

การดูแลทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ศุภมาส พันธุ์ชัย *

โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ คาดประมาณว่าใน พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 1,500,000 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 820,000 ราย และจากการสำรวจความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในคนไทยพบว่า ปัจจุบันเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราการตรวจพบ HBsAg ร้อยละ 0.1 กล่าวคือ ปัจจุบันมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวนหลายพันคนที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากมารดาตั้งแต่แรกคลอดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก จึงนับเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งของปัญหาตับอักเสบบีเรื้อรังและมะเร็งตับของประเทศที่ก่อให้เกิดความสูญเสียกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก ให้เด็กไทยอายุน้อยกว่า 5 ปี ให้น้อยกว่าร้อยละ 0.1 ภายในปีพ.ศ. 2568

โดยมีมาตรการสำคัญคือ

1. เร่งรัดการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย
2. ส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับ HBIG อย่างน้อยร้อยละ 95
3. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและมีปริมาณไวรัสตับอักเสบบี สูง ได้รับยาต้านไวรัส อย่างน้อยร้อยละ 95
4. คงระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี อย่างน้อยร้อยละ 90

โดยมีแนวทางการดำเนินงานตั้งแต่การตรวจหาโรคไวรัสตับอักเสบบีในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ในสถานบริการต่างๆ ต้องได้รับการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยใช้ชุดทดสอบ (Rapid test) หรือ การตรวจด้วย Lab – based

เมื่อค้นพบหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ต้องตรวจ HBeAg ตรวจการทำงานของไตและเอนไซม์ตับ เพื่อใช้พิจารณาให้การรักษาต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มี HBeAg เป็นบวก ควรได้รับยาต้านไวรัส Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 - 32 สัปดาห์ จนถึง 4 สัปดาห์หลังคลอด เพื่อลดการถ่ายทอดโรคไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก ทั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถคลอดได้ทั้งวิธีการคลอดตามปกติหรือการคลอดโดยการผ่าคลอด แต่ควรหลีกเลี่ยงหัตถการทางสูติศาสตร์ เช่น การใช้เครื่องดูด หรือคีม เพื่อช่วยคลอดโดยไม่จำเป็น

สุดท้ายการดูแลทารกที่มารดาเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ควรหลีกเลี่ยงหัตถการความเสี่ยงสูง เช่น การเจาะตรวจ ให้น้ำค้ำ และหัตถการช่วยคลอดอย่างการใช้เครื่องดูดหรือคีม เมื่อทารกคลอดต้องได้รับ Hepatitis B immunoglobulin (HBIG) และวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี โดยเร็วที่สุด ภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด หลังจากนั้นให้รับวัคซีนต่อเนื่องเมื่ออายุครบ 1, 2, 4 และ 6 เดือน ตามลำดับ นอกจากนี้ ทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เมื่ออายุ 12 เดือน เพื่อทราบว่าได้ติดเชื้อจากมารดาหรือไม่ รวมถึงการตรวจระดับภูมิคุ้มกันที่เกิดจากวัคซีนที่ได้รับ

ซึ่งขั้นตอนต่างๆทั้งหมดที่กล่าวมานี้ใช้เวลารวมกันถึงเกือบสองปี จำเป็นต้องมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงานที่ต้องประสานงาน และวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงตั้งแต่เด็กยังอยู่ในครรภ์ จนคลอดออกมาได้รับวัคซีน และติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นการทำงานร่วมกันของทีมนสูติแพทย์ อายุรแพทย์ และกุมารแพทย์ ทั้งนี้การติดตาม

*นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกระบี่

การดำเนินงาน จะดำเนินการโดยผ่านโปรแกรม HB – MTCT (Hepatitis B Mother to Child Transmission Program) และระบบรายงานตามที่กำหนด

โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นสาเหตุของโรคตับแข็งและมะเร็งตับ การดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี นั้นแบ่งเป็นระยะเฉียบพลันและเรื้อรังในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยจะมีอาการไข้ อ่อนเพลีย ตัวเหลือง ตาเหลือง เป็นต้น แต่ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ในช่วงแรกอาจไม่มีอาการ ต่อมาอาจมีอาการตับอักเสบบีเฉียบพลันแทรกซ้อนเป็นระยะเมื่อเซลล์ตับถูกทำลายมากจึงเริ่มมีอาการของโรคตับแข็ง เช่น ตัวบวม ท้องบวม ตัวเหลือง ตาเหลือง เส้นเลือดโป่ง เลือดออกง่าย โดยผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง นั้น จะมีโอกาสป่วยเป็นตับแข็งและมะเร็งตับถึงร้อยละ 20 – 30 การถ่ายทอดโรคไวรัสตับอักเสบบี นั้นสามารถถ่ายทอดได้หลายวิธี เช่น การสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ที่ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับเด็กทารกนั้น มักได้รับการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Mother - to - Child Transmission) โดยเฉพาะทารกที่คลอดจากมารดาที่มีจำนวนไวรัสตับอักเสบบี ในเลือดสูง หรือมารดาที่มี HBeAg เป็นบวก ทารกจะมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้สูงถึงร้อยละ 90 ในขณะที่ทารกที่คลอดจากมารดาที่ HBeAg เป็นลบ มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากมารดา เพียงร้อยละ 10

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในทารก มีการดำเนินโรคที่แตกต่างจากการติดเชื้อเมื่อเป็นผู้ใหญ่ กล่าวคือ ผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มักมีอาการตับอักเสบบีระยะเฉียบพลัน และกลายเป็นผู้ติดเชื้อเรื้อรังประมาณร้อยละ 5 ในขณะที่ทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากมารดา มักไม่แสดงอาการ แต่จะกลายเป็นผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง มากถึงร้อยละ 90 ทำให้เด็กทารกที่ติดเชื้อจากมารดา มีโอกาสป่วยเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งตับมากขึ้นเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่

ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ทำแผนพับประชาสัมพันธ์ และมีแนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก พ.ศ. 2566 ออกมาเผยแพร่ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข

แม้ว่าจะมีแนวทางต่อเนื่องในการดูแลจากเจ้าหน้าที่มากมาย แต่สิ่งสำคัญและเป็นหัวใจของการดูแลรักษา ก็คือการให้ความรู้ ความเข้าใจ กับครอบครัว เพื่อให้มารดาพาลูกมารับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้จบเพียงแค่การฉีด HBIG และไปฉีดวัคซีนตับอักเสบบี แต่ไม่กลับมาติดตามเจาะเลือดเมื่อเด็กอายุครบหนึ่งปี ทำให้เด็กพลาดโอกาสในการตรวจการติดเชื้อและระดับภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้ในอนาคตเด็กบางคนอาจจะกลับมาด้วยภาวะการเป็นโรคตับอักเสบบี หรือมะเร็งตับได้ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าเสียดาย สำหรับโรคที่สามารถป้องกันได้ ถ้ามีการดูแลรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ช่วงแรกแบบนี้

