

ย่อวารสาร

Occult hepatitis infection in transfusion medicine: screening policy and assessment of current use of anti-HBc testing

Antonella Esposito¹ Chiara Sabia¹ Carmela Iannone¹ Giovanni F. Nicoletti² Linda Sommesse¹ Claudio Napoli^{1,3,4}

¹Department of Internal and Specialty Medicine, U.O.C. Immunohematology, Transfusion Medicine and Transplant Immunology, Azienda Ospedaliera Universitaria, Università degli Studi della Campania 'Luigi Vanvitelli', Naples, Italy; ²Multidisciplinary Department of Medical-Surgical and Odontostomatological Specialties, Università degli Studi della Campania 'Luigi Vanvitelli', Naples, Italy; ³Department of Medical, Surgical, Neurological, Metabolic and Geriatric Sciences, Università degli Studi della Campania 'Luigi Vanvitelli', Naples, Italy; ⁴Foundation SDN, Institute of Diagnostic and Nuclear Development, IRCCS, Naples, Italy. Transfus Med Hemother. 2017;44:263-72.

ในงานธนาคารเลือด เชื้อ Hepatitis B virus (HBV) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HBV ไม่ได้เฉพาะในช่วง preseroconversion window period ของผู้บริจาคเท่านั้น แต่ยังเพิ่มไปถึงกรณีที่ผู้บริจาคมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแฝง (Occult Hepatitis B Infection; OBI) ด้วย OBI หมายถึง ผู้บริจาคมีการติดเชื้อ HBV ที่การตรวจ HBsAg ให้ผลลบ การตรวจ anti-HBc IgG อาจให้พบเป็นบวกหรือลบก็ได้ แต่มีการตรวจพบ HBV DNA ในตับและซีรัม แต่ละประเทศจึงกำหนดนโยบายในการตรวจกรองเชื้อที่เหมาะสมของตนเอง โดยขึ้นกับความชุกของ HBV ที่มีในแต่ละท้องถิ่น การตรวจพบเชื้อโดยวิธีการตรวจกรองต่างๆ รวมถึงความคุ้มค่าของการตรวจ (cost effectiveness) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการตรวจหา OBI carrier มีความสำคัญมากสำหรับธนาคารเลือดทุกแห่งทั่วโลก ซึ่งโดยทั่วไปจะใช้วิธีการตรวจทั้ง serological markers และ nucleic acid amplification testing (NAT) การตรวจทาง serology เช่น การตรวจหา anti-HBs และ anti-HBc อาจเป็นประโยชน์ แต่ยังคงเป็นที่ถกเถียงและไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจหา anti-HBc จึงได้มีการรวบรวมการศึกษาต่างๆ เพื่อสรุปภาพรวมของการนำการตรวจหา anti-HBc มาใช้เป็น routine screening test เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HBV จากผู้บริจาคที่เป็น OBI (OBI transmission) ทั่วโลก

มีการศึกษาพบว่า การตรวจกรองโดย serological markers และ NAT สามารถแก้ไขปัญหาได้ เมื่อมีการติดเชื้อ HBV การใช้ NAT สามารถตรวจพบ HBV DNA ได้ก่อนการตรวจพบ HBsAg ส่วน anti-HBc จะยังคงอยู่ยาวตลอดชีวิต ในขณะที่ไม่สามารถตรวจ HBV markers อื่นๆ ได้แล้ว ในบางประเทศจึงตรวจทั้ง HBsAg, HBV DNA และตรวจ anti-HBc ร่วมด้วย ซึ่งเป็นการเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ผลการตรวจกรองดังกล่าว ทำให้มีการงดการบริจาคเลือด ในกรณีที่ผู้บริจาคมี HBsAg และ HBV DNA ให้ผลบวก รวมทั้งผู้ที่มีการตรวจ HBsAg และ HBV DNA ให้ผลลบ แต่ตรวจพบ anti-HBc ซึ่งมีผลทำให้สูญเสียเลือดจำนวนหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาพบว่ามีการตรวจพบกรณีดังกล่าวเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น จึงไม่กระทบต่อจำนวนเลือด แต่เป็นการเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับเลือด นับว่าเป็นประโยชน์ของการตรวจหา anti-HBc โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วยวิธี NAT ได้ แต่ไม่แนะนำให้ตรวจหา anti-HBc แต่เพียงอย่างเดียวในพื้นที่ที่มีการพบเชื้อ HBV มาก เพราะจะทำให้ผู้บริจาคจำนวนมากถูกงดการบริจาคโดยไม่สมควร

ยุวดี วนายุทธศิลป์

ภาควิชาเวชศาสตร์การธนาคารเลือด

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ย่อวารสาร

Second-line treatments in children with immune thrombocytopenia: effect on platelet count and patient-centered outcomes

Grace RF, Shimano KA, Bhat R, Neunert C, Bussel JB, Klaassen RJ, Lambert MP, Rothman JA, Breakey VR, Hege K, Bennett CM, Rose MJ, Haley KM, Buchanan GR, Geddis A, Lorenzana A, Jeng M, Pastore YD, Crary SE, Neier M, Neufeld EJ, Neu N, Forbes PW, Despotovic JM. Am J Hematol. 2019 Jul;94(7):741-750. doi: 10.1002/ajh.25479. Epub 2019 Apr 29.

ความเป็นมา Immune thrombocytopenia (ITP) ในเด็กเป็นโรคเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือด มีจำนวนลดลงแต่เพียงอย่างเดียว (isolated thrombocytopenia) โดยมีปริมาณของเกล็ดเลือดในกระแสเลือดน้อยกว่า 100,000/ลบ.มม. โดยแบ่งโรค primary ITP เป็นระยะต่าง ๆ ได้แก่ newly diagnosed ITP หมายถึง โรค ITP ในช่วง 3 เดือนแรกหลังจากวินิจฉัย persistent ITP หมายถึง โรค ITP ในช่วง 3-12 เดือนหลังการวินิจฉัย chronic ITP หมายถึง โรค ITP ที่เป็นมากกว่า 12 เดือน ในปัจจุบันเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วย ITP ชนิดเรื้อรังในเด็กนอกเหนือจากการสังเกตอาการโดยทั่วไปโดยการไม่ทำอะไร ๆ คือการลดการเกิดภาวะเลือดออกรุนแรงโดยเพิ่มจำนวนของเกล็ดเลือดซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลักโดยการให้ยากกลุ่ม second-line เช่น rituximab, thrombopoietin receptor agonist (eltrombopag, romiplostim), oral immunosuppressive agents รวมถึงการตัดม้าม ในผู้ป่วยบางราย อย่างไรก็ตามยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจนเกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่มนี้ในผู้ป่วยเด็ก

รูปแบบและวิธีการ เป็นการศึกษาแบบ prospective, multi-center, observational cohort study ในผู้ป่วยเด็กอายุ 1-17 ปี จำนวน 120 ราย ที่วินิจฉัยเป็น primary ITP โดยแบ่งเป็น newly diagnosed ITP ร้อยละ 17 persistent ITP ร้อยละ 30 และ chronic ITP ร้อยละ 53 ที่ได้รับยากกลุ่ม second-line เป็นแบบลักษณะ monotherapy โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ 21 แห่งใน ประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาโดยประเมินจากการตอบสนองต่อระดับของเกล็ดเลือด การตอบสนองต่อภาวะเลือดออกรวมถึงการให้ยารักษาเพิ่มเติม (rescue therapy) การประเมินด้านคุณภาพชีวิต หรือ health-related quality of life (HROoL) โดยมีระยะเวลาการติดตามอาการ 1 ปีหลังจากเริ่มได้ยากกลุ่ม second-line

ผลการศึกษา จากผลการศึกษาจากผู้ป่วย 120 ราย พบว่ามีการใช้ rituximab ร้อยละ 36 (43 ราย) romiplostim ร้อยละ 26 (31

ราย) eltrombopag ร้อยละ 17 (20 ราย) oral immunosuppressive agents ร้อยละ 16 (19 ราย) dapsone ร้อยละ 3 (3 ราย) และการตัดม้าม ร้อยละ 3 (4 ราย) ตามลำดับ

โดยการตอบสนองต่อระดับของเกล็ดเลือดที่ 1 เดือน พบว่าในกลุ่มที่ใช้ eltrombopag มีการตอบสนองแบบ complete remission สูงที่สุดคือ ร้อยละ 30 อย่างไรก็ตามไม่มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับยากกลุ่มอื่น การตอบสนองต่อภาวะเลือดออก พบว่ากลุ่มที่ได้รับยา rituximab และ romiplostim เป็นกลุ่มที่สามารถลดภาวะจำเลือดออกตามตัว (skin-related bleeding) รวมถึงมีการให้ยารักษาเพิ่มเติม (rescue therapy) น้อยที่สุด กล่าวคือ ร้อยละ 6.1 และร้อยละ 12.5 ตามลำดับ

สำหรับการประเมินด้านคุณภาพชีวิตพบว่า กลุ่มที่ได้รับยา rituximab หรือ eltrombopag เป็นกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตดีที่สุดคือ ร้อยละ 80 และ 70 ตามลำดับ ที่การประเมินผลที่ระยะเวลา 1 ปี **สรุป** จากข้อมูลการวิจัยนี้ ได้ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่ม second-line ใน ITP ในเด็ก กล่าวคือ การตอบสนองต่อเกล็ดเลือดเร็วที่สุด ได้แก่ ยา eltrombopag ทั้งนี้พบว่า ทั้งยา eltrombopag และ ยา rituximab เป็นกลุ่มยาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตดีที่สุดเนื่องจาก eltrombopag เป็นยาที่ใช้รับประทาน และ ยา rituximab มีการใช้ฉีดในช่วง 4 สัปดาห์แรกของการรักษาเท่านั้น อย่างไรก็ตามพบว่าหลังจากเริ่มการรักษาด้วยยาไปแล้ว กลุ่มยาที่มีโอกาสกลับมามีเลือดออกหรือต้องให้ยารักษาเพิ่มเติม (rescue therapy) น้อยได้แก่ยา rituximab และ romiplostim ทั้งนี้ขึ้นกับกุมารแพทย์พิจารณาใช้ตามความเหมาะสมและความจำเป็น

ชาญชัย ไตรวราริ

กองกุมารเวชกรรม

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า