
แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2569



คำนำ

โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เป็นสาเหตุของโรคตับอักเสบบี ภาวะตับแข็ง มะเร็งตับ และนำไปสู่การเสียชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ นับเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามสุขภาพและชีวิตของประชาชนทั่วโลก รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี อย่างครอบคลุม และเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับนโยบายจนไปถึงการปฏิบัติ จึงได้จัดตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายมะเร็งครบวงจร (Cancer Warriors) ประสานความร่วมมือระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรค เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีโรคมะเร็งตับเป็นหนึ่งในมะเร็งสำคัญ มีการพัฒนาศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทย และประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบีทั้งภาครัฐ ภาคการศึกษา สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อขับเคลื่อนการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายในปี พ.ศ. 2573 โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ การเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

ปัจจุบันคณะทำงานพัฒนาระบบบริการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายมะเร็งครบวงจร Cancer Warriors โรคมะเร็งตับ มีเป้าหมายการคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชาชนทั่วไปที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 โดยในปี พ.ศ. 2567 เริ่มต้นที่จำนวน 1 ล้านคน และเพิ่มปริมาณการคัดกรองในทุก ๆ ปี ทำให้มีผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และ ซี รายใหม่เข้าสู่ระบบสาธารณสุขเพิ่มขึ้นมากคณะทำงานพัฒนาระบบบริการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายมะเร็งครบวงจร Cancer Warriors โรคมะเร็งตับ ได้ตระหนักถึงภาระงานต่อบุคลากร ความลำบากในการเดินทางของผู้ป่วยจึงได้จัดทำแนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปี พ.ศ. 2567 เพื่อให้แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและใช้ในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายและเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาขององค์การอนามัยโลก ฉบับล่าสุดที่ประกาศเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 คณะทำงานฯ จึงได้ปรับปรุงแนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2569 ฉบับนี้

Cancer Warriors โรคมะเร็งตับ



สารบัญ

เรื่อง

หน้า

บทที่ 1	ความเป็นมา	3
บทที่ 2	การให้บริการการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี	4
บทที่ 3	แนวทางการคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี	5
บทที่ 4	แนวทางการคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี	12
บทที่ 5	รูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษา	20
รายนามผู้เข้าร่วมพิจารณาแนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2569		22



บทที่ 1 ความเป็นมา

โรคมะเร็งตับและทางเดินน้ำดี เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในเพศชายและอันดับสามในเพศหญิง ความเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดมะเร็งตับ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อจากการดื่มน้ำที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรังสู่ทารกระหว่างคลอด มีโอกาสติดต่อสูงถึงร้อยละ 90 เนื่องจากประเทศไทยมีอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรังสูงในปี พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เริ่มนโยบายการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบ บี ให้แก่เด็กแรกเกิดทุกคน เพื่อลดการติดต่อของไวรัสตับอักเสบ บี จากการดื่มน้ำทารก อย่างไรก็ตามในกลุ่มประชากรที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ยังมีอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรังสูง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งตับในปัจจุบันและจะเป็นปัญหาต่อเนื่องไปอีกไม่ต่ำกว่า 30 ปี ข้างหน้า ส่วนไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรังนั้นติดต่อทางเพศสัมพันธ์และทางเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ได้รับเลือดก่อนปี พ.ศ. 2534 ที่ยังไม่มีมาตรการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ในเลือดและส่วนประกอบของเลือด รวมถึงผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้มีการบรรจุการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในชุดสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ฟรี ได้ที่สถานพยาบาลใกล้บ้านทั่วประเทศให้กับผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566

หลังจากการประกาศใช้แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ที่เพิ่งออกไปเมื่อ พ.ศ. 2567 พบว่า จำนวนผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี ที่ได้เริ่มการรักษายังมีจำนวนน้อย อย่างไรก็ตามเพื่อให้ประชากรเป้าหมายสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ง่ายขึ้น และทำให้ลดการเกิดโรคมะเร็งตับได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถกระจายการให้การดูแลรักษาได้เหมือนนโยบายการให้การรักษานในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ได้รับการพิสูจน์มาแล้วว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีมากกว่า 25 ปี และเป็นการสอดคล้องกับแนวทางการรักษาขององค์การอนามัยโลกฉบับล่าสุดที่ประกาศเมื่อเดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 จึงเป็นการเหมาะสมที่จะปรับปรุงข้อแนะนำบางส่วนในแนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ขึ้นมาใหม่ในปี พ.ศ. 2569

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. เพื่อขยายโอกาสแก่ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ให้สามารถเข้าสู่ระบบเพื่อรับการรักษาและคัดกรองมะเร็งตับตามแนวทางมาตรฐาน
3. เพื่อเป็นแนวทางที่ให้แพทย์เวชปฏิบัติทุกระดับจนถึงโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้การรักษาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รวมถึงการคัดกรองมะเร็งตับตามแนวทางมาตรฐาน



บทที่ 2 การให้บริการการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี

ผู้มีสิทธิ์	ประชากรไทย ทุกสิทธิ์ ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ได้สิทธิ์ตรวจคัดกรองจำนวน 1 ครั้ง ตลอดชีวิต
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ/รพช./รพท./รพศ./หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน/หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม)
อัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรอง HBsAg ด้วยวิธี Rapid Diagnostic Test/Laboratory-based Immunoassays เหมาจ่ายอัตรา 50 บาท ต่อครั้งต่อคน โดยบันทึกผลการดำเนินงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform



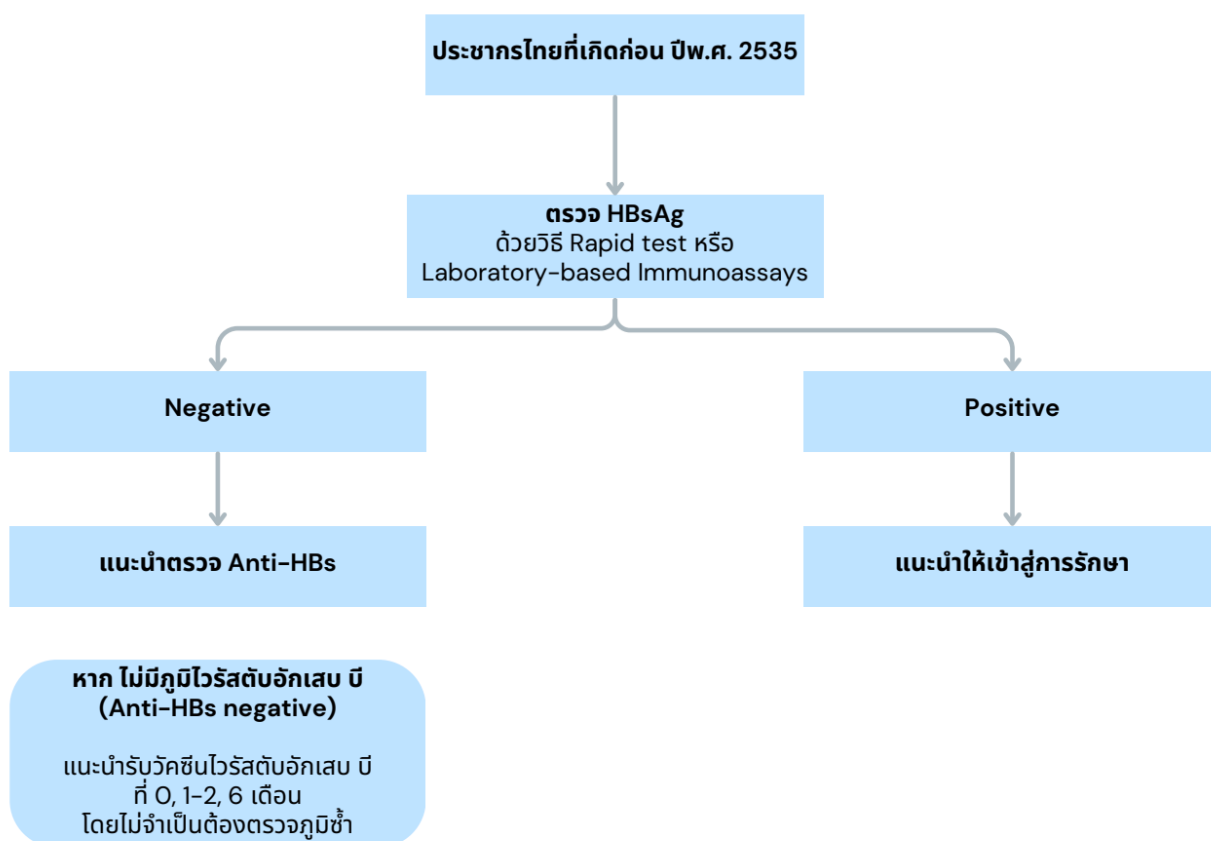
บทที่ 3 แนวทางการคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี

การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย สามารถทำได้ด้วยการตรวจหา Hepatitis B surface antigen (HBsAg) ด้วยการตรวจด้วยน้ำยาตรวจในห้องปฏิบัติการ (Laboratory-based Immunoassays) หรือ ชุดตรวจแบบรวดเร็ว (Rapid Diagnostic Test; RDTs) ที่ผ่านการรับรองโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (Food and Drug Administration) ซึ่งเป็นการตรวจที่ง่าย รวดเร็ว ราคาถูก มีความแม่นยำค่อนข้างสูง และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย

ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่แนะนำให้มีการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี ได้แก่

ประชากรไทยที่เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2535 โดยได้สิทธิ์เข้ารับการคัดกรอง จำนวน 1 ครั้ง ตลอดชีวิต

แผนภูมิ 1 : แสดงการตรวจคัดกรองผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี





การประเมินผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง เป็นการประเมินอาการ ระยะของโรค และความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อช่วยในการประเมินก่อนเข้ารับการรักษา

สิ่งที่ควรได้รับการประเมินก่อนการรักษาไวรัสตับอักเสบ บี ได้แก่

1) **ประเมินจากประวัติและการตรวจร่างกาย** เช่น โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติโรคเมร็งในครอบครัว การประเมินอาการแสดงของโรคตับแข็ง เช่น การตรวจร่างกายพบ Sign of chronic liver disease เช่น palmar erythema, spider nevi เป็นต้น รวมถึงภาวะที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะ decompensated cirrhosis เช่น ตัวตาเหลือง (Jaundice; Total bilirubin > 2 mg/dL) น้ำในช่องท้อง (Ascites) รวมถึงการมีอาการทางสมองจากโรคตับ (Hepatic encephalopathy) เป็นต้น

2) **ประเมินความรุนแรงของโรคตับ** โดยการใช้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

a. การประเมินพังผืดในตับ* (non-invasive assessment of liver disease) โดยการตรวจ non-invasive fibrosis marker เช่นการตรวจ **APRI (AST to Platelet Ratio Index) หรือ FIB-4 (Fibrosis-4)** และการตรวจ non-invasive imaging method ได้แก่ **Liver stiffness measurement (LSM)** เช่น Elastography หรือ FibroScan **เพื่อประเมิน fibrosis stage ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 2** ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการรักษาไวรัสตับอักเสบ บี ตามบัญชี ยาง.

* การประเมินพังผืดในตับ มีข้อจำกัดด้านความแม่นยำในการวินิจฉัยในกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี

APRI (AST to Platelet Ratio Index)

$$\text{APRI} = \frac{\text{AST in U/L}}{\text{Platelets in } 10^9/\text{L}} \times 100$$

ค่าผล APRI > 1	หมายถึง Suggestive of cirrhosis
APRI 0.5-1	หมายถึง Significant fibrosis
APRI < 0.5	หมายถึง Low likelihood of significant fibrosis

FIB-4 (Fibrosis-4)

$$\text{FIB-4} = \frac{\text{Age}^{**} (\text{years}) \times \text{AST (U/L)}}{(\text{Platelet count } (10^9/\text{L}) \times \sqrt{\text{ALT (U/L)}})}$$

ค่าผล FIB-4 > 3.25	หมายถึง High risk of advanced fibrosis
FIB-4 1.45-3.25	หมายถึง Significant fibrosis
FIB-4 < 1.45	หมายถึง Low risk of advanced fibrosis

** FIB-4 มีข้อจำกัดด้านความแม่นยำในการวินิจฉัยในกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี และ อายุมากกว่า 65 ปี



Liver stiffness measurement (LSM)

แปลผล < 7.0 kPa	หมายถึง Normal
7.0 – 9.5 kPa	หมายถึง Significant fibrosis
9.6 – 12.5 kPa	หมายถึง Advanced fibrosis
>12.5 kPa	หมายถึง Cirrhosis

b. การตรวจอัลตราซาวด์ตับในสถานที่ที่สามารถทำได้ เพื่อประเมินพื้นฐานตับและคัดกรองมะเร็งตับ โดยผู้ที่มิชอบชั่งในการตรวจคัดกรองมะเร็งตับ (HCC surveillance) ได้แก่

- ผู้ที่มีสัญญาณตับแข็ง จากการตรวจร่างกายพบอาการแสดงของโรคตับแข็ง (Sign of chronic liver disease) หรือจากการตรวจเลือดด้วย Non-invasive fibrosis marker พบ APRI score, FIB-4 score หรือ liver stiffness measurement ผลบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะ advance fibrosis หรือ cirrhosis
- ผู้ที่มีความเสี่ยงการเกิดมะเร็งตับ โดยมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ได้แก่
 - ผู้ป่วยมีตับแข็ง
 - ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นตับแข็งหรือมะเร็งตับ

c. การตรวจปริมาณไวรัสตับอักเสบบี (HBV viral load)

3) ประเมินการติดเชื้อร่วมอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อเอชไอวี หรือ ไวรัสตับอักเสบบี ซี ในผู้ที่มีประวัติเสี่ยง เช่น ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยง หรือผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย

4) การประเมินการทำงานของไต ได้แก่ Creatinine

แนวทางการรักษาไวรัสตับอักเสบบี

จากหลายการศึกษาและแนวทางการป้องกัน วินิจฉัย ดูแลและรักษาไวรัสตับอักเสบบี โดย WHO 2024 พบว่าการเริ่มยาด้านไวรัสในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรังที่มีข้อบ่งชี้ต่อการรักษา ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะตับแข็งและมะเร็งตับตามมาได้ จึงเป็นที่มาของการปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาไวรัสตับอักเสบบี เพื่อให้ง่ายต่อการประเมินโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทำให้คนไข้สามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น

หลักเกณฑ์การรักษาไวรัสตับอักเสบบี

พิจารณาเริ่มยาด้านไวรัส หากพบปัจจัยร่วมข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1. ภาวะตับแข็ง การวินิจฉัยใช้เกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- 1.1 ลักษณะทางคลินิก ร่วมกับลักษณะทางรังสีวินิจฉัยที่ได้จากอัลตราซาวด์ หรือ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า สนับสนุนการวินิจฉัย
- 1.2 หากตรวจร่างกายไม่พบอาการแสดงของโรคตับแข็งที่ชัดเจน สามารถประเมินจาก APRI มากกว่า 1 หรือ Liver stiffness measurement มากกว่า 12.5 kPa
- 1.3 พยาธิวิทยาของเนื้อตับจากการเจาะตับแสดงพังผืดระดับ 4 ตามระบบ METAVIR



2. Significant liver fibrosis: การวินิจฉัยใช้เกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- 2.1 APRI มากกว่า 0.5
- 2.2 FIB-4 มากกว่า 1.45
- 2.3 Liver stiffness measurement มากกว่าเท่ากับ 7 kPa

3. มีโรคร่วม ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

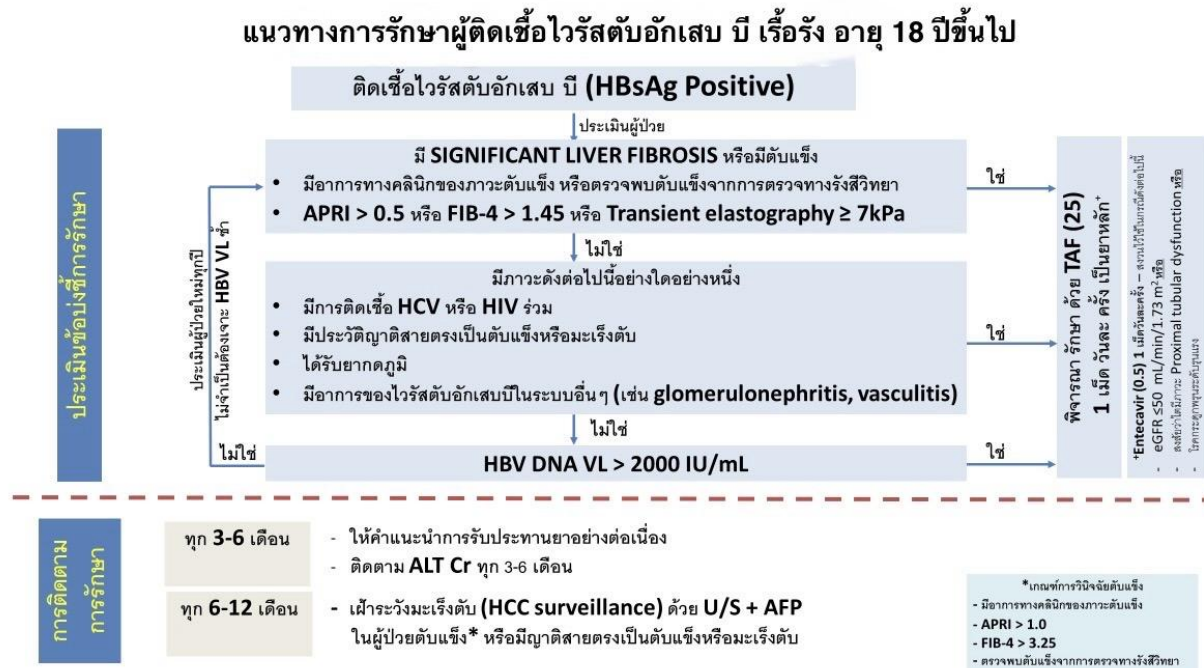
- 3.1 ไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง หรือ ติดเชื้อเอชไอวี
- 3.2 มีประวัติญาติสายตรงอย่างน้อย 1 รายเป็นตับแข็งหรือมะเร็งตับ : ญาติสายตรงหมายถึง พ่อแม่ พี่น้อง หรือบุตรธิดา
- 3.3 รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน : ผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันควรได้รับยาต้านไวรัส เพื่อป้องกันการเกิดการกำเริบ (acute exacerbation) โดยเริ่มให้ยาต้านไวรัสก่อนเริ่มยากดภูมิคุ้มกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์และควรให้ยาต้านไวรัสต่ออย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี หลังหยุดยากดภูมิคุ้มกัน ตัวอย่างยากดภูมิคุ้มกันได้แก่
 - เคมีบำบัด
 - คอร์ติโคสเตียรอยด์: ขนาด 10 ถึง 20 มิลลิกรัม ติดต่อกันมากกว่า 3 สัปดาห์ หรือ ตั้งแต่ 20 มิลลิกรัมขึ้นไปไม่จำกัดเวลา
 - การบำบัดด้วยยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive therapy)
 - ภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy): ยายับยั้งการทำงานที่อิมมูนเช็กพอยต์ (Immune checkpoint inhibitors), การรักษาด้วยการถ่ายโอน T-cell (T-cell transfer therapy), โมโนโคลนอลแอนติบอดี (Monoclonal antibodies)
- 3.4 มีอาการของไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรังที่แสดงออกทางระบบอื่น (extrahepatic manifestations) เช่น glomerulonephritis, cryoglobulinemia, polyarteritis nodosa (PAN)

4. ระดับ HBV viral load มากกว่า 2,000 IU/mL ร่วมกับ ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 4.1 ผู้ที่มี ระดับ ALT ที่ผิดปกติ โดยเพศชายระดับ ALT มากกว่า 30, เพศหญิงระดับ ALT มากกว่า 19 ร่วมกับวินิจฉัยแยกโรคอื่น ๆ ที่ทำให้ ALT สูงกว่าปกติ เช่น fatty liver, drug-induced hepatitis, autoimmune hepatitis กรณีดังกล่าวสามารถเริ่มยาได้ อ้างอิงตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2565
- 4.2 ผู้ที่มี ระดับ ALT ปกติ เพศชายระดับน้อยกว่า 30, เพศหญิงระดับ ALT น้อยกว่า 19 สามารถพิจารณาต้านไวรัสได้ หากแพทย์ผู้รักษาประเมินแล้วว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจและพร้อมเริ่มการรักษา



แผนภูมิ 2 : แนวทางการติดตามและรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี



ยาที่แนะนำในการรักษาไวรัสตับอักเสบ บี

- 1) Tenofovir alafenamide (TAF) 25 mg 1 เม็ด วันละครั้ง
 - a. เป็นยาในบัญชี ยา ง. ที่ใช้เป็นยาขนานแรกในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง
 - b. ควรเปลี่ยนยาหาก มีภาวะไตวายเรื้อรังโดยมีค่า eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 mL/min/1.73 m² และ ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
 - c. ในกรณีที่ฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) แนะนำให้ยาหลังทำการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)
 - d. พิจารณาใช้ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรังรายเดิมที่เคยได้รับการรักษาด้วยยา Lamivudine หรือ Entecavir หรือ Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) มาก่อน



2) Tenofovir disoproxil fumarate (TDF)

- เป็นยาในบัญชียา งบ. ที่ใช้เป็นยาขนานแรกสำหรับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรังในหญิงตั้งครรภ์
- พิจารณาในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังโดยมีค่า eGFR น้อยกว่า หรือเท่ากับ 15 mL/min/1.73 m² และยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และไม่สามารถใช้ Entecavir ได้

Creatinine Clearance (มิลลิตร/นาที)	ขนาดยา TDF
30-49	300 mg ทุก 48 ชั่วโมง
10-29	300 mg ทุก 72-96 ชั่วโมง
Hemodialysis	300 mg ทุก 7 วัน

3) Entecavir (ETV)

- เป็นยาในบัญชียา งบ. ที่ใช้เป็นยาขนานแรกสำหรับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรังในผู้ป่วยเด็กอายุ 2-18 ปี
- พิจารณาใช้ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยา Tenofovir alafenamide (TAF) หรือ Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) เนื่องจากผู้ป่วยเข้าตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - ภาวะไตวายเรื้อรังโดยมีค่า eGFR น้อยกว่า หรือเท่ากับ 50 mL/min/1.73 m²
 - ผู้ที่สงสัยว่าไตมีภาวะ Proximal tubular dysfunction
 - ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคกระดูกบางหรือกระดูกพรุน

Creatinine Clearance (มิลลิตร/นาที)	ขนาดยา ETV
30-49	0.5 mg ทุก 48 ชั่วโมง
10-29	0.5 mg ทุก 72 ชั่วโมง
<10, Hemodialysis, CAPD	0.5 mg ทุก 7 วัน

หมายเหตุ กรณีที่พบการติดเชื้อร่วม

- กรณีพบการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ควรเลือกใช้สูตรยาต้านไวรัส (HAART) ที่มี TAF หรือ TDF ร่วมกับ emtricitabine (FTC) หรือ lamivudine (3TC) และยาต้านตัวที่ 3 เช่น Dolutegravir
- กรณีพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ร่วมด้วย ควรได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ก่อน เริ่มให้การรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี เนื่องจากอาจทำให้เกิดการกำเริบของโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี (Hepatitis B flare)



การติดตามผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี

1) กรณีไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา

- แนะนำตรวจติดตามอาการและตรวจ AST, ALT, Platelet ทุก 6-12 เดือน หรือ Liver stiffness measurement ทุก 12 เดือน (การส่งตรวจ liver stiffness measurement ขึ้นกับความพร้อมของสถานพยาบาล) หากพบว่ามี significant fibrosis หรือมีตับแข็ง โดย APRI > 0.5 หรือ FIB-4 > 1.45 หรือ Liver stiffness measurement ≥ 7 kPa ให้พิจารณาการรักษาไวรัสตับอักเสบ บี ตามข้อบ่งชี้

2) กรณีมีข้อบ่งชี้ในการรักษา (หลังเริ่มการรักษาไวรัสตับอักเสบ บี)

- ควรประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ เนื่องจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือหยุดยาเอง อาจทำให้เกิดการกำเริบของโรคไวรัสตับอักเสบ บี (Hepatitis B flare) หรือ เกิดการติดต่อยาด้านไวรัสได้
- แนะนำตรวจติดตามอาการและตรวจ ALT, Creatinine ทุก 3-6 เดือน หากพบว่ามี ALT > 1.5 เท่าของค่าปกติ พิจารณาประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วย หาสาเหตุอื่นที่ทำให้ ALT สูงขึ้น และส่ง HBV viral load เพิ่มเติม
- กรณีผู้ที่มีตับแข็งทั้งในกลุ่มที่เป็น compensated cirrhosis และ decompensated cirrhosis
 1. พิจารณาส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการตรวจคัดกรองเส้นเลือดของหลอดอาหาร (Esophageal varices surveillance)
 2. หากมีภาวะ decompensated cirrhosis พิจารณาส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

คำแนะนำการคัดกรองมะเร็งตับ (HCC surveillance)

แนะนำคัดกรองมะเร็งตับในผู้ป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง ด้วยการทำอัลตราซาวด์ตับร่วมกับพิจารณาตรวจ AFP (Alpha fetoprotein) ทุก 6-12 เดือน ตามข้อบ่งชี้ในการคัดกรองมะเร็งตับ ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมีตับแข็ง
2. ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นตับแข็งหรือมะเร็งตับ



บทที่ 4 แนวทางการคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย มี 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. การตรวจคัดกรอง
2. การตรวจยืนยันการวินิจฉัย

โดยการตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV) ด้วยการตรวจชุดตรวจด้วยน้ำยาในห้องปฏิบัติการ (ELISA) และชุดตรวจแบบรวดเร็ว (Rapid Diagnostic Test; RDTs) ซึ่งเป็นการตรวจที่ง่าย รวดเร็ว และมีราคาถูก

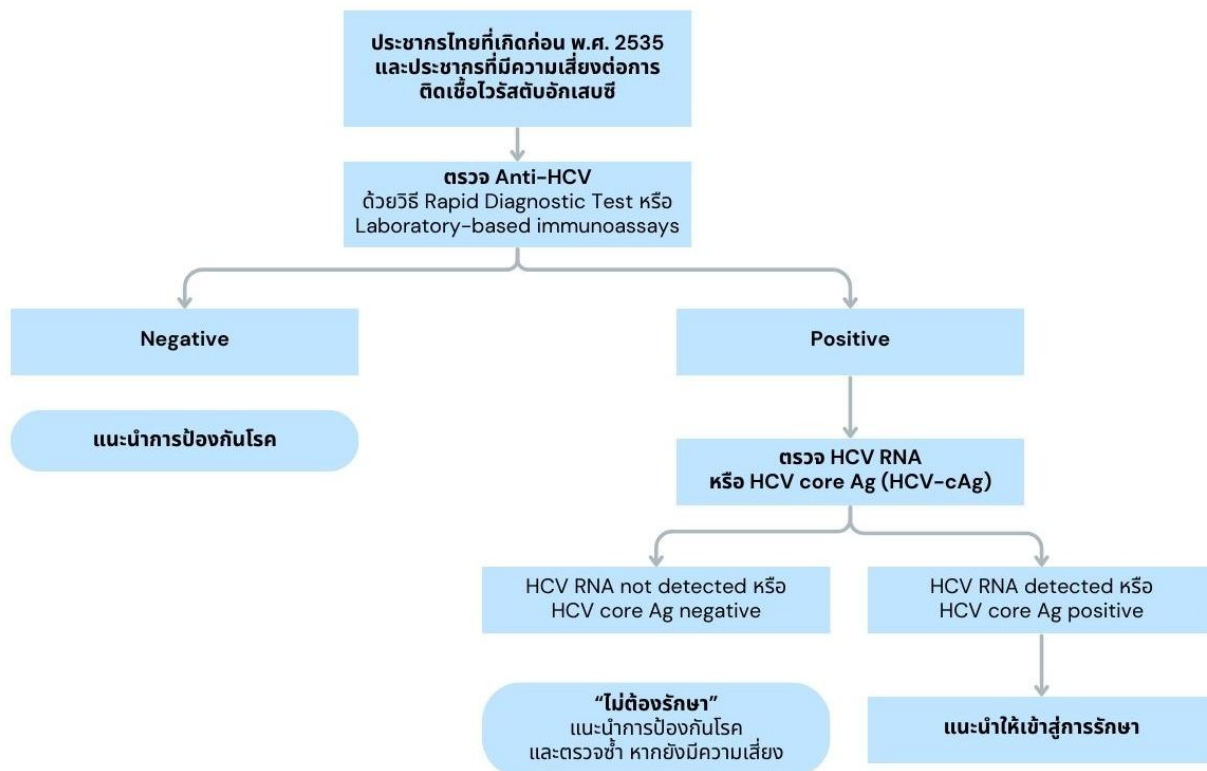
หากผลตรวจเป็นบวก จำเป็นต้องมีการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี หรือไม่ โดยการตรวจ HCV RNA Qualitative หรือ HCV RNA Quantitative หรือการตรวจ HCV core antigen (HCV-cAg) ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่แนะนำให้มีการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบซี ได้แก่

1. ประชากรไทยที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 โดยได้สิทธิ์ตรวจคัดกรอง จำนวน 1 ครั้ง ตลอดชีวิต
2. ประชากรไทย 5 กลุ่มเสี่ยง ได้สิทธิ์ตรวจคัดกรองจำนวน 1 ครั้งต่อปี ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (People Living with HIV; PLHIV) ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (People who inject drugs; PWID) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Males who have sex with males; MSM) บุคลากรทางการแพทย์ (Health Personnel) ได้สิทธิ์ตรวจคัดกรอง ไม่เกินจำนวน 3 ครั้งต่อปี ได้แก่ ผู้ต้องขัง (Prisoner)



แผนภูมิ 3 : แสดงการตรวจคัดกรองผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี

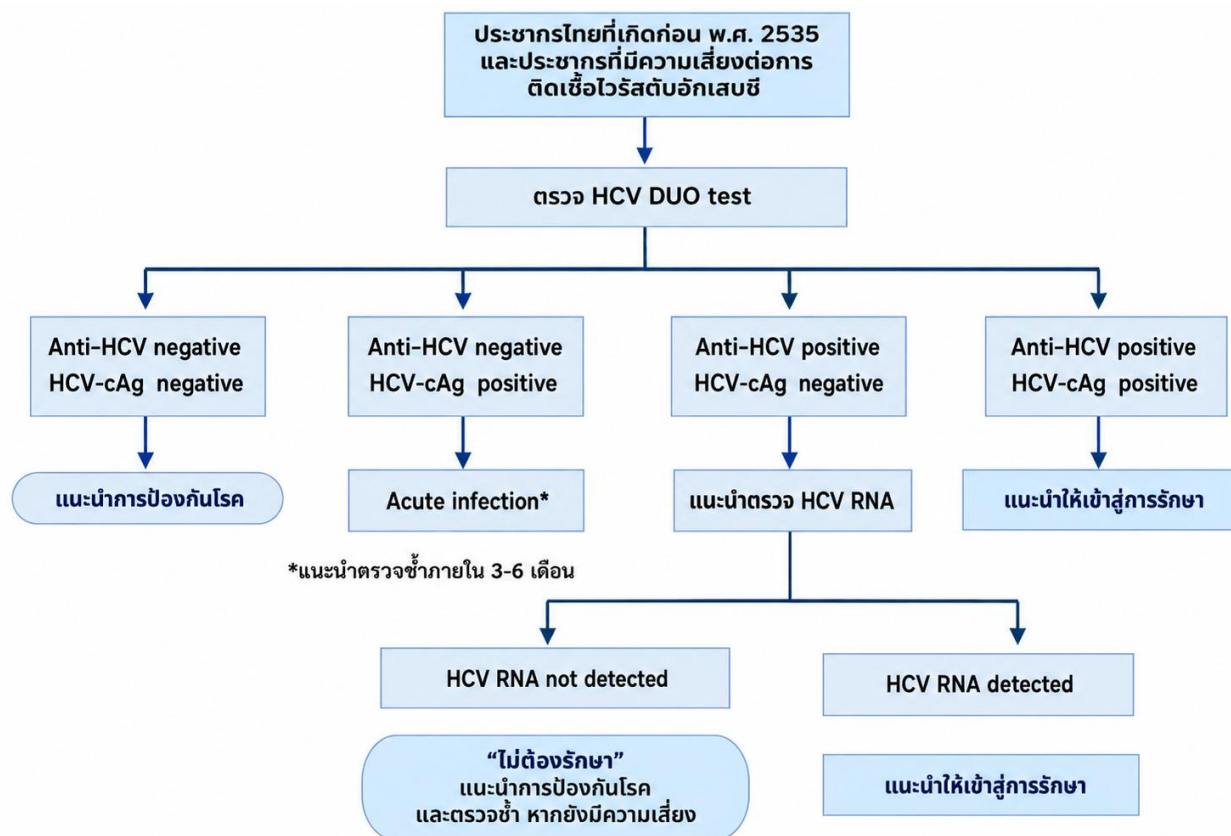
3.1 ใช้วิธีตรวจคัดกรองด้วย Anti-HCV



หมายเหตุ ในกรณีตรวจพบ HCV core Ag negative แต่มีผลการทำงานของค่าตับผิดปกติโดยไม่ทราบสาเหตุ แนะนำให้ตรวจยืนยันด้วย HCV RNA

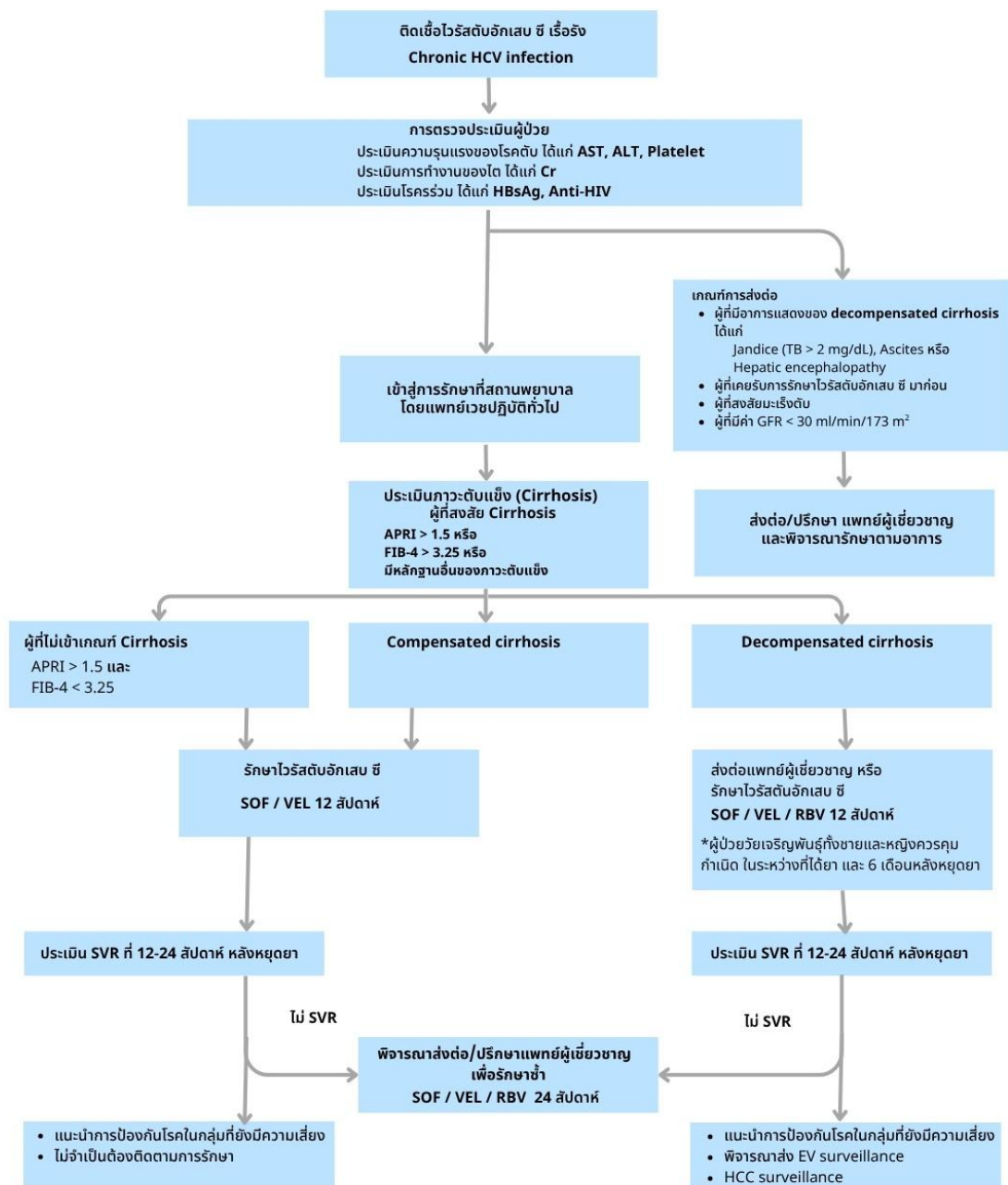


3.2 ใช้วิธีตรวจคัดกรองด้วย HCV DUO test





แผนภูมิ 4 : แนวทางการติดตามและรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี



* ผู้ติดเชื้อ HIV หรือ HBV ร่วมด้วยควรได้รับการรักษา HIV หรือ HBV ก่อน

** ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยไวรัส HIV, ยาต้านชัก ควรตรวจสอบ Drug-Drug interaction ผ่านแอปพลิเคชัน เช่น Liverpool HEP iChart

*** ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยา Proton pump inhibitors (เทียบเท่า omeprazole 20 mg) ขณะรับประทานยา SOF/VEL แต่หากจำเป็นควรรับประทาน SOF/VEL ก่อน Proton pump inhibitors 4 ชม.

**** การประเมินการกำจัดเชื้อ HCV (Sustained Virologic Response: SVR) ที่ 12-24 สัปดาห์ โดยตรวจไม่พบ HCV RNA หรือ HCV core antigen

APRI (AST to Platelet Ratio Index)

$$= \frac{(AST \text{ in U/L})}{(AST \text{ ULN in U/L})} \times \frac{(Platelets \text{ in } 10^9/L)}{(Platelets \text{ in } 10^9/L)}$$

FIB-4 (Fibrosis-4)

$$= \frac{(Age^* \text{ in years} \times AST \text{ in U/L})}{(Platelets \text{ in } 10^9/L) \times (ALT \text{ in U/L})^{1.5}}$$

• ระดับการใช้ในผู้ที่มีอายุ < 35 ปี และ > 65 ปี

สามารถคำนวณ APRI และ FIB-4

ได้จาก <https://www.mdcalc.com/>



การประเมินผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรัง เป็นการประเมินอาการ ระยะของโรค และความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อช่วยในการวางแผนการรักษา สิ่ง que ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินก่อนการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย เช่น โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการตั้งครรภ์และประวัติการคุมกำเนิด ประวัติการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด การมีเพศสัมพันธ์อาการแสดงของโรคตับแข็งเรื้อรัง (Signs of chronic liver disease) เช่น Palmar erythema, Spider nevi เป็นต้น รวมถึงภาวะที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะ Decompensated cirrhosis เช่น ตัวตาเหลือง (Jaundice; Total bilirubin > 2 mg/dL) น้ำในช่องท้อง (Ascites) รวมถึงการมีอาการทางสมองจากโรคตับ (Hepatic encephalopathy) เป็นต้น
2. ประเมินความรุนแรงของโรคตับโดยใช้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินพังผืดในตับ โดยการตรวจ Non-invasive fibrosis marker เช่น การตรวจ APRI (AST to Platelet Ratio Index) หรือ FIB-4 (Fibrosis-4) เพื่อประเมิน fibrosis stage APRI (AST to Platelet Ratio Index)

คำนวณ	$APRI = \frac{AST \text{ in U/L}}{(Platelets \text{ in } 10^9/L)} \times 100$
-------	---

แปลผล APRI > 1.5	หมายถึง Cirrhosis
APRI 0.5-1.5	หมายถึง Significant fibrosis
APRI < 0.5	หมายถึง Rule out Significant fibrosis

FIB-4 (Fibrosis-4)

คำนวณ	$FIB-4 = \frac{(Age^* \text{ in years} \times AST \text{ in U/L})}{(Platelets \text{ in } 10^9/L \times \sqrt{ALT \text{ in IU/L}})}$
-------	---

แปลผล FIB-4 > 3.25	หมายถึง Cirrhosis
FIB-4 1.45-3.25	หมายถึง Significant fibrosis
FIB-4 < 1.45	หมายถึง Rule out Significant fibrosis

* ระวังการใช้ FIB-4 ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี และมากกว่า 65 ปี เนื่องจากมีความแม่นยำในการวินิจฉัยลดลง

3. ประเมินการติดเชื้ออื่น ๆ เช่น การติดเชื้อเอชไอวีหรือ ไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ที่มีประวัติเสี่ยง เช่น ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยง หรือผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย

หมายเหตุ กรณีที่พบการติดเชื้อร่วม

- กรณีพบการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ควรตรวจหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- กรณีพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมด้วย ควรได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบบีก่อนเริ่มให้การรักษาไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากอาจทำให้เกิดการกำเริบของโรคไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B flare)

4. การประเมินการทำงานของไต หากมีภาวะไตวายเรื้อรังโดยมีค่า eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 mL/min/1.73 m² พิจารณาส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง หรือพิจารณารักษาตามอาการร่วมกับการติดตามค่าการทำงานของตับเป็นระยะ



5. การตรวจอัลตราซาวด์ตับ ในสถานที่ที่สามารถทำได้ เพื่อประเมินพื้นฐานตับและมะเร็งตับ หากไม่สามารถทำได้ พิจารณาส่งเข้ารับการตรวจอัลตราซาวด์ตับเมื่อสงสัยภาวะตับแข็ง หรือมะเร็งตับ และในผู้ที่มีข้อบ่งชี้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งตับ ได้แก่

5.1 ผู้ที่สงสัยภาวะตับแข็งจากการตรวจร่างกาย พบอาการแสดงของโรคตับแข็ง หรือจากการตรวจเลือดด้วย Non-invasive fibrosis marker พบ APRI, FIB-4, การตรวจ Transient elastography หรือ elastography อื่น ๆ ที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะ Advance fibrosis หรือ Cirrhosis

การใช้ยารักษาไวรัสตับอักเสบ ซี

ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2567

1. Sofosbuvir + Velpatasvir tab (เฉพาะ 400 mg + 100 mg) บัญชี ง มีเงื่อนไข

1. ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทุกสายพันธุ์ ในผู้ป่วยน้ำหนัก 30 กิโลกรัมขึ้นไป และใช้เวลารักษา 12 สัปดาห์

2. ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทุกสายพันธุ์ ทั้งกรณีมีตับแข็งและไม่มีตับแข็ง ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาในครั้งแรก (12 สัปดาห์) โดยให้เพิ่มยาอีกเป็นเวลา 24 สัปดาห์

2. Ribavirin cap/tab (เฉพาะ 200 mg) บัญชี ง มีเงื่อนไข

1. ใช้ Ribavirin ร่วมกับ Sofosbuvir + Velpatasvir ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทุกสายพันธุ์ กรณีมีตับแข็ง ในผู้ป่วยน้ำหนัก 30 กิโลกรัมขึ้นไป และใช้เวลารักษา 12 สัปดาห์

2. ใช้ Ribavirin ร่วมกับ Sofosbuvir + Velpatasvir ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังทุกสายพันธุ์ ทั้งกรณีมีตับแข็งและไม่มีตับแข็ง ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาในครั้งแรก (12 สัปดาห์) โดยให้เพิ่มยาอีกเป็นเวลา 24 สัปดาห์

ยาที่แนะนำในการรักษาไวรัสตับอักเสบซี

สูตรการรักษาและขนาดยาที่แนะนำทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยระยะเวลาการรักษา 12 สัปดาห์

1) กรณีไม่มีตับแข็ง

Sofosbuvir 400 มิลลิกรัม + Velpatasvir 100 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 เม็ด

2) กรณีมีตับแข็ง

2.1 Compensated cirrhosis

Sofosbuvir 400 มิลลิกรัม + Velpatasvir 100 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 เม็ด

2.2 Decompensated cirrhosis

Sofosbuvir 400 มิลลิกรัม + Velpatasvir 100 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 เม็ด ร่วมกับ Ribavirin วันละ 2 ครั้ง

ขนาดยา Ribavirin พิจารณาปรับขนาดยาตามน้ำหนักตัวเช่น

- 1,000 มิลลิกรัม ต่อวัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 75 กิโลกรัม



2. 1,200 มิลลิกรัม ต่อวัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนัก 75 กิโลกรัมขึ้นไป

หมายเหตุ

- ยาในกลุ่ม Direct acting antivirals (DAAs) เช่น SOF/VEL อาจเกิดอันตรกิริยากับยากกลุ่มอื่น ๆ ควรตรวจสอบข้อมูลก่อนเริ่มการรักษา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย โดยสามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือ ตรวจสอบอันตรกิริยากับยาก่อนเริ่มการรักษาผ่านแอปพลิเคชัน เช่น Liverpool HEP iChart เป็นต้น และทำการปรับยาลดอย่างน้อย 1 เดือนก่อนเริ่มรักษาไวรัสตับอักเสบบี
- ยาดังต่อไปนี้ไม่ควรใช้ร่วมกับ SOF/VEL

ยา	Contraindication	Potential interaction (Require dose adjustment and monitoring)
ยาด้านไวรัสเอชไอวี	Efavirenz, Nevirapine, Lopinavir	Rilpivirine, Atazanavir, Ritonavir, Darunavir
ยาลดกรด	PPIs (ยกเว้น Omeprazole 20 mg)	Omeprazole 20 mg* H2RA**, Antacids***
ยากันชัก	Carbamazepine, Oxcarbazepine, Phenobarbital, Phenytoin	
ยาหลอดเลือดหัวใจและยาลดไขมัน	Amiodarone	Statins Digoxin, Dabigatran, Ticagrelor, Carvedilol, Diltiazem

* หากจำเป็น ควรให้ SOF/VEL พร้อมอาหาร ที่เวลา 4 ชั่วโมงก่อน PPI และไม่ใช่ Omeprazole ขนาดสูงกว่า 20 mg/day

** หากจำเป็น ควรให้ SOF/VEL พร้อมกับ H2RA หรือห่างกับ H2RA อย่างน้อย 12 ชั่วโมง และไม่ใช่ H2RA ขนาดสูงกว่าขนาดที่เทียบเท่ากับ Famotidine 40 mg BID

***ควรให้ SOF/VEL ห่างจากยา Antacids อย่างน้อย 4 ชั่วโมง

- ชายและหญิงวัยเจริญพันธุ์ควรได้รับการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพระหว่างการรักษาและหลังจากรักษาอย่างน้อย 6 เดือน โดยเฉพาะผู้ที่ต้องรับประทานยา Ribavirin

การประเมินผลการรักษาและการติดตามการรักษา

- ประเมินผลการรักษาด้วยการตรวจ HCV RNA ด้วยวิธี Quantitative HCV หรือ HCV antigen (HCVAg) ที่ 12 สัปดาห์ หลังหยุดการรักษา
 - หาก Quantitative HCV ผลเป็น undetected หรือ HCV antigen ผลเป็น negative แสดงว่า Sustained Virological Response หรือ SVR คือผู้ป่วยหายจากไวรัสตับอักเสบบี
 - หาก Quantitative HCV ผลเป็น detected หรือ HCV antigen ผลเป็น positive แสดงว่า ไม่ Sustained Virological Response พิจารณาส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ



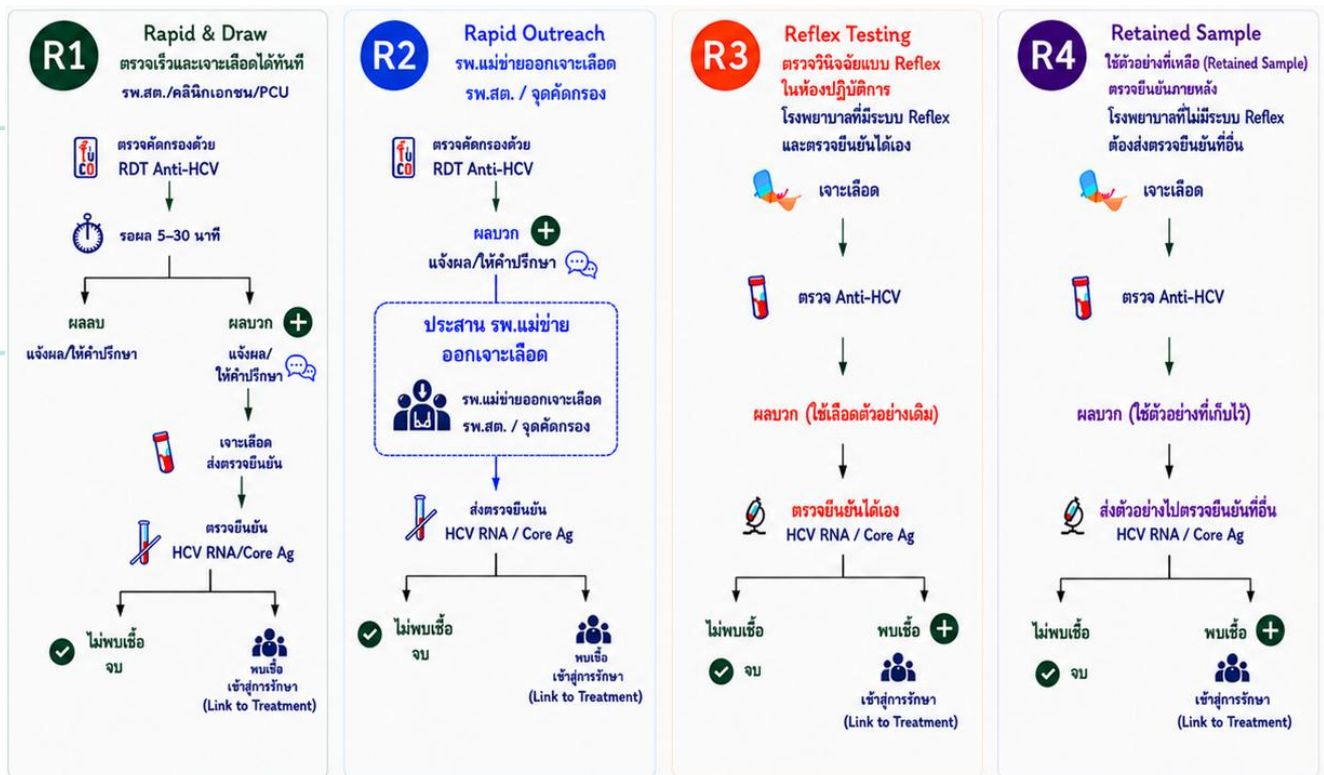
2. ผู้ป่วยที่มีตับแข็ง หลังจากรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี หายแล้ว ควรได้รับการติดตามการรักษา โดย
 - 2.1 แนะนำการคัดกรองมะเร็งตับ ด้วยการทำอัลตราซาวด์ตับร่วมกับพิจารณาตรวจ Alpha-fetoprotein (AFP) ทุก 6-12 เดือน
 - 2.2 พิจารณาส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการตรวจคัดกรองเส้นเลือดขอดหลอดอาหาร (Esophageal varices surveillance) ในผู้ป่วยตับแข็งและมีข้อบ่งชี้ ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 2.2.1 Platelet น้อยกว่า $150 \times 10^9/L$ หรือ
 - 2.2.2 Transient elastography มากกว่า 20 kPa
3. หลังจากผู้ป่วยหายแล้วควรแนะนำการป้องกันโรค ในผู้ป่วยที่ยังมีความเสี่ยง เช่น การใช้ยาเสพติดชนิดฉีด การมีเพศสัมพันธ์เสี่ยง เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซีซ้ำได้



บทที่ 5 รูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษา ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษา

1. เชิญชวนกลุ่มเป้าหมายตรวจคัดกรอง สามารถดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อมในการสนับสนุนการคัดกรองและดูแลรักษา หรือบูรณาการร่วมกับคลินิก NCD หรือคลินิก hepatitis หรือ การตรวจสุขภาพประจำปีของโรงงาน
2. แนวทางเชื่อมโยงผู้ที่มีผลคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นบวกเข้าสู่การรักษา การเชื่อมโยงผู้ที่มีผลตรวจ Anti-HCV เป็นบวกเข้าสู่การตรวจยืนยัน ด้วย HCV RNA หรือ HCV Core Antigen และเข้าสู่การรักษาโดยเร็วที่สุด (4R Model) โดยกำหนดรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับศักยภาพของหน่วยบริการแต่ละแห่ง เพื่อลดการสูญหายระหว่างกระบวนการรักษา (Lost to Follow-up) และเพิ่มการเข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบการดำเนินงาน 4R Model





R1 – Rapid & Draw: ตรวจคัดกรองและเก็บตัวอย่างเลือดในวันเดียวกัน

ตรวจคัดกรอง Anti-HCV ด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็ว หากผลเป็นบวกให้คำปรึกษาและเก็บตัวอย่างเลือดดำเพื่อส่งตรวจยืนยันการติดเชื้อในปัจจุบันด้วย HCV RNA หรือ HCV Core Antigen ภายในวันเดียวกัน

R2 – Rapid Outreach: บริการเจาะเลือดเชิงรุกโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย

เมื่อ รพ.สต. หรือจุดคัดกรองตรวจพบ Anti-HCV เป็นบวก ให้ประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายออกเก็บตัวอย่างเลือดดำ ณ หน่วยบริการหรือจุดคัดกรอง และนำตัวอย่างส่งตรวจ HCV RNA หรือ HCV Core Antigen โดยผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลแม่ข่าย

R3 – Reflex Testing: การตรวจยืนยันต่อเนื่องจากตัวอย่างเดียวกัน

โรงพยาบาลเก็บตัวอย่างเลือดและตรวจ Anti-HCV ในห้องปฏิบัติการ หากผลเป็นบวก ห้องปฏิบัติการจะนำตัวอย่างเดิมไปตรวจ HCV RNA หรือ HCV Core Antigen ต่อโดยอัตโนมัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่ต้องเรียกผู้รับบริการกลับมาเก็บตัวอย่างเลือดซ้ำ เหมาะสำหรับโรงพยาบาลที่สามารถตรวจยืนยันได้เอง

R4 – Retained Sample: การเก็บรักษาตัวอย่างเพื่อส่งตรวจยืนยัน

โรงพยาบาลที่ไม่สามารถตรวจ HCV RNA หรือ HCV Core Antigen ได้เอง ให้เก็บตัวอย่างเลือดที่เหมาะสมไว้ตั้งแต่การตรวจครั้งแรก หากผล Anti-HCV เป็นบวก ให้นำตัวอย่างที่เก็บรักษาไว้ส่งไปตรวจยืนยัน ณ ห้องปฏิบัติการเครือข่าย โดยไม่ต้องเรียกผู้รับบริการกลับมาเก็บตัวอย่างเลือดซ้ำ

3. หากผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อแพทย์เฉพาะทางด้านระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป สามารถเริ่มการรักษาด้วย SOF/VEL เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์โดยแพทย์ที่ได้รับการอบรม และดำเนินการเจาะเลือดส่งตรวจประเมินไวรัสหลังการรักษาเสร็จสิ้นนาน 12-24 สัปดาห์

4. หากผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อแพทย์เฉพาะทางด้านระบบทางเดินอาหาร ให้พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือรักษาตามอาการ ส่วนกรณีมีภาวะตับแข็งชนิด Decompensated cirrhosis อาจพิจารณาเริ่มรักษาด้วย SOF/VEL/RBV ที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์โดยแพทย์ที่ได้รับการอบรม และดำเนินการเจาะเลือดส่งตรวจประเมินไวรัสหลังการรักษาเสร็จสิ้นนาน 12-24 สัปดาห์

5. ตรวจประเมินไวรัสด้วยวิธี HCV RNA viral load หรือ HCV RNA qualitative หรือ HCV core Ag หลังรักษาเสร็จสิ้นนานอย่างน้อย 12 สัปดาห์

6. โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป ดูแลภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

7. ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน



รายนามผู้เข้าร่วมพิจารณาแนวทางการตรวจคัดกรองและรักษา โรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๙

1. ศ.นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา
2. ศ.นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี
3. ศ.นพ.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์
4. นพ.ชาญชัย จันทรรักษ์กุล
5. รศ.นพ.อรุณชัย แซ่ฉ่ง
6. นพ.โสฬส อนุชปรีดา
7. นพ.เอลวิล เพชรปลูก
8. นพ.พงศ์ธร ชาติพิทักษ์
9. พญ.มณฑินี วสันตอุโปภาคาร
10. นพ.ชาตรี จุลเพชร
11. พญ.สุธิมนต์ เมธาเพิ่มสุข
12. พญ.กุลทรัพย์ ศรีจันทร์ทัพ
13. นพ.พงศกร พราหมณ์ชูเอม
14. นางนฤมล จิตปรีชา

นายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกะเปอร์

โรงพยาบาลเกาะเต่า

กองบริหารการสาธารณสุข