

เอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชวิทยาลัย

อุไรวรรณ แซ่จิ่ง, พ.บ.*

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลมหาราชวิทยาลัย ได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก โดยกำหนดกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม ได้แก่ การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด และการเลี้ยงดูทารกด้วยนมผสม **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์และประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ในโรงพยาบาลมหาราชวิทยาลัย **วิธีการศึกษา:** เป็นแบบพรรณนาย้อนหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์รายใหม่ หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนที่มาคลอดและทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2545 ถึง 31 ธันวาคม 2548 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย **ผลการศึกษา:** ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ.2548 ความชุกเท่ากับร้อยละ 0.92 โดยความชุกในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยมีแนวโน้มสูงขึ้น ผลการดำเนินงานตามโครงการป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกพบว่า หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 293 คน เคยฝากครรภ์ร้อยละ 92.8 ทราบผลเลือดก่อนคลอดร้อยละ 82.6 ได้รับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 71.7 และขณะคลอดร้อยละ 67.6 ทารกเกิดจากหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อจำนวน 295 คน คลอดทางช่องคลอดร้อยละ 74.9 ได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 93.2 และได้รับนมผสมร้อยละ 52.5 ทารกสามารถวินิจฉัยสถานภาพการติดเชื้อได้จำนวน 75 คน (ร้อยละ 25.4) พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 4 มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกได้รับการดูแลครบถ้วนตามโครงการฯ จำนวน 106 คน (ร้อยละ 35.9) และหากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกได้รับการดูแลครบถ้วนตามโครงการฯ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีลดลงเหลือร้อยละ 2.1 **สรุป:** ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ปี พ.ศ.2548 เท่ากับร้อยละ 0.92 และการดำเนินงานตามโครงการป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในโรงพยาบาลมหาราชวิทยาลัยทำให้อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกลดลง

* แพทย์ประจำกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชวิทยาลัย จ.นครราชสีมา 30000

Abstract: HIV in Pregnancy in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Uriwan Saejung, M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

Nakhon Ratch Med Bull 2006; 30: 111-119.

Background: Maharat Nakhon Ratchasima Hospital (MNRH) has implemented the program of Ministry of Public Health for prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT). The activities consisted of giving antiretroviral drugs (ARV) to HIV positive mothers during pregnancy and/or during labour, early antiretroviral treatment and formula feeding in infants born to HIV positive mothers. **Objectives:** To find the prevalence of HIV infection in pregnancy and to evaluate the result of operation according to PMTCT in MNRH. **Patients and Methods:** The records of all pregnant women between 1 January 2002 to 31 December 2005 were retrospectively analyzed. **Results:** The prevalences of HIV in pregnancy gradually decreased every year. In 2005, it was 0.92% and tended to be prominent in young age group. For implementation of PMTCT, there were 293 HIV positive pregnant women, 92.8% of them had attended antenatal care (ANC) whereas 67.6% receiving ARV during labour. There were 295 infants born to HIV positive mothers, 74.9% by vaginal delivery, 93.2% receiving ARV, 52.5% receiving formula feeding. Only 75 infants (25.4%) were investigated for HIV status and 4% were positive. Only 106 mothers and their infants had fully complied PMTCT program and their HIV transmission rate was decreased to 2.1%. **Conclusion:** The prevalence of HIV infection in pregnancy was 0.92% in year 2005. And the implementation of PMTCT resulted in decrease of HIV transmission from mother to infant in MNRH.

ภูมิหลัง

ในปี พ.ศ.2532 เริ่มมีการรายงานผู้ป่วยเอดส์ในเด็กรายแรกที่เกิดจากการติดเชื้อจากมารดา และจากข้อมูลการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ พบว่าเริ่มมีการตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อย่างชัดเจนในปี พ.ศ.2534 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นสูงสุด ในปี พ.ศ.2538 หลังจากนั้นความชุกมีแนวโน้มที่จะลดลง การสำรวจครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2547 พบความชุกร้อยละ 1.04 นอกจากนี้ยังพบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยและหญิงตั้งครรภ์แรกมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง

เนื่อง กล่าวคือในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีค่าร้อยละ 0.0 อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 1.0 ในหญิงตั้งครรภ์แรกมีค่าร้อยละ 1.6^(1,2)

จากการสำรวจในปี พ.ศ.2547 โดยกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขของไทยพบว่าประมาณร้อยละ 1.2 ของหญิงที่มาฝากครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ.2537 ซึ่งสูงถึงร้อยละ 2.3 เนื่องจากมีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น จากผลดังกล่าวสามารถทำนายได้ว่า ถ้าในแต่ละปีมีการคลอดบุตร 800,000 คน จะมีหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 9,600 คน ให้กำเนิดบุตรทุกปี ถ้าไม่มีการให้ยาต้านไวรัสแก่มารดาและทารก อัตราการ

แพร่เชื้อเอชไอวีของหญิงไทยสู่ทารกมีค่าประมาณร้อยละ 25 ดังนั้นในแต่ละปีจะมีเด็กไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี 2,400 คนเกิดมาใหม่ ซึ่งถ้าไม่แก้ไขจำนวนเด็กที่ติดเชื้อจะเพิ่มมากขึ้น การให้ Zidovudine (AZT) ในช่วงสั้น ๆ แก่หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อทำให้อัตราการแพร่เชื้อลดลงอยู่ในช่วงร้อยละ 4.3-9.2⁽³⁻⁵⁾ แต่ถ้าให้ยาสูตร AZT กับ Nevirapine (NVP) ตามนโยบายใหม่จะทำให้อัตราการแพร่เชื้อลดลงอยู่ที่ร้อยละ 2-5^(6,7) จึงลดจำนวนเด็กที่ติดเชื้อรายใหม่ได้อย่างมาก

การดำเนินงานเพื่อลดการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยการใช้ยา AZT ของกระทรวงสาธารณสุข (นโยบายระดับชาติ) ในระหว่างปี พ.ศ.2543-2546 ได้มีการดัดแปลงให้มีการให้ยาแก่ทารกด้วยโดยมีรูปแบบดังนี้

- AZT 300 มิลลิกรัม รับประทานทุก 12 ชั่วโมง เริ่มเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ และเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์ให้ AZT 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด

- ทารกให้ AZT 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม รับประทานทุก 6 ชั่วโมง นาน 1 สัปดาห์ (ถ้ามารดาได้รับ AZT นานกว่า 4 สัปดาห์) หรือ 6 สัปดาห์ (ถ้ามารดาได้รับ AZT น้อยกว่า 4 สัปดาห์)

- ทารกงดนมมารดา

เดือนธันวาคม พ.ศ.2546 กระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนสูตรยาที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกเป็น AZT เริ่มที่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ร่วมกับ NVP ในมารดาและทารก

- AZT 300 มิลลิกรัม รับประทานทุก 12 ชั่วโมง เริ่มเมื่ออายุครรภ์ได้ 28 สัปดาห์และเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์ให้ AZT 300 มิลลิกรัม รับประทานทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด และให้ NVP 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งเดียว ในช่วงที่เจ็บครรภ์

- ทารกให้ AZT 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม รับประทานทุก 6 ชั่วโมง นาน 1 สัปดาห์ (ถ้ามารดา

ได้รับ AZT นานกว่า 4 สัปดาห์) หรือ 6 สัปดาห์ (ถ้ามารดาได้รับ AZT น้อยกว่า 4 สัปดาห์) ร่วมกับยา NVP 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ในทารกครั้งเดียวหลังคลอดภายใน 48 ชั่วโมง

- ทารกงดนมมารดา

- นัดตรวจติดตามภาวะการติดเชื้อของหญิงติดเชื้อหลังคลอดและให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส รวมถึงยาต้านไวรัสเมื่อมีข้อบ่งชี้

- การตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อในทารกที่สัมผัสเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกระหว่างปี พ.ศ. 2545-2548

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาพรรณาย้อนหลัง เก็บรวบรวมข้อมูลจากบัตรเวชระเบียนผู้ป่วย ในหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนที่มาคลอด และทารกทุกคนที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2545 ถึง 31 ธันวาคม 2548 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และแสดงด้วยสถิติร้อยละ

นิยามศัพท์

การสรุปว่า “ทารกติดเชื้อเอชไอวี” อาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 4 (กันยายน 2538) ของสำนักโรคติดต่อควบคุมโรค หรือฉบับปรับปรุงแก้ไขที่

ได้จัดพิมพ์หลังจากเดือน กันยายน 2538

เกณฑ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีต่อเมื่อ

1. ผลการตรวจ polymerase chain reaction (PCR) ให้ผลบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลาที่แตกต่างกันในทุกช่วงอายุของทารก (ยกเว้นการตรวจเลือดจากสายสะดือ) หรือ

2. ผลการตรวจ Antibody (Ab) ต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยเทคนิคที่ต่างกันและจะต้องมีผลเลือดบวกอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่ตรวจเมื่อทารกอายุตั้งแต่ 18 เดือนขึ้นไป

เกณฑ์นิยามผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ

ทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีไม่ว่าจะป่วยเป็นโรคเอดส์หรือเป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการตามนิยามผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 4 หรือฉบับปรับปรุงแก้ไขที่ได้จัดพิมพ์หลังจากเดือนกันยายน 2538

การสรุปว่า “ทารกไม่ติดเชื้อเอชไอวี” โดยใช้เกณฑ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการวินิจฉัยว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวีต่อเมื่อ

1. ผลการตรวจ PCR ให้ผลลบอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยผลการตรวจทั้ง 2 ครั้ง ต้องตรวจเมื่อทารกมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 1 เดือน และจะต้องมีผลการตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่ตรวจเมื่อทารกมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน และทารกจะต้องไม่มีอาการป่วยด้วยโรคเอดส์หรือ

2. ผลการตรวจ Ab ต่อเชื้อเอชไอวีให้ผลลบอย่างน้อย 1 ครั้ง ในทุกช่วงอายุ และ ทารกจะต้องไม่มีอาการ

ป่วยด้วยโรคเอดส์

การสรุปการวินิจฉัยไม่ได้ ทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ไม่สามารถวินิจฉัยสถานภาพได้ว่าเป็นทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นทารกที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ

1. ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี
2. เสียชีวิตก่อนที่จะสามารถให้การวินิจฉัยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี
3. ไม่สามารถติดตามทารกได้จนทารกมีอายุครบ 24 เดือน

ผลการศึกษา

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ปี พ.ศ.2548 เท่ากับร้อยละ 0.92 ลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2545-2547 แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนมากพบในหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี และหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกถึงครั้งที่ 2 ดังตารางที่ 1

หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่มากลอดมีจำนวน 293 คน ฝากครรภ์ร้อยละ 92.8 เวลาที่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ทราบขณะมาฝากครรภ์ร้อยละ 73.4 รองลงมาคือ ขณะมาคลอดร้อยละ 14.3 มีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีมากลอดร้อยละ 16.7 ดังตารางที่ 2

การได้รับยาต้านไวรัส AZT ขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ได้รับยามากกว่า 4 สัปดาห์ ร้อยละ 47.8 รองลงมาคือ ไม่ได้รับยาร้อยละ 24.6 การได้รับยาต้านไวรัสขณะรอกคลอด ส่วนใหญ่ได้รับยาร้อยละ 67.6 โดยพบว่าชนิดของยาต้านไวรัสที่ได้รับขณะรอกคลอดระหว่าง พ.ศ.2545-2546 ส่วนใหญ่ได้รับยา AZT ชนิดเดี่ยว แต่ระหว่าง พ.ศ.2547-2548 ส่วนใหญ่ได้รับยา AZT+NVP

ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีมีจำนวน 295 คน โดยคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 74.9

ตารางที่ 1 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงฝากครรภ์รายใหม่

หญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์รายใหม่	2545			2546			2547			2548		
	รายใหม่	ติดเชื้อ	ร้อยละ	รายใหม่	ติดเชื้อ	ร้อยละ	รายใหม่	ติดเชื้อ	ร้อยละ	รายใหม่	ติดเชื้อ	ร้อยละ
อายุหญิงตั้งครรภ์												
< 20 ปี	340	1	0.29	262	0	0	187	1	0.53	157	2	1.27
20-24ปี	593	12	2.02	475	9	1.89	326	6	1.84	298	5	1.68
25-30ปี	672	13	1.93	537	13	2.42	473	11	2.33	376	3	0.80
> 30 ปี	618	14	2.27	482	8	1.66	420	7	1.67	366	1	0.27
ลำดับครรภ์												
1	993	12	1.21	850	11	1.29	637	9	1.41	559	5	0.89
2	828	22	2.66	585	12	2.05	532	12	2.25	419	5	1.19
> 3	402	6	1.49	321	7	2.18	237	4	1.69	219	1	0.46
รวม	2,223	40	1.80	1,756	30	1.70	1,406	25	1.78	1,197	11	0.92

การได้รับยาต้านไวรัสของทารกแรกเกิดได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 93.2 โดยพบว่าชนิดของยาต้านไวรัสที่ทารกได้รับเมื่อแรกเกิด ส่วนใหญ่ได้รับยา AZT ชนิดเดี่ยว รองลงมาคือ AZT+NVP ทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่ได้รับนมมารดาร้อยละ 52.5 รองลงมาคือ ไม่ทราบชนิดนมที่ได้รับ เนื่องจากไม่มาติดตามหลังคลอดเลย มีเพียงร้อยละ 2 ที่ได้รับนมมารดา ดังตารางที่ 3 การศึกษานี้พบทารกติดเชื้อเอชไอวี 3 รายคลอดทางช่องคลอดและไม่ได้รับนมมารดาทั้ง 3 ราย

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีพบว่าไม่ติดเชื้อร้อยละ 96 ติดเชื้อร้อยละ 4 การวินิจฉัยสถานภาพการติดเชื้อส่วนใหญ่วินิจฉัยจากนิยามผู้ป่วยร้อยละ 66.7 ส่วนทารกที่ไม่สามารถวินิจฉัยสถานภาพการติดเชื้อได้ร้อยละ 74.5 สาเหตุที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้ ส่วนใหญ่เนื่องจากไม่สามารถติดตามทารกได้และทารกมีอายุครบ 24 เดือน ร้อยละ 52.7 ดังตารางที่ 3

ทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดจำนวน 295 คน พบว่ามีมารดาและทารกที่ได้รับการ

ดูแลครบถ้วนตามโครงการป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก จำนวน 106 คน (ร้อยละ 35.9) ดัง ตารางที่ 3 และเมื่อศึกษาทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีที่วินิจฉัยสถานภาพการติดเชื้อได้จำนวน 75 คน พบมารดาและทารกที่ได้รับการดูแลครบถ้วนตามโครงการฯ จำนวน 48 คน (ร้อยละ 64) และพบว่าทารกมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 2.1 ดังตารางที่ 4

หลังคลอดหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจติดตามกับอายุรแพทย์ร้อยละ 21.5

ในรายที่มีเม็ดเลือดขาว CD₄ ต่ำกว่า 200 cells/cu mm ได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่องร้อยละ 17.5 และมีแนวโน้มหญิงตั้งครรภ์ตรวจติดตามการรักษาหลังคลอดสูงขึ้นหลังจากมีโครงการฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลงเหมือนการศึกษาของชนรักษ์แต่ความชุกในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของชนรักษ์ อาจเกิดจากปัญหาการ

ตารางที่ 2 ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี

	2545 จำนวน n=75	2546 จำนวน n=70	2547 จำนวน n=75	2548 จำนวน n=73	รวม จำนวน	ร้อยละ
1. การฝากครรภ์						
- ฝากครรภ์	72	63	70	67	272	92.8
- ไม่ฝากครรภ์	3	5	5	6	19	6.5
- ไม่ทราบ	0	2	0	0	2	0.7
2. เวลาที่ทราบผลการติดเชื้อ						
- ก่อนตั้งครรภ์	6	5	7	9	27	9.2
- ขณะมาฝากครรภ์	62	45	56	52	215	73.4
- ขณะมาคลอด	4	18	10	10	42	14.3
- หลังคลอด	3	2	1	2	8	2.7
- ไม่ทราบผลตรวจเลือด	0	0	1	0	1	0.3
3. การส่งต่อผู้ป่วย	15	12	15	7	49	16.7
4. การได้รับยาต้านไวรัส						
4.1 ขณะตั้งครรภ์						
- ได้รับมากกว่า 4 สัปดาห์	41	28	27	44	140	47.8
- ได้รับน้อยกว่า 4 สัปดาห์	7	8	7	7	29	9.9
- ได้รับยาไม่ทราบระยะเวลา	5	6	19	11	41	14.0
- ไม่ได้รับยา	15	24	22	11	72	24.6
- ไม่ทราบ	7	4	0	0	11	3.8
4.2 ขณะรอคลอด						
- ได้รับยา						
AZT	41	37	19	2	99	33.8
AZT+NVP	0	2	33	64	99	33.8
- ไม่ได้รับยา	33	30	22	7	92	31.4
- ไม่ทราบ	1	1	1	0	3	1.0
5. การติดตามหลังคลอด						
5.1 มาติดตามหลังคลอด						
- CD ₄ > 200 cells/cu mm	1	0	12	33	46	15.7
- CD ₄ < 200cells/cumm	0	0	4	7	11	3.8
ได้รับยา ARV ต่อเนื่อง						
- ไม่ทราบ CD ₄	4	0	0	0	4	1.4
- เสียชีวิต	0	1	1	0	2	0.7
5.2 ไม่มาตรวจติดตามหลังคลอด	70	69	58	33	230	78.5

มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงมากขึ้นของกลุ่มวัยรุ่น^(8,9) ประชากรกลุ่มนี้จึงเป็นประชากรกลุ่มที่ควรได้รับความสนใจติดตามแก้ปัญหาอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการกลับ

มาแพร่ระบาดของโรคเอดส์ หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีเคยฝากครรภ์ร้อยละ 92.8 ทราบผลการตรวจเลือดก่อนคลอดร้อยละ 82.6 และ

ตารางที่ 3 ทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี

	2545 จำนวน n=75	2546 จำนวน n=70	2547 จำนวน n=76	2548 จำนวน n=74	รวม จำนวน	ร้อยละ
วิธีการคลอด						
- ทางช่องคลอด	51	56	54	60	221	74.9
- ผ่าตัดทางหน้าท้อง	24	14	22	14	74	25.1
การได้รับยาต้านไวรัสแรกเกิด						
- ได้รับยา						
AZT	68	65	72	25	230	78
AZT+NVP	0	0	0	45	45	15.3
- ไม่ได้	5	2	0	0	7	2.4
- ไม่ทราบ	2	3	4	4	13	4.4
การได้รับนมมารดา						
- ได้รับ	3	2	1	0	6	2
- ไม่ได้รับ	41	39	34	41	155	52.5
- ไม่ทราบ	31	29	41	33	134	45.4
การวินิจฉัยสถานภาพการติดเชื้อ						
1. วินิจฉัยได้						
1.1 ติดเชื้อ						
- จากผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ	0	0	1	0	1	1.3
- จากนิยามผู้ป่วย	1	1	0	0	2	2.7
1.2 ไม่ติดเชื้อ	27	23	12	10	72	96
2. วินิจฉัยไม่ได้						
- ไม่สามารถติดตามทารกได้และทารกมีอายุครบ 24 เดือน	47	46	23	0	116	52.7
- ทารกเสียชีวิตก่อนให้การวินิจฉัย	0	0	0	1	1	0.5
- ทารกอายุยังไม่ครบ 24 เดือน	0	0	40	63	103	46.8
การดูแลรักษาที่ได้รับ						
- ครบ 4 กิจกรรม	24	24	20	38	106	35.9
- ไม่ครบทุกกิจกรรม	51	46	56	36	189	64.1

ตารางที่ 4 ทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีที่วินิจฉัยสถานภาพการติดเชื้อได้ จำแนกตามกิจกรรมที่ได้รับ

	2545 จำนวน n=28	2546 จำนวน n=24	2547 จำนวน n=13	2548 จำนวน n=10	รวม จำนวน	ร้อยละ
ครบ 4 กิจกรรม						
- ติดเชื้อ	0	0	1	0	1	2.1
- ไม่ติดเชื้อ	18	15	5	9	47	97.9
ไม่ครบทุกกิจกรรม	10	9	7	1	27	36

ได้รับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 71.7 แสดงให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ข้อมูลที่ได้รับยังไม่เพียงพอที่จะสร้างความตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ส่งผลให้ทารกมีอัตราการติดเชื้อสูง การได้รับยาต้านไวรัสขณะคลอดร้อยละ 67.6 ซึ่งต่ำกว่าขณะตั้งครรภ์ จึงควรเน้นในเรื่องการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การส่งต่อข้อมูลระหว่างการฝากครรภ์และห้องคลอด เพื่อให้ทราบผลการติดเชื้อของมารดาและให้ได้รับยาต้านไวรัสขณะคลอดครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งแนะนำให้มาโรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์คลอด เพราะมีหลายรายคลอดระหว่างเดินทางมาโรงพยาบาล ทำให้ไม่ได้รับยาต้านไวรัสขณะคลอด นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับยาต้านไวรัสของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์และคลอดมีความครอบคลุมมากขึ้นในช่วง 2 ปีหลัง แสดงว่ามีการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ดีขึ้น

ทารกที่คลอดจากหญิงติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิดไม่ได้รับยาต้านไวรัสเพียงร้อยละ 2.4 แสดงว่าทารกได้รับยาต้านไวรัสได้ครอบคลุมค่อนข้างสูง ในปี พ.ศ.2547 นั้นหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาต้านไวรัสขณะคลอด AZT และ NVP แล้วแต่ทารกยังได้รับยาต้านไวรัส AZT ชนิดเดียวเนื่องจากทางโรงพยาบาลไม่มี NVP ชนิดนี้เข้ามา ในปี พ.ศ. 2548 ทารกเริ่มได้ยาต้านไวรัสทั้ง 2 อย่าง ดังนั้นจึงประเมินผลของการให้ยาต้านไวรัส AZT และ NVP เปรียบเทียบกับ AZT ชนิดเดียวยังไม่ได้

ทารกร้อยละ 2 ยังได้รับนมมารดาจึงควรให้มารดาได้รับความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวีทางนมมารดาและแจกจ่ายนมผสมสำหรับเลี้ยงทารก ให้ทั่วถึงสำหรับมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ และผู้ให้การปรึกษาควรคำนึงถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้น ทั้งทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจ สังคมและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวด้วย

ครอบครัว

การติดตามทารกเพื่อสรุปการวินิจฉัยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวียังติดตามได้น้อยเพียงร้อยละ 25.4 ซึ่งปัญหาสำคัญในช่วง 2 ปีแรกเกิดจากไม่สามารถติดตามทารกได้และในช่วง 2 ปีหลังเกิดจากทารกยังอายุไม่ครบ 24 เดือน ทำให้วิเคราะห์อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีอาจไม่ใกล้เคียงความเป็นจริง ดังนั้นเพื่อให้การติดตามทารกและสามารถสรุปการวินิจฉัยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี ได้ครบถ้วนสูง ดังนั้นควรเน้นให้คำปรึกษาแก่มารดาติดเชื้อเอชไอวี ให้เห็นถึงความสำคัญและดูแลสุขภาพของทารกเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส นำทารกมาติดตามตรวจตามนัดและพัฒนาระบบการติดตามและส่งต่อ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนมาคลอดที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาถึงร้อยละ 16.7 รวมทั้งนโยบายบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วงปี พ.ศ.2545-2546 ให้มารดาตรวจหลังคลอด ทารกไปรับนมผสมและฉีดวัคซีนที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิใกล้บ้าน แต่ช่วงปี พ.ศ. 2547-2548 ทางโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้ประสานกับสาธารณสุขจังหวัดพิจารณาให้มารดาหลังคลอดและทารกมาติดตามต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อให้ข้อมูลในการติดตามหลังคลอดสมบูรณ์มากขึ้น

อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในกลุ่มที่มารดาและทารกได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนตามโครงการป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ร้อยละ 2.1 ซึ่งต่ำกว่าอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก โดยรวมซึ่งคิดเป็นร้อยละ 4 ดังนั้นการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานตามโครงการฯ โดยเฉพาะการเพิ่มความครอบคลุมในการให้บริการในกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม ได้แก่ การให้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด

การให้ยาต้านไวรัสในทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี และการเลี้ยงดูทารกด้วยนมผสมมีความสำคัญมาก เพราะส่งผลให้ทารกมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีน้อยลง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีมารดาและทารกได้รับการดูแลครบถ้วนตามโครงการฯ เพียงร้อยละ 35.9

การติดตามหลังคลอดโดยอายุรแพทย์ในช่วงแรกยังต่ำอยู่ และมีความครอบคลุมมากขึ้นในช่วง 2 ปีหลัง ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อได้รับการดูแลต่อเนื่อง พบว่าร้อยละ 17.5 ต้องได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง

สรุป

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ปี พ.ศ.2548 เท่ากับร้อยละ 0.92 และการดำเนินงานตามโครงการป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในโรงพยาบาลมหาราชวิทยาลัย ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขทำให้อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์พิเศก ทองสวัสดิ์วงศ์และคุณพัชรี บุญสุวรรณ ที่ช่วยให้คำปรึกษาแนะนำในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อมรา ทองหงษ์, ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, อรพรรณ แสงวรรณลอย, กมลชนก เทพสิทธิ์า, โชษิตา คุ่มตลอดและคณะ. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย ประจำปี 2543 (รอบที่ 18). รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2544; 32: S1-S15.
2. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ. 2547. วารสารโรคเอดส์ 2548; 17: 1-12.
3. Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA, Bhadrakorn C, Siiwasin W, Young NL, et al. Short-Course Zidovudine

- for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. Lancet 1999; 353: 773-80.
4. กิตตินันท์ ไทยศรีวงศ์, นภกกร พูลประสาท, วิกรม ทางเรือ เกศรินทร์ ไทยศรีวงศ์. อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกจังหวัดจันทบุรี. วารสารโรคเอดส์ 2548; 17: 197-208.
 5. กิริติกานต์ กัลลสวัสดิ์, ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, นิรมล รัตนสุพร. อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในพื้นที่ศึกษานำร่อง 8 จังหวัด พ.ศ. 2542-2545. วารสารโรคเอดส์ 2548; 7: 73-86.
 6. Lallemand M, Jourdain G, Le Coeur S. A Randomized, double-blind trial assessing the Efficacy of Single-Dose Perinatal Nevirapine added to a Standard Zidovudine Regimen for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Thailand. In: Program and abstracts of the 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, February 8-11, 2004: 40. abstract.
 7. Chalermchokcharoenkit A, Asavapiriyant S, Teeraratkul A. Combination short-course zidovudine plus 2-dose nevirapine for prevention of mother-to-child transmission: safety, tolerance, transmission, and resistance results. In: Program and abstracts of the 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, February 8-11, 2004: 96. [abstract]
 8. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, ชรีรัตน์ เขมมะสิริ. การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศ และการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2538-2546. วารสารโรคเอดส์ 2547; 16: 123-31.
 9. van Griensven F, Supawitkul S, Kilmarx P, Linpakavanavat K, Young NL, Manopai boon C, et al. Rapid Assessment of Sexual Behavior, Drug Use, Human Immunodeficiency Virus, and Sexually Transmitted Diseases in Northern Thai Youth Using Audio-Computer-Assisted Self-Interviewing and Noninvasive Specimen Collection. Pediatrics 2001; 108: E13.