้อย การติดเชื้อประมาณ 3 ใน 4 จะเป็นแบบเรื้อรัง และทำให้เกิดปัญหาโรคตับอักเสบเรื้อ

รัง ตับแข็ง และมะเร็งตับได้ โดยทั่วไปจะใช้เวลานับ 10 ปี โดยเฉลี่ยประมาณ 20-30 ปี หลังจากได้รับเชื้อ จึงอาจกล่าวได้ว่าเป็นไวรัสที่คุกคามทำลายเซลล์ตับอย่างช้า ๆ

อาการของโรคตับอักเสบเรื้อรังพบได้เช่นเดียวกับตับอักเสบเรื้อรังจากสาเหตุอื่น เช่น เพลียง่าย เบื่ออาหาร ตัวเหลือง ตาเหลือง ดีซ่าน ท้องโตขึ้น มีน้ำในช่องท้อง ขาบวม เป็นต้น โดยทั่วไปถ้าเกิดอาการตับแข็งแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่ระดับประคองป้องกันไม่ให้ตับถูกทำลายไปมากกว่าเดิม

ในปัจจุบันการรักษาใช้ยาจำพวกอินเตอร์เฟอรอน (Interferon) และยากดภูมิคุ้มกันไวรัส เช่น ไรบาวิริน ยามีราคาแพงมาก นอกจากนี้ยายังมีอาการข้างเคียงพบได้ อินเตอร์เฟอรอนจำเป็นต้องให้ด้วยวิธีการฉีด โดยฉีดอาทิตย์ละ 3 ครั้งเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ส่วนไรบาวิรินเป็นยาใช้รับประทาน สำหรับ interferon ที่มีฤทธิ์ยาว (pegylated interferon) ให้ฉีดอาทิตย์ละ 1 ครั้ง ปัจจุบันใช้ในผู้ป่วยยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนให้ใช้ในเด็ก การศึกษาการใช้ peg interferon ร่วมกับ ribavirin ในผู้ใหญ่ 2 clinical trials พบว่าการตอบสนองของไวรัส (sustained virologic response) ร้อยละ 54 และ 56 และพบว่าผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี genotype 2 และ 3 จะได้ผลดีกว่า (ร้อยละ 60-80) ผู้ป่วย genotype 1^{8,9} การดูแลรักษาจำเป็นต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคตับ

สายพันธุ์ไวรัสตับอักเสบ ซี มีผลต่อการรักษา โดยพบว่าสายพันธุ์ไวรัสตับอักเสบ ซี genotype 1 จะต้องการรักษาด้วย interferon และ ribavirin มากกว่าสายพันธุ์ genotype อื่น (genotype 3,6) ดังนั้นการตรวจหา genotype ก่อนการรักษาจะเป็นประโยชน์ต่อการให้คำแนะนำผู้ป่วย

การศึกษาในคู่สามีภรรยาจำนวน 160 คู่ ที่มีบุคคลใดบุคคลหนึ่งตรวจพบ antiHCV พบว่ามีเพียง 4 คู่เท่านั้นที่ตรวจพบ antiHCV ทั้ง 2 คน และจากการศึกษารายละเอียดสายพันธุ์แล้วพบว่ามีเพียงคู่เดียวที่มีสายพันธุ์

ไวรัสตับอักเสบ ซี ที่คล้ายกัน แสดงให้เห็นว่าไวรัสตับอักเสบ ซี ติดทางเพศสัมพันธ์ได้น้อยมาก¹⁰

ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนใช้ในการป้องกัน ทั้งนี้เพราะความหลากหลายของสายพันธุ์ไวรัสตับอักเสบ ซี ทำให้เป็นอุปสรรคในการผลิตวัคซีนเพื่อป้องกัน

การป้องกันสามารถทำได้เช่นเดียวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และไวรัสตับอักเสบ บี การตรวจกรองเลือดทุกหน่วยที่ใช้และหลีกเลี่ยงการใช้เลือดหรือผลิตภัณฑ์เลือดที่มีไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นวิธีการป้องกันอย่างได้ผล การตรวจกรองเลือดด้วย NAT จำเป็นต้องมีการศึกษาอย่างละเอียดในประเทศไทยถึงประสิทธิภาพในการตรวจกรองและความคุ้มค่าในการตรวจกรองก่อนที่จะมีการนำมาใช้จริงอย่างกว้างขวาง

เอกสารอ้างอิง

1. Alter MJ, Holland PV, Purcell RH. The emerging pattern of post-transfusion hepatitis. *Am J Med Sci* 1975;27:29-34.
2. Choo QL, Kuo G, Weinder AJ, Overby LR, Bradley DW, Houghton M. Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A non-B viral hepatitis genome. *Science*. 1989;244:359-62.
3. Cohen J. The scientific challenge of hepatitis C. *Science* 1999;285:26-30.
4. Viroj Verachai, Tipwan Thutiprawan, Apiradee Theamboonlers, Teeraporn Chinchai, Srivilai Tanprasert, Bart L. Haagmans, Albert.-D.M.E. Osterhaus, Yong Poovorawan. Prevalence and Genotypes Of Hepatitis C virus infection among different groups of drug addicts and blood donors in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2002;4:849-51.
5. Hansurabhanon T, Jirapongsa C, Tunsakun P, Sukbunsung R, Bunyananee B, Kuirat P, Meedsen S, Waedeng W, Theamboonlers A, Poovorawan Y. Infection with hepatitis C virus among intravenous-drug users: prevalence, genotypes and risk-factor-associated behaviour patterns in Thailand. *Ann Trop*

- Med Parasitol* 2002;96:615-25.
6. Poovorawan Y, Pongpunlert W, Chumdermpadetsuk S, Sakulramrung R, Israsena S. The Prevalence of Hepatitis C Virus Antibodies Among the Risk Groups in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1991;22:133-4.
 7. Themboonlers A, Chinchai T, Bedi K, Jantaramee P, Sripontong M, Chongsrisawat V, Poovorawan Y. Molecular characterization of HCV core region in Thai blood donor. *Acta Virologica* 2002;46:169-73.
 8. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, et al. Pegylated interferon-alpha2b plus ribavirin compared with interferon alpha-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C : a randomized trial. *Lancet*. 2001;358:958-65.
 9. Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2002;347:975-82.
 10. Boonyarad V, Choeichareon S, Chutaputti A, Poovorawan Y. Interspousal Transmission of Hepatitis C virus in Thailand. *J Gastroenterol* 2003;38:1053-9.

