

ปกิณกะ

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในชายหนุ่มไทย: ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข

บุญเต็ม แสงดิษฐ์¹ ชัยพล บัณฑิตสิงห์² และ ดุสิต จันทยานนท์²

¹สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า ²กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เชื้อนี้ติดต่อทางเลือดและเยื่อที่สัมผัสกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งที่มีเชื้อ หากติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีไม่ว่าจะมีอาการหรือไม่ อาจมีเชื้ออยู่ในร่างกายเป็นเวลานาน อาจกลายเป็นผู้ติดเชื้อเรื้อรัง ซึ่งมีโอกาสเป็นโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง มะเร็งตับ และทำให้เสียชีวิตได้¹⁻² พื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อสูงได้แก่ ประเทศในทวีปแอฟริกาและเอเชียบางส่วน ซึ่งมีความชุกของการติดเชื้อร้อยละ 5-20³⁻⁴ ในประเทศไทยพบความชุกประมาณร้อยละ 3-10⁴⁻⁷ เป็น การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (Chronic hepatitis B, CHB) หรือพาหะ (Carrier) ซึ่งหมายถึงการตรวจพบ Hepatitis B Surface Antigen (HBsAg) ในเลือดเป็นเวลานานกว่า 6 เดือน เป็นภาวะที่ซับซ้อนซึ่งเกิดจากอิทธิพลของเชื้อไวรัสและร่างกายของผู้ติดเชื้อ ในทางปฏิบัติการตรวจพบ HBsAg เป็นจุดเริ่มต้นที่แสดงถึงการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง⁸

มีการคาดการณ์ว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทั่วโลกมากกว่า 2,000 ล้านคน และเป็นโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมากกว่า 400 ล้านคน แม้ว่าจะมีการใช้วัคซีนป้องกันโรคนี้นานมาแล้ว⁹ มีการศึกษาเกี่ยวกับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย พบว่ามีสายพันธุ์ต่างๆ มากมาย¹⁰ ซึ่งทำให้มีผลต่ออาการทางคลินิกและระบาดวิทยาที่ต่างกันออกไป

การติดต่อของไวรัส

การติดต่อของไวรัสตับอักเสบบีสรุปได้ดังนี้⁹

1. จากแม่ไปสู่ลูก (Vertical transmission) การติดเชื้อในเด็กแรกคลอดที่มีแม่เป็นผู้ติดเชื้อเรื้อรัง มีโอกาสเกิดตับอักเสบบีเรื้อรัง ร้อยละ 90 ซึ่งมากกว่าการติดเชื้อในเด็กโตและผู้ใหญ่
2. ติดต่อกันทางเลือด เช่น จากการใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน การได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ปัจจุบันอุบัติการณ์การติดเชื้อทางนี้ลดลงอย่างมากเพราะมีการตรวจการติดเชื้อก่อนการให้เลือดแก่ผู้ป่วย

3. ทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบได้มากในหญิงอาชีพพิเศษ และชายรักร่วมเพศ

ทั้งนี้การติดต่อของไวรัสมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อต่างกัน

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน ซึ่งมีการใช้ในต่างประเทศมาตั้งแต่ พ.ศ.2524¹¹ วัคซีนมีความปลอดภัยสูง เมื่อให้วัคซีนแก่ทารกครบ 3 เข็มจะเกิดภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันโรคได้มากกว่าร้อยละ 95 สำหรับประเทศไทยมีโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและได้มีการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กเกิดใหม่ทุกคนตั้งแต่ พ.ศ.2535¹² จากการติดตามผลหลังการให้วัคซีนพบว่าประสบความสำเร็จในการลดความชุกของการติดเชื้ออย่างชัดเจน¹³⁻¹⁴

การรักษา

ปัจจุบันมีวิธีการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ได้ผลดีมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะการใช้อินเตอร์เฟียรอนและยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ลดการเกิดตับแข็งและมะเร็งตับลงได้¹⁵

ปัญหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในชายหนุ่มไทย

พบว่าสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทยในห้วง พ.ศ. 2549-2556 คือโรคมะเร็ง¹⁶ และมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในชายไทยคือมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma) ซึ่งส่วนมากเกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ในขณะที่มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นลำดับ 3 ในหญิงไทย¹⁷ ดังนั้นการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย

จากการศึกษาที่ผ่านมาโดยเฉพาะในผู้บริจาคโลหิต พบว่าในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตที่ตรวจพบ HBsAg ในเลือดที่บริจาค ซึ่งแสดงว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง จะเป็นชายมากกว่าหญิง ที่พบ

ความชุกสูงสุดคือกลุ่มพลทหาร ซึ่งเคยพบว่าพลทหารที่บริจาคโลหิต ให้สภากาชาดไทยในปี 2516 มีอัตราติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสูงถึง ร้อยละ 9.3¹⁸ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากพลทหารมาจากครอบครัวที่มี เศรษฐฐานะต่ำ อยู่ห่างไกลสถานบริการสาธารณสุข จึงมีโอกาสได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีน้อย นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อจากคนในบ้านและเพื่อนที่เรียน ในโรงเรียนเดียวกันที่ติดเชื้อ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้ยาเสพติดแบบฉีด ทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น¹⁹⁻²⁰

ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ได้จากข้อมูลของผู้บริจาคโลหิตน่าจะต่ำกว่าความชุกของการติดเชื้อที่แท้จริง เพราะในกระบวนการรับบริจาคโลหิตจะมีการคัดกรองขั้นต้นด้วยการให้ ผู้สมัครบริจาคโลหิตตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อโรคติดต่อทางโลหิตมากที่สุด²¹⁻²² ดังนั้นคนที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ เช่น มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้ยาเสพติดแบบฉีด จะถูกคัดออก

การที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจำนวนมากบ่งชี้ถึงความล้มเหลว ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เพราะโรคนี้สามารถป้องกันได้ด้วย วัคซีน ประเทศไทยได้มีการฉีดวัคซีนแก่เด็กเกิดใหม่ทุกคนเป็นเวลานานกว่า 20 ปีแล้ว ความชุกของการติดเชื้อในชายหนุ่มไทยน่าจะ ลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 2 แต่จากข้อมูลที่พบปรากฏว่าอัตราการติดเชื้อในประชากรบางกลุ่มลดลงอย่างชัดเจนเป็นไปตามที่คาดการณ์ แต่ในประชากรบางกลุ่มโดยเฉพาะพลทหารไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์ไว้ ที่เป็นเช่นนี้อาจมีสาเหตุจากการให้วัคซีนอาจไม่ทั่วถึง กระบวนการรับรักษาวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold chain) บกพร่อง

เมื่อพิจารณาข้อมูลที่รวบรวมได้ในตารางที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูล ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่แท้จริงที่ได้จากการตรวจ พบ HBsAg ในเลือด ในกลุ่มประชากรไทยเพศชายวัยหนุ่ม 3 กลุ่มซึ่งมีอายุใกล้เคียงกัน คือ พลทหารผู้บริจาคโลหิต (อายุ 18-22 ปี) ได้ข้อมูลจากหน่วยบริการโลหิตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร^{18, 23-25} นักเรียนเตรียมทหาร (อายุ 15-18 ปี) และนักเรียนแพทย์ทหาร เพศชาย (อายุ 18-20 ปี) ได้ข้อมูลจากผลการตรวจสุขภาพเมื่อ เข้าเป็นนักเรียนทหาร²⁶⁻²⁷

จากข้อมูลที่รวบรวมได้ในตารางที่ 1 จะเห็นว่าความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มพลทหารมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 9.3 ในปี 2516 เป็นร้อยละ 8.0 ในปี 2551 แล้วลดเหลือร้อยละ 3.2 ในปี 2552 หลังจากนั้นยังไม่ลดลงอีก ยังคงมีความชุกของการติดเชื้อ

ร้อยละ 3.2 ในปี 2555

เมื่อดูความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มนักเรียนเตรียมทหารพบว่า ลดลงจากร้อยละ 1.3 ในปี 2551 เหลือร้อยละ 0.7 ในปี 2552 และลดลงเป็นร้อยละ 0 ในปี 2555

ส่วนความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มนักเรียนแพทย์ทหาร พบว่า ลดลงจากร้อยละ 3.9 ในปี 2552 เหลือร้อยละ 1.4 ในปี 2553 และลดลงเป็นร้อยละ 0 ในปี 2554

ข้อมูลจากตารางที่ 1 สำหรับนักเรียนเตรียมทหารและนักเรียน แพทย์ทหารเป็นข้อมูลจากประชากรทั่วประเทศ ที่สมัครเข้าศึกษาต่อ แต่ข้อมูลของพลทหารส่วนใหญ่มาจากประชากรในกรุงเทพมหานคร ปริมาณพลและภาคกลาง

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาข้อมูลของพลทหารที่บริจาคโลหิต ในภาคต่างๆ ใน พ.ศ. 2554 พบว่าความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง อยู่ใน ช่วงร้อยละ 4.2-4.6 ส่วนภาคใต้ความชุกของการติดเชื้อคือร้อยละ 1.2 ซึ่งต่ำที่สุด แสดงว่าภาคใต้มีการป้องกันและควบคุมโรคที่ดีกว่า โดยเฉพาะน่าจะมีความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนที่ดีกว่า¹³

เปรียบเทียบการควบคุมการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีกับการควบคุม การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการควบคุมการติดเชื้อ เอชไอวีจนเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ²⁹⁻³⁰ ซึ่งมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ

1. การยกระดับปัญหาเอดส์เป็นปัญหาระดับชาติ มีการตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคเอดส์ระดับชาติโดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการป้องกันควบคุมโรคเอดส์โดยเฉพาะแก่หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2535
2. การให้สุขศึกษาอย่างแพร่หลาย ทั่วถึง และต่อเนื่อง ในระดับโลกมีการกำหนดให้วันที่ 1 ธันวาคม ของทุกปีเป็นวันเอดส์โลก สำหรับการรณรงค์ทั่วโลก และมีการจัดสัมมนาและประชุมวิชาการอย่างต่อเนื่อง
3. การส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 100 ในบุคคลที่เสี่ยงต่อการรับและแพร่เชื้อทางเพศสัมพันธ์
4. การเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องจนสามารถบอกได้ว่าการควบคุมโรคได้ผลเพียงใด ที่สำคัญคือ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น หญิงบริการ ชายรักร่วมเพศ ผู้ติดยาเสพติด นอกจากนี้ยังติดตามเฝ้าระวังความชุกในกลุ่มที่มีการเจาะ

ตารางที่ 1 ผลการตรวจ HBsAg ในชายหนุ่มไทย

| พ.ศ. | กลุ่ม | จำนวนที่ตรวจ | จำนวนที่ได้ผลบวก | ร้อยละ | เอกสาร |
|------|--------------------|--------------|------------------|--------|--------|
| 2516 | พลทหาร | ไม่พบข้อมูล | ไม่พบข้อมูล | 9.3 | 18 |
| 2523 | พลทหาร | 526 | 40 | 7.6 | 23 |
| 2533 | พลทหาร | 7,585 | 645 | 8.5 | 18 |
| 2550 | พลทหาร | 1,100 | 95 | 8.6 | 24 |
| 2551 | พลทหาร | 1,243 | 100 | 8.0 | 24 |
| 2551 | นักเรียนเตรียมทหาร | 553 | 7 | 1.3 | 26 |
| 2552 | พลทหาร | 1,521 | 36 | 3.2 | 24 |
| 2552 | นักเรียนเตรียมทหาร | 557 | 4 | 0.7 | 26 |
| 2552 | นักเรียนแพทย์ทหาร | 77 | 3 | 3.9 | 27 |
| 2553 | พลทหาร | 809 | 39 | 4.8 | 24 |
| 2553 | นักเรียนเตรียมทหาร | 552 | 4 | 0.7 | 26 |
| 2553 | นักเรียนแพทย์ทหาร | 70 | 1 | 1.4 | 27 |
| 2554 | พลทหาร | 1,154 | 42 | 3.6 | 24 |
| 2554 | พลทหาร | 2,138 | 68 | 3.2 | 25 |
| 2554 | นักเรียนเตรียมทหาร | 559 | 4 | 0.7 | 26 |
| 2554 | นักเรียนแพทย์ทหาร | 64 | 0 | 0.0 | 27 |
| 2555 | พลทหาร | 1,224 | 39 | 3.2 | 23 |
| 2555 | นักเรียนเตรียมทหาร | 588 | 0 | 0.0 | 26 |
| 2556 | นักเรียนแพทย์ทหาร | 67 | 0 | 0.0 | 27 |

ตารางที่ 2 ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในชายหนุ่มไทยที่เป็นพลทหารผู้บริจาคโลหิตแยกตามภาค²⁸

| ภาค | จำนวนผู้บริจาคโลหิต | จำนวนที่ติดเชื้อ | % |
|--------------------|---------------------|------------------|------------|
| กลาง | 7,366 | 339 | 4.6 |
| ตะวันออกเฉียงเหนือ | 2,282 | 95 | 4.2 |
| เหนือ | 6,620 | 307 | 4.6 |
| ใต้ | 1,197 | 30 | 1.2 |
| รวม | 17,465 | 771 | 4.3 |

เลือดตรวจการติดเชื้ออยู่แล้ว ได้แก่ ผู้บริจาคโลหิต หญิงตั้งครรภ์ และกองทัพบกโดยกรมแพทย์ทหารบกได้ริเริ่มการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในพลทหารตั้งแต่ปี 2532 เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการวางแผนการควบคุมโรคเอดส์ของประเทศด้วย

5. ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม ทั้งภาครัฐและเอกชน และที่สำคัญคือระหว่างทหารกับพลเรือน³¹

ในปี 2532 พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในชายหนุ่มไทยที่เป็นพลทหารกองทัพบกคือร้อยละ 0.5 ต่อมามีการระบาดมากขึ้นจนอัตราการติดเชื้อสูงขึ้นเป็นร้อยละ 4 ในปี 2536 เมื่อมีการร่วมมือกันอย่างเข้มแข็งและรัฐบาลไทยสนับสนุนงบประมาณใน

การควบคุมการติดเชื้อด้วยวิธีต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น สามารถลดอัตราการติดเชื้อลงอย่างชัดเจนจนเหลือร้อยละ 0.7³² ในปี 2545 เป็นร้อยละ 0.5 ในปี 2547 และคงที่จนถึงปัจจุบัน³⁰

เชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีช่องทางติดต่อคล้ายกับเชื้อเอชไอวี คือ ทางเลือด ทางเพศสัมพันธ์และจากแม่สู่ลูก และมียาด้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมการติดเชื้อ การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีมีผลในการลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีส่วนหนึ่งด้วย แต่เชื้อไวรัสตับอักเสบบีติดต่อยากกว่าเชื้อเอชไอวี และมีวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการติดเชื้อในขณะที่ยังไม่มียาวัคซีนที่มีประสิทธิภาพพอในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นหาก

ประยุกต์ใช้แนวทางที่ใช้ในการควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีจนประสบความสำเร็จมาใช้ในการควบคุมการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีก็น่าจะ
ได้ผลดียิ่งขึ้น และมีความหวังได้ว่าจะสามารถกำจัดโรคนี้ออกไป
ไปได้ในอนาคต ซึ่งมีแนวทางดังนี้

1. การยกระดับปัญหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเป็น
ปัญหาระดับชาติ มีการตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคระดับชาติ และ
มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการป้องกันควบคุมโรคนี้อย่างเฉพาะ

2. การให้สุขศึกษาอย่างแพร่หลาย ทั้งถึง และต่อเนื่อง ปัจจุบัน
มีการกำหนดให้วันที่ 28 กรกฎาคมของทุกปีเป็นวันตับอักเสบบีโลก
สำหรับการรณรงค์เรื่องนี้ทั่วโลก แต่ในประเทศไทยการรณรงค์เรื่อง
นี้ยังไม่กว้างขวางเท่ากับเรื่องเอดส์

3. การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีให้เด็กแรก
เกิดอย่างทั่วถึง และมีการสำรวจความครอบคลุม (Coverage)
ของการฉีดวัคซีนในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ

4. การเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องจนสามารถบอกได้ว่า
การควบคุมโรคได้ผลเพียงใด ที่สำคัญคือ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ
และการคัดกรองในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น หญิงบริการ ชาย
รักร่วมเพศและผู้ติดยาเสพติด เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา นอกจากนี้
ยังควรติดตามเฝ้าระวังความชุกในกลุ่มที่มีการเจาะเลือดตรวจการ
ติดเชื้ออยู่แล้ว ได้แก่ ผู้บริจาคโลหิต หญิงตั้งครรภ์ และพิจารณา
การเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มพลทหาร

5. ส่งเสริมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม ทั้งภาครัฐ
และเอกชน และที่สำคัญคือระหว่างทหารกับพลเรือนและควรรขยาย
ความร่วมมือการควบคุมโรคในประเทศสมาชิกของประชาคมอาเซียน
ด้วย นอกจากนี้การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในทารกแล้ว
การตรวจการติดเชื้อในวัยรุ่นเพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสม
ก็เป็นสิ่งที่ควรดำเนินการ ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเกิดตับแข็ง มะเร็งตับ
และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในผู้ที่ติดเชื้อเรื้อรัง

การดำเนินการควบคุมการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอาจ
ใช้โครงสร้างของโครงการควบคุมโรคเอดส์เดิมแล้วผนวกเรื่อง
ไวรัสตับอักเสบบีเข้าไปด้วย หรือแยกเป็นอีกโครงการหนึ่งต่างหาก
เชื่อว่าดำเนินการดังกล่าวจะสามารถลดความชุกของการติดเชื้อ
ไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย
การกำจัดโรคนี้ออกไปจากประเทศไทยให้ได้ในที่สุด และเป็น
การป้องกันควบคุมโรคตับแข็งและมะเร็งตับที่สำคัญด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Hwang EW, Cheung R. Global epidemiology of hepatitis B virus (HBV) infection. *N A J Med Sci* 2011;4:7-13.
- Lok ASF, McMahon BJ. Chronic hepatitis B: update 2009. *Hepatology* 2009;50:1-36.
- Custer B, Sullivan S, Thomas K, Kris V. Global epidemiology of hepatitis B virus. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:158-68.
- Merican I, Guan R, Amarapuka D, Alexander MJ, Chutaputti A, Chien RN, et al. Chronic hepatitis B virus infection in Asian countries. *J Gastroenterol Hepatol* 2000;15:1356-61.
- Pradutkanchana S, Nasongkla K, Pradutkanchana J, Heembai U. A ten-year trend of the prevalence of hepatitis B surface antigen in pregnant women at Songklanagarind Hospital. *J Infect Dis Antimicrob Agents* 2005;22:111-4.
- Luksamijarulkul P, Watagulsin P, Sujirarat D. Hepatitis B virus seroprevalence and risk assessment among personnel of a governmental hospital in Bangkok. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2001;32:459-65.
- Srisupanan M, Wiwanitkit V. Prevalence of hepatitis B seropositivity among Thai workers in screening program before going abroad. *Ann Hepatol* 2008; 7: 389.
- McMahon BJ. Natural history of chronic hepatitis B. *Clin Liver Dis* 2010;14:381-96.
- Carey W. The prevalence and natural history of hepatitis B in the 21st century. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2009;76 (suppl 3):S2-S5.
- Thawaranantha D, Balachandra K, Watanaseree J, Boonchird C, et al. Subtyping of Thai hepatitis B virus DNA by polymerase chain reaction. *J Sci Soc Thailand* 1994;20:115-24.
- Hepatitis B Foundation. Hepatitis B vaccine history. (Online) [Cited 2014 Jan 8]. Available at: http://www.hepb.org/professionals/hepatitis_b_vaccine.htm
- ศุภมิตร ชุณหสวัณ. ความก้าวหน้าของการควบคุมโรคตับอักเสบบีในประเทศไทย. *วารสารโรคติดต่อ* 2539;22:177-86.
- Chub-uppakam S, Panichart P, Theamboonler A, Pooworawan Y. Impact of the hepatitis B mass vaccination program in the Southern part of Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1998;29:464-68.
- Chongsrisawat V, Yoocharoen P, Theamboonlers A, Tharmaphornpilas P, Warinsathien P, Sinlaparatsamee S, et al. Hepatitis B seroprevalence in Thailand: 12 years after hepatitis B vaccine integration into the national expanded programme on immunization. *Tropical Medicine and International Health* 2006;11:1496-502.
- พิศาล ไฉ่เรียง. แนวทางการรักษาไวรัสตับอักเสบบีในผู้ใหญ่. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน* 2554;10:99-107.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนผู้ป่วย/สาเหตุการตาย. [ออนไลน์] 2557; [สืบค้น 2 ม.ค. 2557] เข้าถึงได้ที่: <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries09.html>

17. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. มะเร็งตับ. [ออนไลน์] 2557; [สืบค้น 2 ม.ค. 2557] เข้าถึงได้ที่: <http://www.nci.go.th/th/Knowledge/tubcopy.html>
18. Tanprasert S, Somjitta S. Trend study on HBsAg prevalence in Thai voluntary blood donors. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1993;24:43-5.
19. อรวรรณ จุลวงษ์. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพลทหารกองประจำการแห่งหนึ่งในกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2556; 14:142-50.
20. Meheus A. Risk of hepatitis B in adolescence and young adulthood. *Vaccine* 1995;13(suppl 1):S31-4.
21. ยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ. การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต. *วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต* 2550;17:145-52.
22. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย. ใบสมัครผู้บริจาคโลหิต. แบบฟอร์มเลขที่ DSP001/001 แก้ไขครั้งที่ 09/0654.
23. ปวีณ วิเศษแพทย์. ปัญหาอันเกิดจากการตรวจพบเชื้อไวรัสที่ทำให้ตับอักเสบบีในผู้บริจาคโลหิต. *วิทยาสารเสนารักษ์* 2526;38:271-5.
24. Saengdidtha B, Tharaporn T, Kaoaiem H. Trends of Chronic Hepatitis B among Thai army conscripts in Bangkok between 2007-2012. Presented in the 13rd International Conference of Public Health Sciences, Bangkok Thailand, on 1 October, 2013.
25. Saengdidtha B, Tharaporn T, Rojpanich T. Prevalence of hepatitis B virus infection among conscript donors in Bangkok. *RTA Med J* 2013;66(suppl 1):125.
26. วิญญู จันทรสุนทรกุล, เกื้อกุล ชัมพานนท์, โฉมเฉลา ศรีวงศ์ธรรม, ยุพรทองจันทร์, วลัยัญญ์ ธาราชมภู. การมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี (Anti-HBsAb) ในนักเรียนเตรียมทหารทั้งสามเหล่าทัพและตำรวจ. *แพทยสารทหารอากาศ* 2555;58:41-5.
27. บุญเต็ม แสงดิษฐ, ชัยพล บัณฑิตสิงห์, ดุสิต จันทยานนท์. ข้อมูลการตรวจสุขภาพนักเรียนแพทย์ทหาร พ.ศ. 2552-2557. กองตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2557.
28. บุญเต็ม แสงดิษฐ, เปรมฤดี ชัยสุวิรัตน์, ไตรยศ ธารพร, นริศ หงษ์สูงเนิน, ัญญะ โรจน์พานิช. ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสทางโลหิตในชายหนุ่มไทยที่บริจาคโลหิต. *วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์การบริการโลหิต* 2556; 23:328.
29. Celetano DD, Nelson K, Lyles C, Beymer C, et al. Decreasing incidence of HIV and sexually transmitted disease in young Thai men: evidence for Success of HIV/AIDS control and prevention program. *AIDS* 1998;12:29-36.
30. Saengdidtha B, Rangsin R, Kana K, Kaoaiem H. The uses of epidemiologic and public health approaches for HIV/AIDS control among young men in the Royal Thai Army and Thailand. *Sanid Mil* 2012;68:51-8.
31. Saengdidtha B, Rangsin R. Roles of the Royal Thai Army Medical Department in supporting the country to fight against HIV/AIDS: 18 years of experience and success. *J Med Assoc Thai* 2005;88 (suppl 3):S378-87.

Chronic Hepatitis B among Thai Young Men: The Problem That Should be Solved

Boonterm Saengdidtha¹, Chaiyapol Banditsing² and Dusit Janthayanont²

¹Army Institute of Pathology, Phramongkutklao Medical Center; ²Outpatient Department, Phramongkutklao Hospital

Abstract: Chronic hepatitis B (CHB) is an important health problem of Thailand and the world. It can lead to cirrhosis, hepatocellular carcinoma (HCC) and death. Moreover, cancer is the most common cause of death of Thai population and HCC is common among them, especially men. CHB is the most common cause of HCC and common among Thai young men with prevalence of nearly 10% in the past. All Thai newborns have been vaccinated for prevention of hepatitis B virus infection since 1992, then and the CHB prevalence among Thai population was decreased. CHB prevalence among Thai young men declined differently according to each population group, i.e., prevalence among sample medical cadet and pre-cadet declined to 0% in 2011 and 2012, respectively, but in sample conscripts it declined to 3.2% in 2009 and rather stable until 2012. Thus, the CHB problem among conscripts and special group of Thai young men should be solved, especially, more coverage of hepatitis B vaccination in newborns and appropriate screening and management in adolescents. The successful strategies and methods of HIV/AIDS control of Thailand is recommended to use in CHB control.

Keywords: ● Hepatitis B ● Young men ● Thailand

RTA Med J 2014;67:79-84.