

การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี : กรณีศึกษา

รัศมี สุวรรณสังข์, พย.บ.

Nursing care for HIV- Infected pregnant Women: case study

Abstract

HIV infection could cause acquired immunodeficiency syndrome or AIDS. When human body has received a HIV virus, it has demolished white blood cells which were an immunization of human body. Therefore, the immunization has been decreased, which could make an opportunistic infection easily. HIV virus could contact by blood, sperm, vaginal discharge from unsafe sex, receiving blood with contaminated HIV virus, and mother to child HIV transmission during ante-natal care intra-partum care and post-partum care or by breast feeding. The affect of pregnant women with HIV infection could increase abortion rate, intrauterine growth retardation, still birth , prematurity, low birth weight infant, and dead fetus in utero.

The mother to child HIV transmission rate had 4.6 percent in 2008, whereas it had been decreased at 2.8 percent in 2012 and 1.9 percent in 2016. The ministry of public health decreed the goal of mother to child HIV transmission rate would be less than 1 percent in 2020. During 2014 to 2016, Samutprakarn hospital had had pregnant women with HIV infection 49 patients, 55 patients, and 62 patients perspectively, whereas the mother to child HIV transmission rate were 10.6, 4.68, 7.14 percents perspectively. The trends of this mother to child HIV transmission has increased, which derived from late antenatal care or no attend to antenatal care, inconsistent taking ARV medication, women with HIV infection got pregnant by concealed HIV result from husband. All those causes could bring highly mother to child HIV transmission. Therefore, standard health care system, particularly on nursing care for HIV-infected pregnant women was very important in term of continuing care during ante-natal care, intra-partum care, and post-partum care, which could

Russamee Suwannasankha B.N.S.
Department of Nursing
Sumutprakarn Hospital
Sumutprakarn 10270

วารสารวิชาการแพทย์ ;31

เขต 11 2560
Reg Med J 2017

: 415 - 426

be beneficial for mothers with HIV-infected to become healthy, bring back to normal living with their families, and ceasing from mother to child HIV transmission.

Key Word : HIV infection Nursing care ante-natal care intra-partum care

บทคัดย่อ

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีก่อให้เกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเอดส์ ซึ่งเมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้ทางเลือด อสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน การรับเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอดหรือทางน้ำนม ผลของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีของมารดาสามารถเพิ่มอัตราการแท้งบุตร ทารกโตช้า ทารกตายคลอด การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และการตายของทารก

จากสถิติปีพ.ศ. 2551 พบการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกร้อยละ 4.6 พ.ศ. 2555 ร้อยละ 2.8 และพ.ศ. 2559 ร้อยละ 1.9 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายของการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในปีพ.ศ. 2563 อยู่ในระดับน้อยกว่าร้อยละ 1 จากสถิติของโรงพยาบาลสมุทรปราการในปี 2557 - 2559 พบว่า มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี 49 ราย 55 ราย และ 62 รายตามลำดับ ซึ่งมีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก พ.ศ. 2557 - 2559 ร้อยละ 10.6, 4.68 และ 7.14 ตามลำดับ โดยแนวโน้มสูงขึ้นมีสาเหตุสำคัญ คือมารดาฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่ฝากครรภ์ การรับยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ มารดาที่ติดเชื้อแล้วมีการตั้งครรภ์ซ้ำโดยปกปิดผลเลือดกับสามี ด้วยสาเหตุดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้มารดาในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก ดังนั้นการพยาบาลมารดาที่มาคลอดได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพในเครือข่ายและมีความเชื่อมโยงกันให้มีการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ก็จะส่งผลให้มารดามีสุขภาพที่ดีสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไปกับครอบครัว และเป็นการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกได้สำเร็จ

คำรหัส : การติดเชื้อเอชไอวี การพยาบาล ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด

Case Report

กรณีศึกษา

บทนำ

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี¹ (Human Immunodeficiency virus : HIV) เป็นไวรัสชนิดหนึ่ง ที่อยู่ในกลุ่มรีโทรไวรัส (Retrovirus) ทำให้เกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเอดส์ (Acquired immunodeficiency syndrome : AIDS) กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีซึ่งเข้าไปทำลายเม็ดเลือด

ขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคปอดหรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิดตลอดจนโรคมะเร็งบางชนิด เป็นต้น ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่หายขาดแต่สามารถควบคุมการติดเชื้อโดยให้ยาต้านไวรัสที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เชื้อไวรัสเอชไอวีซึ่งแบ่งเป็นสองสายพันธุ์ได้แก่ HIV-1 ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ทั่วโลกและ HIV-2 มักพบในประเทศแถบแอฟริกา สามารถติดต่อได้ทางเลือด อสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน การรับเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี จากการฉีดยาเสพติด และการได้รับเลือดจากธนาคารเลือด การติดเชื้อจากการดื่มน้ำนมมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดหรือทางน้ำนม องค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2549 ได้ประมาณไว้ว่ามีผู้เสียชีวิตจากเอดส์มากกว่า 25 ล้านคน โดยประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยรายแรกเมื่อปีพ.ศ. 2527 ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ และเริ่มมีรายงานการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในสตรีตั้งแต่วันที่ปี พ.ศ. 2531 โดยค่าเฉลี่ยการติดเชื้อในสตรีตั้งแต่วันที่ปี พ.ศ. 2538 (ร้อยละ 2.29) มีแนวโน้มลดลงเหลือร้อยละ 0.6 ในปี พ.ศ. 2560 จากร้อยละ 0.8 ในปี พ.ศ. 2551³ จากฐานข้อมูลสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติพบการติดเชื้อจากการดื่มน้ำนมมารดาปี พ.ศ. 2551 ร้อยละ 4.6 พ.ศ. 2555 ร้อยละ 2.8 และพ.ศ. 2559 ร้อยละ 1.9 เป้าหมายลดการติดเชื้อจากการดื่มน้ำนมมารดาไว้ที่น้อยกว่าร้อยละ 2 ในปี พ.ศ. 2560 “อย่างไรก็ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากการดื่มน้ำนมมารดาให้น้อยกว่าร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2563⁵ จากสถิติของโรงพยาบาลสมุทรปราการในปี 2557 - 2559 พบมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี 49, 55 และ 62 ราย ตามลำดับ มีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากการดื่มน้ำนมมารดา พ.ศ. 2557 - 2559 ร้อยละ 10.6, 4.68 และ 7.14 ตามลำดับซึ่งแนวโน้มสูงขึ้นมีสาเหตุสำคัญ คือมารดาฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่ฝากครรภ์ รับประทานไวรัสไม่สม่ำเสมอ มารดาที่ติดเชื้อแล้วมีการตั้งครรภ์ซ้ำ⁶ โดยปกปิดผลเลือดกับสามี ด้วยสาเหตุดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้มารดาในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก ดังนั้นการดูแลมารดาที่มาคลอดได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพในเครือข่ายและมีความเชื่อมโยงกันให้มีการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ก็จะส่งผลให้มารดามีสุขภาพที่ดี

สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไปกับครอบครัว และเป็นการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากการดื่มน้ำนมมารดาได้สำเร็จ

อาการและอาการแสดง

มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีอาจจะมีหรือไม่มีอาการแสดงก็ได้ขึ้นอยู่กับระยะของโรค แต่เชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของมารดาลดลงจนเกิดอาการเช่น ท้องเสีย อ่อนเพลีย มีผื่นขึ้นตามผิวหนังและน้ำหนักลดหรืออาจเกิดเป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วย โรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคปอดหรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนัง โรคกระดูกเป็นต้น

สาเหตุการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากการดื่มน้ำนมมารดา

มารดาสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ทางเลือด อสุจิ จากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน การใช้เข็มฉีดยาที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสเอชไอวี และรวมทั้งการได้รับเลือดจากธนาคารเลือด ซึ่งภายในของเหลว ที่ร่างกายสร้างขึ้นเชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ได้ทั้งในสภาพอิสระในตัวและอยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ติดเชื้อ การติดเชื้อจากการดื่มน้ำนมมารดาสามารถได้รับเชื้อจากการดื่มน้ำนมได้ 3 ทาง ดังนี้

1. ทางรก (Transplacental Transmission) เชื้อเอชไอวีสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์
2. ขณะคลอด (Intrapartum) จากการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งระหว่างการคลอดซึ่งพบร้อยละ 50 - 60
3. ทางน้ำนม (Breast feeding) พบทารกที่ให้นมมารดามีการติดเชื้อร้อยละ 10 - 20

ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีของมารดาไม่ได้เพิ่มความพิการแต่กำเนิดในทารก แต่พบว่าเชื้อเอชไอวีเพิ่มอัตราการแท้งบุตร ทารกโตช้า ทารกตายคลอด การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย การตายของทารกแต่หากว่ามารดาได้รับยา HAART (highly active antiretroviral therapy) ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ พบว่า การ

คลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ และทารกน้ำหนัก
น้อยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁷

การรักษา

การให้ยาต้านไวรัสแก่มารดาที่ติดเชื้อ⁸ ตั้งแต่
เริ่มตั้งครรภ์จะช่วยลดความเสี่ยงการติดเชื้อ เอชไอวีจาก
มารดาสู่ทารก มีแนวทางไว้ดังนี้^{1,5,9}

1. การให้ยาต้านไวรัส 3 ตัว แก่มารดาตั้งแต่
ระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดบุตร พิจารณาให้ยา
ต้านไวรัสตามข้อบ่งชี้

2. การให้ยาต้านไวรัส 3 ตัว แก่มารดาตั้งแต่
ระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดให้ไปตลอดชีวิตทุก
รายโดยไม่คำนึงถึงระยะของโรคหรือระดับ CD4
สูตรยาที่แนะนำ

- TDF / FTC / EFV (300/200/600 mg) 1
เม็ดทุก 24 ชั่วโมง

หรือ TDF (300 mg) + 3TC (300 mg) +
EFV (600 mg) อย่างละ 1 เม็ดทุก 24 ชั่วโมง

สูตรยาทางเลือก

- TDF (300mg) + 3TC (300 mg) อย่างละ
1 เม็ด ทุก 24 ชั่วโมง

หรือ TDF (300 mg) / FTC (200 mg) 1 เม็ด
ทุก 24 ชั่วโมง

หรือ AZT (300 mg) + 3TC (150 mg) 1 เม็ด
ทุก 12 ชั่วโมง + LPV/r (200/50 mg) 2 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง

- กรณีมารดาเคยได้รับยาต้านไวรัส มาก่อน
เริ่มตั้งครรภ์ใช้สูตรที่ทำให้ระดับ VL < 50 copies/ml

- กรณีใช้ EFV อยู่ในช่วงไตรมาสแรกของการ
ตั้งครรภ์ก็สามารถใช้ยาสูตรเดิมได้

- กรณีหญิงตั้งครรภ์แม้จะได้รับยาต้านไวรัส
ขณะตั้งครรภ์มานานกว่า 12 สัปดาห์แล้วแต่รับประทาน
ยาไม่สม่ำเสมอ หรือมี VL > 1,000 copies/ml ในช่วงอายุ
ครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ให้ส่งเสริมวินัยการรับประทาน
ยา ถ้าสงสัยดื้อยาให้เจาะเลือดดื้อยาและพิจารณาเพิ่มยา
Raltegravir (400mg) รับประทาน เข้า - เย็น เพิ่มจาก
สูตรปกติเพื่อลดไวรัสได้เร็วและลดโอกาสการถ่ายทอด
เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก^{5,6}

การพยาบาลระยะตั้งครรภ์หรือก่อนคลอด

1. การให้คำปรึกษา (Counseling)² การให้คำ
ปรึกษาก่อนการตรวจ (pretest counseling) และการ
แจ้งผลการตรวจ (posttest counseling) มีความสำคัญ
ยิ่ง โดยสตรีตั้งครรภ์หรือผู้คลอดที่ไม่ฝากครรภ์ ควรได้
รับคำแนะนำถึงความสำคัญของการตรวจการติดเชื้อ
เอชไอวี โดยสามารถทำเป็นกลุ่มหรือเดี่ยวก็ได้ โดยมี
การเซ็นชื่ออนุญาตก่อนทำการตรวจ หลังการทราบผล
หากพบมีการติดเชื้อจะต้องทำ posttest counseling
จะต้องกระทำเดี่ยวและรักษาความลับของสตรีตั้งครรภ์
หรือผู้คลอดผู้ติดเชื้อจะได้รับคำแนะนำและความรู้เกี่ยว
กับการติดเชื้อการดำเนินของโรค การรักษา การป้องกัน
การติดเชื้อผู้อื่นตลอดจน การดูแลสุขภาพตนเองและ
การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึงการให้บุคคลที่มีความเสี่ยง
มาร่วมตรวจหาเชื้อด้วย

2. ชักประวัติที่เกี่ยวข้องของประวัติความเสี่ยงที่ได้
รับเชื้อมารวมถึงอาการต่างๆที่บ่งชี้ถึงระยะของโรค เช่น
น้ำหนักลด มีไข้เหงื่อออกตอนกลางคืน มีความผิดปกติ
ในการมองเห็น ท้องเสียเรื้อรัง มีแผลผื่นขาวในปาก ผื่น
ขึ้นตามผิวหนัง ไอเรื้อรัง ประวัติวันแรกของประจำเดือน
ครั้งสุดท้าย เพื่อกำหนดอายุครรภ์และกำหนดคลอด
โรคประจำตัวอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการตั้งครรภ์

3. การตรวจร่างกาย เป็นการตรวจร่างกาย
สำหรับฝากครรภ์ทั่วไป¹⁰และตรวจร่างกายที่จะช่วยบ่ง
บอกระยะของโรค เช่น การฟังปอด ตรวจผิวหนัง การคลำ
ต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น

4. การตรวจภายใน เนื่องจากเชื้อเอชไอวี
สามารถติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงจำเป็นต้องตรวจหาโรค
อื่นร่วมด้วย เช่น ซิฟิลิส แผลริมอ่อน เริม หูดหงอนไก่ หูด
ข้าวสุก เชื้อรา พยาธิช่องคลอด หนองในแท้ หนองใน
เทียม และตรวจ Pap smear เพื่อคัดกรองมะเร็งปาก
มดลูก เป็นต้น

5. การตรวจช่องปาก เพื่อเป็นการดูเยื่อช่อง
ปากและลิ้นเพื่อค้นหาผื่นขาวของเชื้อรา นอกจากนี้ยัง
สามารถประเมินสุขภาพช่องปากและฟันร่วมด้วย

6. การตรวจตา ควรส่งพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจการมองเห็น และตรวจหาการติดเชื้อ Cytomegalovirus retinitis

7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งก่อนได้รับยาและระหว่างการรับยาเพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการรับยาด้านไวรัส⁸

8. การให้ภูมิคุ้มกันระหว่างตั้งครรภ์ วัคซีนไม่เป็นอันตราย การให้วัคซีนจะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้ตอบสนองต่อวัคซีน ซึ่งจะช่วยให้มีการตอบสนองต่อเชื้อเอชไอวีลดลง ดังนั้นจึงแนะนำให้วัคซีนแก่มารดาหลังจากได้ยาด้านไวรัสเอชไอวีประมาณ 4 สัปดาห์

9. การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลง¹⁰มากมายจึงมีผลต่อการดำเนินโรคและโรคฉวยโอกาส¹¹

การพยาบาลระยะคลอด

ในระยะนี้จะเริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จนถึงหลังคลอด 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะสำคัญในการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีจากการดูลูกทารกพบร้อยละ 50–60 นอกจากนี้พบว่า การแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนการคลอดเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมงและการทำสูติศาสตร์หัตถการทางช่องคลอดยังเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อจากการสูดทารก ดังนั้นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนการเจ็บครรภ์ช่วยป้องกันการถ่ายทอดเชื้อระหว่างมารดาสูดทารกในระยะเจ็บครรภ์คลอดและลดโอกาสของทารกที่จะสัมผัสกับสารคัดหลั่งในช่องคลอดจึงช่วยลดการถ่ายทอดเชื้อจากการดูลูกทารกอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพที่ดีของการรับยา HAART⁹ จะลดปริมาณไวรัสในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารกโดยพบว่าถ้าปริมาณไวรัส ในเลือดในช่วงใกล้คลอด มีค่าน้อยกว่า 1,000 cells/ml ความเสี่ยงของทารกต่อการติดเชื้อมีโอกาสน้อยกว่าร้อยละ 2 สรุปแนวทางในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างคลอด¹¹ ไว้ดังนี้

- การให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีให้ใช้สูตรเดิมเพิ่ม AZT (300mg) ทุก 3 ชั่วโมง หรือ AZT (600mg) ครั้งเดียวก่อนคลอด

- ตรวจปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) ที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ถ้าพบว่าปริมาณไวรัสในเลือดยังคงมากกว่า 1,000 copies/ml ให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบวางแผน (Elective caesarean section) เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดการเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอด ในกรณีปริมาณไวรัสในเลือด (viral load) น้อยกว่า 1,000 copies/ml ให้พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด และผ่าตัดคลอดได้กรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์

- ไม่แนะนำให้เจาะถุงน้ำคร่ำในระยะแรกของการเจ็บครรภ์ ควรรอให้ถุงน้ำคร่ำแตกเองในช่วงใกล้คลอดเพื่อลดระยะเวลาที่ทารกจะสัมผัสกับสารคัดหลั่งในช่องคลอด

- แยกห้องคลอดเตียงคลอด เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อจากเลือด น้ำคร่ำ สารน้ำต่างๆ จาก ช่องคลอด

- การตรวจทางช่องคลอด หรือทวารหนัก ควรใช้ถุงมือที่ใช้ครั้งเดียว

- หลีกเลี่ยงการทำสูติศาสตร์หัตถการทางช่องคลอดในการช่วยคลอดจะทำให้เกิดบาดแผลต่อทารก เช่นการช่วยคลอดด้วยคีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ

- ไม่ควรตัดฝีเย็บเพื่อลดปริมาณเลือดมารดาสัมผัสทารกถ้ามีการตัดฝีเย็บวิธีการเย็บฝีเย็บใช้ปากคีบจับเนื้อเยื่อบริเวณที่จะเย็บเพื่อป้องกันเข็มตำมือ

- ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี กรณีผู้ป่วยได้รับยา Efavirenz หรือยาในกลุ่ม PI ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม ergot เช่น Methergin ให้ใช้ Oxytocin แทนเพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูก เนื่องจากอาจเกิดการหดรัดตัวของหลอดเลือด อย่างรุนแรงจนอาจเป็นอันตรายต่อมารดาได้

- ปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การล้างมือ การใส่เครื่องป้องกันต่างๆ เช่น ถุงมือ ผ้าปิดปากและจมูก ผ้า

กันเปื้อนพลาสติก รองเท้ายางชนิดหุ้มเท้าให้มิดชิด ขณะตรวจช่องคลอดหรือทำคลอด และเย็บฝีเย็บควรระวังน้ำคร่ำและของเหลวจากช่องคลอด เช่นเดียวกับเลือด

- เตียงคลอดปูผ้าพลาสติกผืนใหญ่ ม้วนริมทั้งสองข้างเข้าหามารดาเก็บริมให้เรียบร้อย
- รีบดูดเสมหะจากปากและจมูกทันทีที่ศีรษะคลอด ด้วยความนุ่มนวลเพื่อป้องกันการรกกิ้นเลือดและสารคัดหลั่งและติดตามอย่างสม่ำเสมอและติดตามอย่างสม่ำเสมอ
- ผูกตัดสายสะดือทันทีที่ทารกคลอดเพื่อป้องกันการถ่ายเทเลือดจากมารดาสู่ทารก
- การตรวจรกควรทำในห้องคลอด และใช้วิธีทำลายที่ดีที่สุด เช่นการแช่น้ำยาทำลายเชื้อหรือเผา
- ให้คำปรึกษาแนะนำตามแนวทางการวางแผนมีบุตรสำหรับครอบครัวเอชไอวี เช่น ทำหมัน การฝังยาคุมกำเนิดและฉีดยาคุมกำเนิด เป็นต้น

การดูแลทารกในห้องคลอด

1. ใส่ถุงมือทุกครั้งเมื่อจับตัวทารกที่ปนเปื้อนเลือดและสิ่งคัดหลั่ง
2. ตัดสายสะดือด้วยความระมัดระวังไม่ให้เลือดกระเด็น
3. เช็ดตัวทารกทันทีหลังคลอดเพื่อล้างสิ่งปนเปื้อนออกไปก่อนที่จะย้ายออกจากห้องคลอดและก่อนฉีดยา แต่ควรทำด้วยความระมัดระวังเนื่องจากทารกอาจเกิดภาวะ hypothermia ได้
4. หลีกเลี่ยงการใส่สายยางสวนกระเพาะอาหารทารก โดยไม่จำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผล
5. งดการให้นมมารดาเพื่อป้องกันการติดเชื้อของทารกหรือห้ามให้นมมารดาสลับนมผสม
6. เริ่มยาต้านไวรัสแก่ทารก¹¹ คือ AZT syr 0.4 mg/kg เริ่มภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดดีที่สุดถ้าคลอดจากมารดาที่มีความเสี่ยงสูง ทารกควรได้รับยา 3 ตัวสามารถให้ vitamin K วัคซีนป้องกันวัณโรค และวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ¹²

การพยากรณ์โรค

โดยปกติแล้วมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติหากมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องการรับประทานยาสม่ำเสมอรวมถึงการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่คู่ของตนด้วยเช่นกัน ดังนั้นการพยากรณ์โรคนั้นจึงขึ้นอยู่กับระยะของโรคและภาวะโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

กรณีศึกษาที่ 1

หญิงไทยตั้งครรภ์อายุ 25 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ประวัติการแท้งบุตร 1 ครั้ง เมื่อ 1 ปีก่อน บุตรคนแรกอายุ 2 ปี อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (นับจากวันหมดประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่ 16 ม.ค. 58) มีประวัติการฝากครรภ์สม่ำเสมอ 6 ครั้งโดยเริ่มฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 7 สัปดาห์ มารดามีประวัติติดเชื้อเอชไอวีจากสามีคนแรกซึ่งเลิกกัน บุตรคนแรกมีผลเลือด anti HIV = negative คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอด และได้รับการรักษาด้วย HAART มาก่อนตั้งครรภ์ ปัจจุบันแต่งงานใหม่กับสามีคนที่สองและปกปิดผลเลือดกับสามีมาตลอดการมีเพศสัมพันธ์กับสามีไม่ใช้ถุงยางอนามัย เคยได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วแต่ไม่ได้ปฏิบัติ (ปกปิดผลเลือดกับสามี) ไม่มีประวัติการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ anti HIV = positive, VDRL = non reactive , HCT = 32.2 %, MCV = 97, DCIP = negative, HBsAg = positive, CD4 = 284 cells /ml, urine albumin / sugar = negative

วันที่ 1 ตุลาคม 2558 เวลา 5.00 น. มารดาเริ่มเจ็บครรภ์ยังไม่มือน้ำเดิน ตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 126/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ตรวจทางหน้าท้อง High of fundus = 32 cm และการเต้นของหัวใจทารกสม่ำเสมอ 134 ครั้ง/นาที ตรวจภายในพบปากมดลูกขยาย 1 cm effacement 25% MI Station 0 มดลูกหดตัวมี interval 8 นาที duration 30 วินาที Hct = 33 %, PLT = 208 x 103/UL แพทย์ได้วางแผน

การรักษาโดยการผ่าตัดคลอดและทำหมันโดย งดน้ำ และอาหารเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด Retained Foley's catheter ให้ยา GPO VIR Z (250 mg) 1 เม็ด เวลา 8.00 น. และ 20.00 น. (ตามแผนการรักษาเดิมเมื่อฝากครรภ์) และให้ AZT (100 mg) 6 tabs loading dose stat เวลา 5.30 น. และส่งต่อไปห้องผ่าตัดเวลา 12.30 น. รวมใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 15 นาที เสียเลือดจากการผ่าตัด 400 cc หลังคลอดได้รับยา GPO VIRZ (250mg) 1 เม็ด เวลา 8.00 และ 20.00 น.ต่อเนื่อง มารดาหลังผ่าตัดคลอดรู้สึกตัวดีมีอาการปวดแผลผ่าตัดได้รับยา Pethedine (50 mg) เข้ากลัมน้ำหนัก 6 ชั่วโมง รวม 2 ครั้ง Ampicillin 1 gm เข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง รวม 4 ครั้ง On 5%D/N/2 1,000 cc add syntocinon 10 unit IV drip 120 cc/hr รวมได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทั้งหมด 4,000 cc ใส่สายสวนปัสสาวะค้างปัสสาวะออก 4,050 cc ผ่าตัดคลอดทารกเพศหญิง วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 เวลา 12.45 น. ทารก active ดี APGAR score ที่ 1, 5 และ 10 นาที = 9, 10 และ 10 ตามลำดับ น้ำหนักแรกเกิด 3,410 กรัม สุขภาพแข็งแรงดี ไม่พบความผิดปกติของร่างกาย ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะปกติ ไม่มีไข้ ได้รับยาด้านไวรัส 3 ตัวเมื่อหลังคลอด 1 ชั่วโมงและปรับให้ตามเวลา คือ AZT syr 1.4 cc เวลา 8.00 น. และ 20.00 น. 3TC syr 0.7 cc เวลา 8.00 น. และ 20.00 น. NVP syr 1.4 cc เวลา 8.00 น. ดูนมผสมและน้ำได้ดี

วันที่ 2 ตุลาคม 2558 หลังผ่าตัดวันแรก เริ่มมีไข้ 38.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 134/92 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้ง/นาที เริ่มจิบน้ำและอาหารอ่อน หลังถอดสายสวนปัสสาวะผู้ป่วยมีปัสสาวะแสบขัดในช่วงแรกเล็กน้อย น้ำคาวปลาสีแดง สภาพร่างกายทั่วไปยังอ่อนเพลียสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีเจ็บตึงแผลผ่าตัด น้ำคาวปลาสีแดงปกติ

วันที่ 3 ตุลาคม 2558 หลังผ่าตัดวันที่สองยังมีไข้ 38.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 128/80 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้ง/นาที เจ็บแผลผ่าตัด ปัสสาวะปกติ น้ำคาวปลาสีแดง

วันที่ 4 ตุลาคม 2558 อาการทั่วไปดีขึ้นไม่มีไข้

แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน รวมอยู่โรงพยาบาล 4 วัน บุตรได้นัดพบกุมารแพทย์ ผลการตรวจ ติดตามหาเชื้อเอชไอวี (HIV viral testing) ด้วยวิธี DNA PCR ไม่พบเชื้อ

ความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยรายนี้

1. มารดาปกปิดเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีกับสามี มีโอกาสเกิดครอบครัวแตกแยก เพราะมารดาไม่กล้าเผชิญความจริง กลัวถูกสามี ทอดทิ้ง และมีพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์จึงมีโอกาสการแพร่เชื้อไปสู่สามี ควรให้การปรึกษาซ้ำโดยเน้นเรื่องการแพร่กระจายเชื้อ

2. มารดามีความเสี่ยงสูงที่จะแพร่กระจายเชื้อสู่บุตรในช่วงระยะคลอดเพราะจากการเป็นผู้ติดเชื้อมาก่อนตั้งครรภ์และการมีเพศสัมพันธ์ช่วงตั้งครรภ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยและมีการเจ็บครรภ์ มาก่อนซึ่งมีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ไม่มีน้ำเดิน มีการประเมินอาการเจ็บครรภ์จริง และพิจารณาให้การรักษาโดยการผ่าตัดคลอดและทำหมันโดยไม่ได้อาสาและได้รับยาด้านไวรัส AZT (600mg) loading stat ก่อนไปผ่าตัด ให้ความรู้เกี่ยวกับการแผนการดูแลรักษา รวมถึงการเลี้ยงดูบุตร การให้นมบุตรอย่างต่อเนื่องและเฝ้าระวังอาการผิดปกติของบุตรเพื่อลดการติดเชื้อจากมารดาไปสู่ทารก

3. สามีมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อเอชไอวีจากภรรยา สาเหตุจากไม่ทราบข้อมูลการติดเชื้อของภรรยาจากการปกปิดข้อมูลและไม่ได้รับการตรวจเลือดเอชไอวีตั้งแต่มาฝากครรภ์ สามีควรได้รับการให้คำปรึกษาซ้ำโดยชักชวนให้เจาะเลือดเอชไอวีหรือแนะนำให้ตรวจเลือดทุก 6 เดือนเพื่อเป็นการเฝ้าระวังการติดเชื้อและการใส่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง

กรณีศึกษาที่ 2

หญิงไทยอายุ 19 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 39 สัปดาห์ (นับจากการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย) วันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายบ้านใหม่ด้วยผลตรวจ anti HIV ผิดปกติขณะอายุครรภ์ 13 สัปดาห์ เพื่อฝากครรภ์ต่อเนื่องและยืนยันผลเลือดเอชไอวีโดยให้คำปรึกษาก่อนและหลังตรวจเลือดยืนยันเอชไอวีของมารดา

และสามี ผลเลือด มารดา anti HIV = positive ส่วนสามี anti HIV = negative ได้รับยาต้านไวรัสคือ TDF (300 mg) 1 เม็ด เวลา 21.00 น. 3TC (300 mg) 2 เม็ด เวลา 21.00 น. EFV (600 mg) 1 เม็ด เวลา 21.00 น. ตอนอายุครรภ์ 17 สัปดาห์ โดยรับประทานยาสม่ำเสมอ มาตรวจตามนัด 10 ครั้ง ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ป้องกันเคยมีคู่นอนมาก่อน 3 รายอยู่ด้วยกันแต่ละคนอยู่ด้วยกันไม่เกิน 1 ปีก็แยกทางกันไปโดยไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี มาก่อนประวัติการมีเพศสัมพันธ์กับสามีคนปัจจุบันไม่ใช้ถุงยางอนามัย ไม่มีประวัติการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส มารดาดื่มเบียร์เป็นประจำแม้จะอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ทารก ในครรภ์แข็งแรงดี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HBsAg = positive , HCT = 32.2 % , Hb typing = Hb E trait , VDRL = non reactive, CD4 = 386 cells/ml

4 กันยายน 2558 เวลา 6.30 น. มีอาการเจ็บครรภ์ตรวจร่างกายทั่วไปปกติ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 115 / 74 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้ง / นาที ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หัวใจทารกเต้น 148 ครั้ง / นาที / ผลการตรวจภายใน ปากมดลูกไม่เปิดขยายประเมนสุขภาพทารกในครรภ์ มดลูกหดตัวยังไม่สม่ำเสมอ interval 7 – 8 นาที duration 25 วินาที จึงรับไว้ในหอผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการเจ็บครรภ์

5 กันยายน 2558 เวลา 1.30 น. เจ็บครรภ์จริงการหดมดลูกสม่ำเสมอ interval 5 นาทีและ duration 30 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิดขยาย 2 cm effacement 80 % เริ่มให้ยา AZT (100mg) 3 tabs ทุก 3 ชั่วโมง มีระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนานปากมดลูกเปิด 4 cm นาน 2 ชั่วโมงไม่มีความก้าวหน้าแพทย์จึงให้ 5%DNSS/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit IV drip 20 cc/hr ทารกคลอดปกติเวลา 17.50 น. รวมเวลาคลอดระยะที่ 1 = 10 ชั่วโมง 10 นาที ระยะที่ 2 = 36 นาที ระยะที่ 3 = 4 นาที รวมเวลาระยะคลอด 10 ชั่วโมง 50 นาที หลังคลอดผู้ป่วยแข็งแรงดี มดลูกหดตัวดี เสียเลือดจากการคลอด 200 cc ได้รับยาต้านไวรัสสูตรเดิม คือ TDF (300mg) 1 tab เวลา 21.00 น. 3TC (150 mg) 2 tabs เวลา 21.00 น. EFV

(600mg) 1 tab เวลา 21.00 น. ทารกคลอดเพศหญิง น้ำหนัก 3,570 กรัม APGAR scores ที่ 1 , 5 และ 10 นาที = 9 , 10 และ 10 ตามลำดับ แข็งแรงดี ทารกมีความผิดปกติคือ ปากแหว่ง เพดานโหว่ ได้ยาต้านไวรัส 3 ตัวหลังคลอด 1 ชั่วโมงและตามแผนการรักษาคือ AZT syr 1.4 cc เวลา 8.00 น. และ 20.00 น. 3TC syr 0.7 cc เวลา 8.00 น. และ 20.00 น. NVP syr 1.4 cc เวลา 8.00 น. ส่งปรึกษากุมารแพทย์และย้ายไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ผลการติดตามหาเชื้อเอชไอวี (HIV viral testing) ด้วยวิธี DNA PCR ไม่พบเชื้อ และปรึกษาทันตแพทย์ เรื่องปากแหว่งเพดานโหว่เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป

6 กันยายน 2558 หลังคลอดวันแรก อาการทั่วไปปกติ มดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาสีแดง

7 กันยายน 2558 หลังคลอดวันที่สองได้รับการฝังยาคุมกำเนิด น้ำคาวปลาสีแดงมดลูกอยู่ระดับต่ำกว่าสะดือ 1 นิ้ว นัดเข้ากลุ่มชมรมเพื่อนใหม่ แพทย์อนุญาตกลับบ้าน รวมเวลาอยู่โรงพยาบาล 4 วัน

ความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยรายนี้

1. มารดาอายุยังน้อยและตรวจพบเชื้อ เอชไอวี ไม่ใส่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายเชื้อสู่ทารกแต่มีประวัติการรับประทานยาต้านสเมาเสมอ เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์ได้รับยาต้านไวรัสคือ AZT (300 mg) ทุก 3 ชั่วโมงและวางแผนคลอดทางช่องคลอด ในช่วงระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนานแพทย์ได้พิจารณาใช้ oxytocin ช่วยห้มดลูกหดตัวดีเป็นไปตามกลไกการคลอดและคลอดปกติพร้อมดัดฝีเย็บใช้เวลา 10 ชั่วโมง 50 นาที โดยให้พยาบาลและดูแลคลอดด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ

2. ผลเลือดของสามี anti HIV = negative มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากภรรยา ควรมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยและได้รับการตรวจเลือดเอชไอวีทุก 6 เดือนไม่สามารถติดตามคู่นอนในอดีตได้ และไม่ทราบว่ามารดาติดเชื้อเอชไอวีจากคู่นอนคนใด

3. ได้รับการวางแผนครอบครัวชนิดฝังยาคุม จึงมีโอกาสมีบุตรได้อีกควรให้มารดาตระหนักถึงเรื่องการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกและติดตามการคุมกำเนิด

ต่อเนื่องทุก 3 ปี

4. บุตรมีความพิการปากแหว่งเพดานโหว่และ
เป็นบุตรคนแรกยังขาดประสบการณ์จึงต้องให้ได้รับ
ความรู้ด้านการดูแลเลี้ยงดูบุตร การให้ยาที่ตรงเวลา

การเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ พร้อมทั้งมารับการ
ตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง

5. เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อของ
ทารกในครรภ์ของผู้คลอดทั้ง 2 ราย

ปัจจัยเสี่ยง	ค่าปกติ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษา 2
ระยะก่อนคลอด			
อายุมารดา	-	25 ปี	19 ปี
จำนวนการตั้งครรภ์	-	3	1
น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์	-	53Kg	60 Kg
อายุครรภ์	38-42 weeks	37 weeks	39 weeks
Anti HIV	Negative	Positive	Positive
CD4	-	284 cell/mm ³	386 cell/mm ³
HBSAg	Negative	Positive	Positive
การรับยาต้านไวรัส		GPO VIRZ	TDF(300mg) 1x1
เอชไอวีขณะตั้งครรภ์	-	(250 mg) 1x2	3TC(150mg) 2x1 EFV(600mg) 1x1
ระยะเวลาการรับยาต้านไวรัส	-	ก่อนตั้งครรภ์ (เป็นผู้ติดเชื้อตั้งครรภ์ซ้ำ)	เมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์
ระยะคลอด			
วิธีการคลอด	-	ผ่าตัดคลอดและ ทำหมัน	คลอดปกติและ ตัดฝีเย็บ
การเสียเลือดจากการคลอด	500 cc	400 cc	200 cc
การได้รับยาต้านไวรัส	-	AZT (100mg) dose 6 tabs loading	AZT (300mg) 1 tab stat then 1 tab ทุก 3 ชั่วโมง
ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด	-	1 ชั่วโมง 15 นาที	10 ชั่วโมง 50 นาที
การให้นมบุตร	-	นมผสม	นมผสม
การติดเชื้อหลังคลอดและ	-	ไม่พบ	ไม่พบ
ในช่วง 4 สัปดาห์แรก			
ได้รับยาต้านไวรัส ตามแนวทาง	-	รับสูตรเดิม	รับสูตรเดิม
การรักษา			
น้ำหนักทารกแรกคลอด	>2500 กรัม	3,410 กรัม	3,570 กรัม
ความผิดปกติ/พิการ	ไม่พบ	ไม่พบ	ปากแหว่ง เพดานโหว่
ยาต้านไวรัสเอชไอวี	-	AZT syr 1.4 cc 3TC syr 0.7 cc NVP syr 1.4 cc	AZT syr1.4cc 3TC syr 0.7cc NVP syr1.4cc
BCG	-	แรกคลอด	แรกคลอด
Hepatitis B Immunoglobulin	-	แรกคลอด	แรกคลอด
การวางแผนครอบครัว	-	ทำหมัน	ฝังยาคุมกำเนิด

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าปัจจัยเสี่ยงสูงที่จะถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารกคือกรณีศึกษาที่ 1 ปกปิดผลเลือดกับสามี จึงมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 สามีเป็นคู่ต่างผลเลือด anti HIV = negative ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ จึงมีโอกาสรับเชื้อเอชไอวีสูง ทั้งสองมีความแตกต่างกัน ได้แก่ อายุมารดา อายุครรภ์ จำนวนบุตร ระยะเวลาการติดและการรับยาต้านไวรัส

2. พฤติกรรมกรณีศึกษามีคุณลักษณะที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 ติดเชื้อเอชไอวีจากสามี คนแรกและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมาตลอด 3 ปี แต่ปกปิดสามี คนปัจจุบันที่อยู่ด้วยกันมาประมาณ 1 ปี ปฏิเสธการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ กรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติการมีคู่นอนหลายคนไม่ทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวีจากคู่นอนคนไหน แต่สามีคนปัจจุบันมีผลเลือดเป็นลบ และรับทราบดีว่า ภรรยาติดเชื้อเป็นบวกและยอมรับที่จะอยู่ด้วยกัน

3. กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการผ่าตัดคลอดจากสาเหตุเคยผ่าคลอดมาก่อนแตกต่างจากกรณีศึกษาที่ 2 ใช้วิธีคลอดปกติและตัดฝีเย็บ พบว่ามีการล่าช้าของระยะการคลอดระยะที่ 1 ซึ่งทำให้ทารกมีโอกาสสัมผัสสารคัดหลั่งและเลือดของมารดาได้มากกว่าแต่กรณีศึกษาที่ 1 ทั้งสองรายมีการรับประทานยาต้านสเมาเสมอ ตั้งครรภ์จึงทำให้ทารกไม่ติดเชื้อและในบริบทที่มีภาระงานที่ไม่สามารถทำผ่าตัดผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ทุกราย แต่ถ้ามีการดูแลการคลอดให้เป็นไปตามระยะและกลไกของการคลอดและปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องเหมาะสมกับผู้คลอดในแต่ละรายแล้วก็สามารถลดการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้

4. ทารกของกรณีศึกษาที่ 1 มีสุขภาพแข็งแรง ไม่พบความพิการสำหรับ กรณีศึกษาที่ 2 ทารกแข็งแรง แต่พบว่ามีความพิการปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งจากการศึกษาไม่พบรายงานว่ายาต้านไวรัส มีผลต่อความพิการแต่กำเนิดของทารก แต่การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอกับช่วยให้ทารกมีน้ำหนักตามเกณฑ์และคลอดครบกำหนดอย่างมีนัยยะสำคัญ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าสาเหตุอาจเกิด

จากพฤติกรรมด้านสุขภาพของมารดาไม่เหมาะสม เนื่องจากมารดาดื่มเบียร์เป็นประจำช่วงตั้งครรภ์และเมื่อเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์ก็มักจะหาซื้อยามารับประทานเอง

5. จากการศึกษา พบว่ามารดาที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลสมุทรปราการมักมีความกลัวและไม่กล้าเปิดเผยผลเลือดกับคู่ของตนเอง ถ้าได้รับการให้คำปรึกษาที่ดีจะทำให้มารดามีความมั่นใจ เกิดความไว้วางใจและกล้าที่จะเผชิญกับปัญหา รวมทั้งการมีส่วนร่วมในชมรมเพื่อนใหม่ทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

6. กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และหลังคลอดได้รับยาต้านสเมาสม่ำเสมอถ้ามีการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่า 12 สัปดาห์สามารถลดการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้

7. ทารกที่เกิดจากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับยาต้านไวรัส 3 ตัวในช่วงหลังคลอด 1 ชั่วโมงและตามแผนการรักษา อย่างต่อเนื่องโดยได้รับการดูแลตามระบบบริการที่จัดไว้ให้ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

8. กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการคุมกำเนิดแบบถาวรคือทำหมัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรโดยการฝังยาคุมกำเนิดและยังมีอายุน้อยซึ่งมีโอกาสตั้งครรภ์ได้อีก ควรอธิบายชี้ให้มารดาเข้าใจถึงความสำคัญของการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกและนัดติดตามเพื่อมารับบริการคุมกำเนิดต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีให้ได้รับความดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และระบบส่งต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเครือข่ายให้มาตรวจยืนยันและรับยาต้านไวรัสให้เร็วขึ้น

2. มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอดมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้สูงพยาบาลผู้ให้การดูแลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญ

ในการดูแลรักษาแก่ผู้คลอดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในผู้คลอดแต่ละราย

3. ส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันโรคโดยการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาตรงเวลาสม่ำเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่ก่อให้เกิดโรคฉวยโอกาส เป็นต้น

4. ส่งเสริมการฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์และรับการปรึกษาเป็นคู่ในระย่ก่อนคลอด ระย่คลอดและหลังคลอด ให้โอกาสทั้งคู่พิจารณาผลดีผลเสีย ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และสามารถตัดสินใจตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ การฝากครรภ์เร็วทำให้มารดาเข้าถึงยาต้านไวรัสได้เร็วและส่งผลให้ทารกไม่ติดเชื้อจามารดาหรือลดการติดเชื้อได้

5. ให้การคุมกำเนิดควรพิจารณาเลือกแบบวิธีถาวรหรือกึ่งถาวร เช่น ทำหมันหรือฝัง ยาคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

6. ส่งเสริมให้ได้รับข้อมูลข่าวสารการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องโดยการสมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรมเพื่อนใหม่เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

สรุป

จากการศึกษา พบว่าผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งคู่มิมีความเสี่ยงสูงที่จะถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่บุตร เพื่อลดการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกให้สำเร็จนั้นต้องได้รับการดูแลที่มีความต่อเนื่องกัน ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งส่งเสริมการฝากครรภ์เป็นคู่หรือเปิดโอกาสให้สามีได้รับการตรวจเลือดในระย่ก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ส่งผลให้ลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งมารดาและสามีควรมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนและการดูแลบุตร การรับประทานยาอาการผิดปกติ ส่งเสริมให้มิเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิดที่เหมาะสม เพื่อกำหนดชีวิตที่มีความสุขและมีคุณภาพกับครอบครัว ซึ่งในการดูแลอย่างเป็นระบบของทีมดูแลสุขภาพนี้ประกอบ

ด้วยเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการต่างๆ เช่น ห้องฝากครรภ์ ห้องคลอด สูติกรรมหลังคลอด ห้องผ่าตัด คลินิกอายุรกรรม ARV หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด คลินิกเด็กสังคมสงเคราะห์และชมรมเพื่อนใหม่ ล้วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดทั้งสิ้นโดยมีเป้าหมายเดียวกันคือ มารดาปลอดภัยและทารกไม่ติดเชื้อเอชไอวี

รายการอ้างอิง

1. กองระบาวทยากระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย (ข้อมูล วันที่ 30 พฤศจิกายน 2559). ค้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 18, 2560, จาก <http://www.moph.go.th>.

2. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกลและคณะ. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี : สถานการณ์ท้าทายกับทางเลือกที่เปลี่ยนไป. วารสารสมาคมพยาบาลสาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ, 2012; 30 (2) : 6 – 15.

3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย 2557. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2557.

4. จุฬาลักษณ์ จิระพัฒนสกุล. การติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์. ค้นเมื่อเดือนมกราคม 12, 2560, จากhttp://www.medicine.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=1293:2016-12-10-23-36-57&catid=45&Itemid=561.

5. แนวทางการดำเนินการเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสำหรับประเทศไทย. ค้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 5, 2560, จาก<http://203.157.45.67/napha9/aidspolicy.html>.

6. นิตยา แก้วรวมวงศ์ และอัญชัน สิงห์ชัย. (2552). การตั้งครรภ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส. วารสารโรคเอดส์ 2552, 21 (3) : 143 – 157.

7. Taha TE, Dallabetta GA. et al. The effect of human immunodeficiency virus on birthweight, and infant and child mortality in urban Malawi. Int J Epidemiol 1995, 24 (5) : 1022 – 9.

8. Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C, et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV -1- infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. J Acquir Immune Defic Syndr 2002, 29 : 484 – 94.

9. Suksomboon N, Poolsup N, Ket-Aim S. Systemic review of the efficacy of antiretroviral therapies for reducing the risk of mother – to – child transmission of HIV infection. J Chin Pharm Ther 2007, 32 (3) : 293 - 311.

10. Lothian, J. A. The journey of becoming a mother. Journey of Perinatal Education 2008, 17 (4) : 43 – 47.

11. นิพนธ์พร วรมงคล, นรีลักษณ์ กุลฤกษ์, ไฉไล เลิศนางกุล. แนวทาง การปฏิบัติงาน และการดูแลแม่และลูกที่ติดเชื้อเอชไอวี. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549.

12. สุภาพ ไทยแท้. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลบุตรของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2011, 25 (3) : 49 - 61 .