

แนวทางการตรวจ ดูแล และรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ

พ.ศ. 2569

ไวรัสตับอักเสบบี สามารถถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Mother - to - child - transmission) ได้ ส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากแม่ในขณะคลอด โดยเฉพาะแม่ที่มีปริมาณไวรัสในเลือดสูงหรือมี HBeAg (Hepatitis B e antigen) เป็นบวก มีความเสี่ยงที่ลูกจะติดเชื้อจากแม่และเป็นการติดเชื้อแบบเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 90 ซึ่งการติดเชื้อแบบเรื้อรังมีโอกาสรักษาหายขาดต่ำ และอาจมีการดำเนินโรคต่อไปเป็นตับแข็งหรือมะเร็งตับในอนาคต ดังนั้นการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดอุบัติการณ์ ความชุกของโรค และการเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี นำไปสู่เป้าหมายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้สำเร็จในอนาคต

การดำเนินงานเพื่อป้องกันและกำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก มีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ วัคซีน อิมมูโนโกลบูลิน และยาต้านไวรัส ที่นำมาใช้ในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ โดยมีขั้นตอน ได้แก่ 1) การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ 2) การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในระยะตั้งครรภ์ ระยะระหว่างคลอด และระยะหลังคลอด และ 3) การดูแลลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์

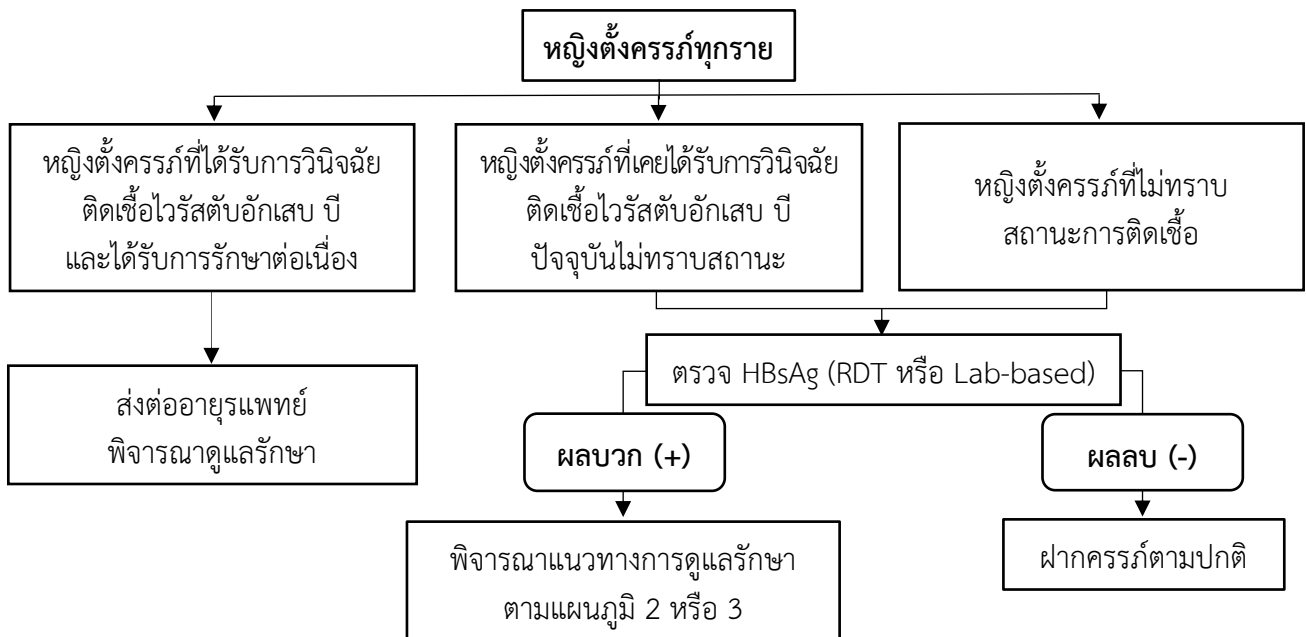
หญิงตั้งครรภ์ทุกรายต้องได้รับการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ตรวจ Hepatitis B surface antigen: HBsAg) โดยทั่วไปจะได้รับบริการตรวจเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกในแต่ละครรภ์ กรณีที่หญิงตั้งครรภ์เป็นผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรังและอยู่ระหว่างการติดตามอาการหรือรักษา อาจไม่จำเป็นต้องตรวจซ้ำ หรือกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีภาวะตับอักเสบบีจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อยู่เดิม ควรส่งต่อให้อายุรแพทย์ดูแลทันที โดยไม่จำเป็นต้องตรวจซ้ำใหม่ (แผนภูมิ 1)

หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ แต่มาโรงพยาบาลเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดแล้ว จำเป็นต้องได้รับการตรวจ HBsAg ทุกครั้ง หากพบหญิงตั้งครรภ์เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ให้ดำเนินการดูแลรักษาตามแนวทางในระยะระหว่างคลอดและระยะหลังคลอด รวมทั้งการดูแลลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ

ทั้งนี้ คู่หรือสามีของหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และควรแนะนำให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในคู่ที่มีผลเลือดต่างที่ไม่เคยได้รับวัคซีน หรือไม่มีประวัติการได้รับวัคซีน หรือได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วน เพื่อเพิ่มโอกาสป้องกันการถ่ายทอดเชื้อระหว่างคู่

การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี อาจทำได้โดยการใช้ชุดตรวจแบบทราบผลเร็ว (Rapid diagnostic test; RDT) หรือตรวจด้วยวิธี Laboratory - based immunoassay เช่น การตรวจ ด้วยวิธี Enzyme immunoassay (EIA) หรือ Chemiluminescence immunoassay (CLIA) ซึ่งเป็นมาตรฐานสำหรับตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในปัจจุบันชุดตรวจแบบทราบผลเร็ว (HBsAg rapid test) ได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น จนมีค่าความไว (Sensitivity) และค่าความจำเพาะ (Specificity) ที่ใกล้เคียงกับการตรวจ HBsAg ด้วยวิธี Lab - based ดังนั้น หน่วยบริการสามารถใช้ชุดตรวจแบบทราบผลเร็วที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ที่มีค่าความไว (Sensitivity) และค่าความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 98 ขึ้นไป เพื่อให้ผลการตรวจมีความแม่นยำ หรือสามารถใช้การตรวจด้วยวิธี Lab - based ในการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยพิจารณาเลือกใช้วิธีตรวจตามความเหมาะสมของแต่ละหน่วยบริการ

แผนภูมิ 1 การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์



2. การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในระยะตั้งครรภ์ ระยะระหว่างคลอด และระยะหลังคลอด

2.1 ระยะตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือมีผลการตรวจ HBsAg เป็นบวก มีแนวทางในการดูแลรักษา 2 แนวทาง โดยพิจารณาเลือกใช้แนวทางดูแลรักษาตามบริบทของหน่วยบริการแต่ละแห่ง จากความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการของ HBeAg (Lab-based) หรือ HBV viral load ของหน่วยบริการหรือความสามารถในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอก เพื่อให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และใช้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นข้อบ่งชี้ในการให้ยาต้านไวรัสแก่หญิงตั้งครรภ์ สำหรับลดโอกาสถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก แนวทางการดูแลรักษาดังกล่าว ได้แก่

2.1.1 แนวทางที่ 1 สำหรับหน่วยบริการที่สามารถตรวจ HBeAg (Lab-based) หรือ HBV viral load ได้หรือสามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอก

หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจ HBsAg เป็นบวก ควรได้รับการตรวจ HBeAg (Lab-based) หรือ HBV viral load เพื่อวิเคราะห์ปริมาณไวรัสตับอักเสบบี ร่วมกับการตรวจการอักเสบของตับจากเอนไซม์ Aspartate transaminase (ALT) และการทำงานของไตจาก Creatinine มี 4 กรณี ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับการรักษาอยู่เดิม ให้ส่งต่อ/ปรึกษาเพื่อให้อายุรแพทย์พิจารณาให้รักษาตามความเหมาะสม
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี และตรวจพบค่า ALT สูงกว่า Upper normal limit (เพศชายระดับ ALT มากกว่า 30 และเพศหญิงระดับ ALT มากกว่า 19) หรือมีค่า Creatinine สูง สงสัยมีการทำงานของไตผิดปกติ ให้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้อายุรแพทย์พิจารณาให้การรักษาและป้องกันการถ่ายทอดโรคไวรัสตับอักเสบบี ตามความเหมาะสม

3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี และตรวจพบค่า ALT และ Creatinine ปกติ และผล HBeAg เป็นลบ หรือมีผลตรวจ HBV viral load < 200,000 IU/mL (< 5.3 log₁₀ IU/mL) ให้ฝากครรภ์ตามปกติ โดยไม่ต้องกินยาต้านไวรัสหรือพิจารณาให้ยาต้านไวรัสตามแนวทางการรักษาในผู้ใหญ่

4. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี และตรวจพบค่า ALT และ Creatinine ปกติ และผล HBeAg เป็นบวกหรือมีผลตรวจ HBV viral load ≥ 200,000 IU/mL (≥ 5.3 log₁₀ IU/mL) ให้พิจารณาให้กินยาต้านไวรัส ได้แก่ Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) หรือ Tenofovir Alafenamide (TAF) เพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดและลดความเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งปัจจุบันคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติมีมติเห็นชอบให้ยา TDF และ TAF ใช้สำหรับรักษาหรือควบคุมการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี **จริงๆ ในหญิงตั้งครรภ์ (ยา TAF มีเงื่อนไขใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป)** ซึ่งแพทย์สามารถส่งจ่ายยาแก่หญิงตั้งครรภ์ได้ โดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

- ยา Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) ขนาด 300 มิลลิกรัม ให้หญิงตั้งครรภ์ กินวันละ 1 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไปอย่างต่อเนื่อง และหยุดยาได้ตั้งแต่หลังคลอดในกรณีที่แม่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาต่อด้วยยาต่อ หรือ

- ยา Tenofovir Alafenamide (TAF) ขนาด 25 มิลลิกรัม ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป กินวันละ 1 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไปอย่างต่อเนื่อง และหยุดยาได้ตั้งแต่หลังคลอดในกรณีที่แม่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาต่อด้วยยาต่อ

ยา TDF และ TAF เป็นยาต้านไวรัสในกลุ่ม Nucleotide reverse transcriptase inhibitors โดยมี TDF เป็นยารุ่นแรก จัดอยู่ใน Category B สำหรับหญิงตั้งครรภ์ (หมายถึง ผลการศึกษาในสัตว์ทดลอง ไม่พบความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตัวอ่อนในครรภ์) ขณะที่ TAF เป็นยารุ่นใหม่ที่พัฒนาให้มีประสิทธิภาพดีกว่า ยาทั้งสองชนิดมีฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัสได้ดี มีความปลอดภัยสูง มีโอกาสดื้อยาต่ำ อาการข้างเคียงจากยาส่วนมากมีอาการไม่รุนแรง เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่ายา TDF มีผลข้างเคียงต่อไต การรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ มวลกระดูกลดลง ดังนั้น ก่อนแพทย์ส่งจ่ายยา TDF ต้องพิจารณาข้อห้ามและข้อควรระวังในการใช้ยา ได้แก่ ผู้ป่วยที่เคยแพ้ยาดังกล่าวมาก่อน ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคไต ผู้ป่วยที่มีโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) ขณะที่ยา TAF มีผลต่อไตและมวลกระดูกน้อยกว่า TDF อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยาทั้งสองชนิดมีการขับออกทางน้ำนมในปริมาณที่น้อยมาก ยังไม่มีหลักฐานว่าเป็นอันตรายต่อลูก จึงไม่มีข้อห้ามสำหรับลูกในการที่นมแม่ที่ต้องกินยาต้านไวรัสต่อเนื่องหลังคลอด

ทั้งนี้ ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้าแพทย์ควรตรวจคัดกรอง และตรวจประเมินผู้ป่วยโดยเร็ว หากพบว่ามีข้อบ่งชี้ต้องได้รับยาและหญิงตั้งครรภ์รายดังกล่าวยังไม่เข้าสู่ระยะคลอด ให้สามารถเริ่มยาได้ทันที

2.1.2 แนวทางที่ 2 สำหรับหน่วยบริการที่มีข้อจำกัดในการตรวจ HBeAg (Lab-based) หรือ HBV viral load หรือมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอก

หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจ HBsAg เป็นบวก ต้องได้รับการตรวจการอักเสบของตับจากเอนไซม์ Aspartate transaminase (ALT) และการทำงานของไตจาก Creatinine ซึ่งผลการตรวจมี 3 กรณี ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับการรักษาอยู่เดิม ให้ส่งต่อ/ปรึกษาเพื่อให้อายุรแพทย์พิจารณาให้รักษาตามความเหมาะสม

2. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี และตรวจพบค่า ALT สูงกว่า Upper normal limit หรือมีค่า Creatinine สูง สงสัยมีการทำงานของไตผิดปกติ ให้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้อายุรแพทย์พิจารณาให้การรักษาและป้องกันการถ่ายทอดโรคไวรัสตับอักเสบบี ตามความเหมาะสม

3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี และตรวจพบค่า ALT และ Creatinine ปกติ ให้พิจารณาให้กินยาต้านไวรัส TDF **หรือ** TAF เพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดและลดความเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

- ยา Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) ขนาด 300 มิลลิกรัม ให้หญิงตั้งครรภ์กินวันละ 1 ครั้ง เมื่อ**อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป***อย่างต่อเนื่อง และหยุดยาได้ตั้งแต่หลังคลอด ในกรณีที่แม่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาต่อยา หรือ

- ยา Tenofovir Alafenamide (TAF) ขนาด 25 มิลลิกรัม ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป กินวันละ 1 ครั้ง เมื่อ**อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป***อย่างต่อเนื่อง และหยุดยาได้ตั้งแต่หลังคลอดในกรณีที่แม่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาต่อยา

หมายเหตุ *หากหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า แต่ยังไม่เข้าสู่ระยะคลอด สามารถเริ่มยาได้ทันที และหากเกิดสถานการณ์ HBIG ขาดคราว (shortage) ในช่วงเวลานั้น หรือคาดว่าจะไม่สามารถจัดหา HBIG ได้ ควรเริ่มให้ยา TDF หรือ TAF แก่หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์เป็นต้นไป

2.2 ระยะระหว่างคลอด

แม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถคลอดลูกทางช่องคลอดตามธรรมชาติ ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าการผ่าตัดคลอดสามารถลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกได้ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสจึงสามารถคลอดได้ตามปกติ หรือผ่าตัดคลอดเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่เพิ่มความเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อไวรัสจากแม่สู่ลูก เช่น การคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วยคลอด (Forceps หรือ Vacuum) โดยไม่จำเป็น ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

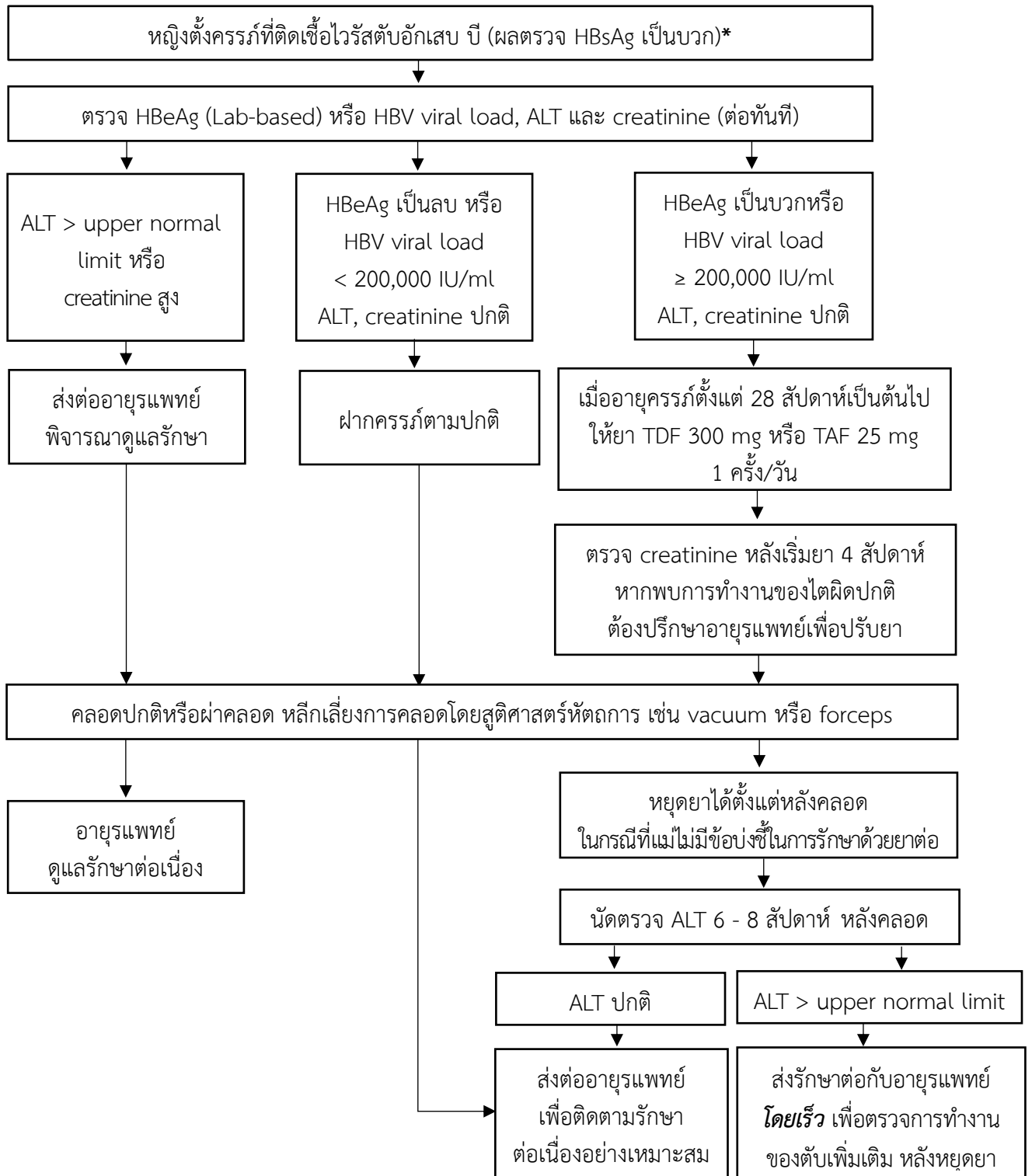
2.3 ระยะหลังคลอด

ภายหลังคลอด แม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถหยุดยาได้ ในกรณีที่แม่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาต่อยา และหลังคลอด 6 - 8 สัปดาห์ แพทย์ผู้ดูแลควรตรวจระดับ ALT เพื่อดูการทำงานของเซลล์ตับ หากพบว่าระดับ ALT สูงกว่าค่า Upper normal limit ควรระมัดระวังเรื่องการหยุดยาส่งผลกระทบต่อปริมาณไวรัสและการทำงานของเซลล์ตับ แพทย์ผู้ดูแลควรส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้อายุรแพทย์ดูแลโดยเร็ว แต่หากระดับ ALT อยู่ในระดับปกติ ควรให้ข้อแนะนำถึงความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และส่งต่อผู้ป่วยให้รับการตรวจรักษาต่อเนื่องโดยอายุรแพทย์เพื่อลดการเกิดภาวะตับแข็งและมะเร็งตับในอนาคต

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี แบบเรื้อรัง (Chronic hepatitis B) อยู่เดิมและกินยาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่องมาก่อนการตั้งครรภ์ หรือมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับยาด้านไวรัสในระยะยาว ให้กินยาต่อหลังคลอด และควรปรึกษาหรือส่งต่ออายุรแพทย์เพื่อการดูแลรักษาต่อไป (แผนภูมิ 2 และ 3)

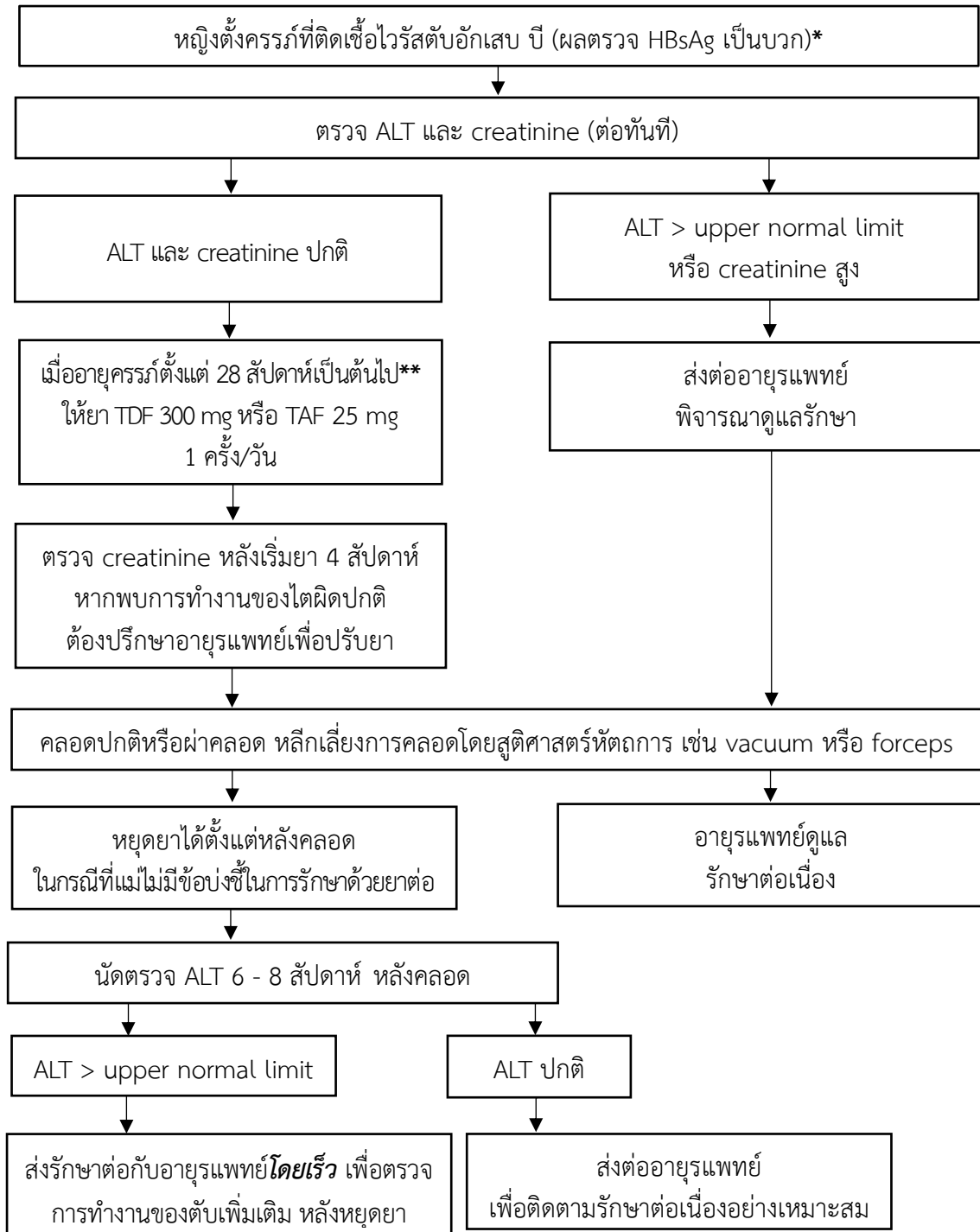
แม่ที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถให้นมลูกได้ตามปกติ เนื่องจากการติดเชื้อผ่านทางน้ำนมแม่เกิดขึ้นได้น้อยมาก โดยมีข้อมูลพบว่าอัตราการติดเชื้อในทารกกลุ่มที่ดื่มนมแม่และไม่ดื่มนมแม่ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม หากบริเวณเต้านมของแม่มีบาดแผลเปิดหรือมีเลือดออกอาจเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อมากขึ้น นอกจากนี้ การให้นมลูกในกรณีที่แม่ต้องกินยาด้านไวรัสต่อหลังคลอด ยังมีความปลอดภัยเนื่องจากยามีการขับออกทางน้ำนมในปริมาณที่น้อยมาก เมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ที่ได้รับจากนมแม่และยังไม่มีหลักฐานว่าเป็นอันตรายต่อลูก จึงไม่มีข้อห้ามสำหรับลูกในการดื่มนมแม่ที่ได้ยา และไม่พบความแตกต่างของอัตราการเจริญเติบโตการพัฒนาระดับและการทำงานของไตของเด็ก แต่เนื่องจากยา TAF ได้รับการพัฒนาภายหลัง จึงมีข้อจำกัดเรื่องการติดตามข้อมูลด้านความปลอดภัยของลูกในระยะยาว

แผนภูมิ 2 การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในระยะตั้งครรภ์ ระยะระหว่างคลอด และ
 ระยะหลังคลอด แนวทางที่ 1 (สำหรับหน่วยบริการที่สามารถตรวจ HBeAg (Lab-based) หรือ
 HBV viral load ได้หรือสามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอก)



หมายเหตุ * หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับการรักษาอยู่เดิม ให้ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้อายุรแพทย์พิจารณาให้รักษาตามความเหมาะสม

แผนภูมิ 3 การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในระยะตั้งครรภ์ ระยะระหว่างคลอด และ
 ระยะหลังคลอด แนวทางที่ 2 (สำหรับหน่วยบริการที่มีข้อจำกัดในการตรวจ HBeAg (Lab-based)
 หรือ HBV viral load หรือมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายนอก)



หมายเหตุ * หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับการรักษาอยู่เดิม ให้ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้
 อายุรแพทย์พิจารณาให้รักษาตามความเหมาะสม

** หากในช่วงเวลานั้นเกิดสถานการณ์ HBIG ขาดครว หรือคาดว่าไม่สามารถจัดหา HBIG ได้ ควรเริ่ม
 ให้ยา TDF หรือ TAF แก่หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์เป็นต้นไป

3. การดูแลลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำเป็นต้องได้รับการดูแลตั้งแต่อยู่ในครรภ์ไปจนถึงหลังคลอด มาตรการสำคัญที่ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก นอกจากการให้ยาต้านไวรัส ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้แล้ว ยังมีการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี การให้ Hepatitis B immunoglobulin (HBIG) รวมไปถึงการติดตามและตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี ในลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

3.1 การดูแลลูกระหว่างแม่ตั้งครรภ์

ในระหว่างที่แม่ตั้งครรภ์ แพทย์และพยาบาลควรหลีกเลี่ยงหัตถการความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่ทำแก่ทารกในครรภ์ ได้แก่ การเจาะชิ้นเนื้อรก (Chorionic villus sampling) และการเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) อาจใช้วิธี Non - invasive prenatal testing แทน หากจำเป็นต้องทำการเจาะชิ้นเนื้อรก หรือ เจาะน้ำคร่ำ เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ ควรแจ้งให้แม่ทราบถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในลูก

3.2 การดูแลลูกช่วงหลังคลอด

ลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ภายหลังคลอดต้องได้รับ

3.2.1 วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Vaccine)

ลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ต้องได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี โดยเร็วที่สุดภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด โดยให้ขนาด 0.5 mL ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หลังจากนั้นต้องได้รับวัคซีนต่อเนื่องเมื่ออายุครบ 1, 2, 4 และ 6 เดือน ตามลำดับ กรณีที่เด็กมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม ก็สามารถฉีดวัคซีนเมื่อแรกเกิดได้ทันที (การฉีดเข็มนี้ยังไม่นับรวมเป็นเข็มหลัก) แล้วให้ฉีดเข็มถัดไปเมื่อเด็กมีสุขภาพดีและอายุครบ 1 เดือน โดยเริ่มนับเป็นเข็มที่ 1 แล้วนัดฉีดเข็มที่ 2 ห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย 4 สัปดาห์ และเข็มที่ 3 ห่างจากเข็มที่ 2 อย่างน้อย 8 สัปดาห์ ทั้งนี้การให้วัคซีนเข็มที่ 3 ต้องห่างจากวัคซีนเข็มแรกอย่างน้อย 16 สัปดาห์ และต้องได้รับเมื่อมีอายุอย่างน้อย 6 เดือน

3.2.2 การให้ Hepatitis B immunoglobulin (HBIG)

ลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ควรได้รับ Hepatitis B immunoglobulin (HBIG) ขนาด 0.5 mL (หรือปริมาณที่ระบุในเอกสารกำกับยา) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อโดยเร็วที่สุดและไม่เกิน 24 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อให้ HBIG ยังคงมีประสิทธิผลในการจับและทำลายเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

การให้ HBIG ร่วมกับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เข็มแรกหลังคลอด มีประโยชน์มากต่อลูกที่เกิดจากแม่ที่มีผลการตรวจ HBeAg เป็นบวกหรือมีปริมาณไวรัสในเลือดสูง เพราะสามารถลดความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อไวรัสไปสู่ลูกได้เป็นอย่างดี การให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เพียงอย่างเดียวภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด สามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกได้ร้อยละ 70 - 95 ในขณะที่การให้ HBIG ร่วมกับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ภายใน 24 ชั่วโมง พบว่าสามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก ได้มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป

3.2.3 การวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในทารก

ควรมีการติดตามลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ว่าติดเชื้อจากแม่หรือไม่ โดยเมื่อเด็กมีอายุ 12 เดือน แพทย์ผู้ดูแลควรเจาะเลือดเด็กเพื่อตรวจ HBsAg และ Anti-HBs

1) กรณี HBsAg เป็นลบ และ Anti-HBs เป็นบวก ให้ถือว่าเด็กทารกดังกล่าวไม่ติดเชื้อ และมีภูมิคุ้มกันโรค

2) กรณี HBsAg เป็นลบ และ Anti-HBs เป็นลบ ให้ถือว่าเด็กทารกดังกล่าวไม่ติดเชื้อ แต่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี และต้องพิจารณาให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ซ้ำอีก 3 เข็ม โดยเข็มที่ 2 ห่างจากเข็มแรก 1 เดือน และเข็มที่ 3 ห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย 6 เดือน และตรวจ Anti-HBs ซ้ำ หลังได้รับวัคซีนครบชุดที่ 2 เป็นเวลา 1 - 3 เดือน หาก Anti-HBs ยังเป็นลบ ให้นับว่าทารกดังกล่าวไม่ตอบสนองต่อวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และควรหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

3) กรณี HBsAg เป็นบวก ให้ถือว่าเด็กทารกดังกล่าวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และควรส่งต่อให้กุมารแพทย์ดูแลรักษาต่อไป

ผังแผนภูมิ 4

แผนภูมิ 4 การดูแลลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

