

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

Prevention of Vertical Transmission of HIV Infection in Makaruk Hospital, Kanchanaburi

พวงทิพย์ กิตติศักดิ์ไชยกุล พ.บ.

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์
จังหวัดกาญจนบุรี

Puangtip Kitisakchaikul, M.D.

Department of Pediatrics, MAKARUK Hospital
Kanchanaburi

บทคัดย่อ

ศึกษาถึงอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่ มกราคม 2542 ถึง พฤษภาคม 2545 เป็นจำนวน 87 คน เป็นทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา 11 คน คิดเป็นร้อยละ 12.64 เป็นทารกที่เข้าโครงการ AZT ของกระทรวงสาธารณสุข 39 คน พบทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.56 ส่วนทารกที่ไม่ได้เข้าโครงการ AZT 48 คน พบติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา 10 คน คิดเป็นร้อยละ 20.83 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในส่วนของปัจจัยเสี่ยงจากการติดเชื้อไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องเพศ อายุครรภ์ วิธีการคลอด แต่พบว่าการให้ทารกดื่มนมผสมอย่างเดียวจะลดอัตราการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ

ABSTRACT

A total of 87 HIV - infected women and their infants were studied during Jan. 1999 - May 2002 at Makaruk hospital, Kanchanaburi. 11 infants were infected (rate 12.64%). 1 out of 39 infants of HIV - infected women received the national program's prophylactic antiretroviral drug (AZT) was infected (rate 2.56%). While 10 out of 48 infants of HIV - infected women not received AZT were infected (rate 20.83%). The statistical data analysis to draw inference about the several risk factors affecting vertical HIV transmission to infant was also conducted by using chi - square test with 95% confidence level. The results show that women received AZT and not received AZT were significantly statistical difference in vertical HIV transmission to infants. The other risk factors : sex, gestational age, route of delivery, were not significantly different. However, bottle feeding without breast milk can significantly reduce the vertical HIV transmission rate.

บทนำ

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการเฝ้าระวังโรคเอดส์ตั้งแต่ปี 2524¹ พบผู้ป่วยเอดส์รายแรก พ.ศ. 2527² และเกิดการแพร่ระบาดในเวลาต่อมา โดยเริ่มในกลุ่มชายรักร่วมเพศ กลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดหญิงชายบริการทางเพศ ชายรักร่วมเพศ หญิงทั่วไปจนกระทั่งทารกติดเชื้อจากมารดา³

การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กเกือบทั้งหมดเกิดจากการถ่ายทอดจากมารดา มีส่วนน้อยมากที่เกิดจากการรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ทางเลือด⁴ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์คือดัชนีวัดปัญหาของโรคเอชไอวีในเด็กโดยตรงเนื่องจากอัตราการเกิดในประเทศไทยมีประมาณ 1 ล้านคนต่อปี แต่ละปีมีหญิงติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 15,000 - 20,000 คน ซึ่งทารก 15,000 - 20,000 คน ที่เกิดต่อปีนี้คือกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแลที่เหมาะสม⁵

การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กนั้นมีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ในเด็กเป็นครั้งแรกในโลกจากสหรัฐอเมริกาเมื่อปี 2525² ประเทศไทยมีรายงานของเด็กที่คลอดจากแม่ ซึ่งติดเชื้อเอชไอวีรายแรกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อ พ.ศ. 2531^{2,6} ผู้ป่วยเอดส์ในเด็กไทยรายแรกมีรายงานในเดือนพฤศจิกายน 2531² หลังจากนั้นมามีรายงานของโรคเอดส์ในเด็กเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ และพบรายงานสูงสุดปี พ.ศ. 2540 จากนั้นแนวโน้มชะลอลงและลดลง² ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี 47% มีอาการของโรคเอดส์ภายในระยะเวลา 2 ปี หลังคลอด โดยร้อยละ 70 เสียชีวิตไปแล้ว ส่วนอีก 53% ยังคงไม่มีอาการของโรคเมื่ออายุครบ 2 ปี ส่วนใหญ่จะมีการดำเนินของโรคอย่างช้า ๆ^{1,2} จึงเห็นได้ว่าปัญหาของโรคเอดส์ในเด็กเป็นปัญหาที่มีความยืดเยื้อเรื้อรัง และต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

จังหวัดกาญจนบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งที่ติดกับชายแดนพม่า มีปัญหาเรื่องแรงงานต่างด้าวอพยพเข้ามาอยู่ มาก ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขตามมา โดยเฉพาะโรคติดเชื้อร้ายแรงอย่างโรคเอดส์

โรงพยาบาลมะการักษ์ ได้นำโครงการการให้ AZT

ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 โดยหวังว่าอัตราการแพร่เชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารกจะลดลง

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาถึง

1. อัตราการติดเชื้อเอดส์ของทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ของโรงพยาบาลมะการักษ์
2. อัตราการติดเชื้อเอดส์ของทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์หลังจากเข้าโครงการ AZT แล้ว
3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ทำโดยรวบรวมรายงานผู้ป่วยของทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่แผนกกุมารโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่เดือนมกราคม 2542 ถึงเดือน พฤษภาคม 2545 มีผู้ป่วยและทารก รวมทั้งสิ้น 87 คน

โครงการการให้ยา AZT ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกใช้ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

โดยเมื่อมารดามีอายุครรภ์ 14 - 34 สัปดาห์ ให้ยา AZT ชนิดรับประทาน ขนาด 500 มิลลิกรัมต่อวัน ระหว่างคลอดให้ยา AZT รับประทานขนาด 300 มิลลิกรัมทุก 3 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนคลอดและทารกได้ยา AZT ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม รับประทานทุก 6 ชั่วโมง นาน 6 สัปดาห์

การสรุปว่าทารกติดเชื้อเอดส์พิจารณาจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจหา antibody ต่อเชื้อ HIV ต้องให้ผลลบอย่างน้อย 2 ครั้ง ด้วยเทคนิคที่ต่างกัน เมื่ออายุ 18 เดือนขึ้นไปและผู้ป่วยเด็กมีลักษณะเข้าได้กับคำนิยามของโรคเอดส์ในเด็ก โดย WHO⁷ กรณีที่เด็กมีอาการหลักและอาการรองอย่างละ 2 ข้อ โดยที่เด็กนั้น

ไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสาเหตุอื่น อาการแสดงหลัก ได้แก่ น้ำหนักลด/เลี้ยงไม่โต, ท้องเสียเรื้อรังมากกว่า 1 เดือน ใช้นานเกิน 1 เดือน และการติดเชื้อเรื้อรังหรือรุนแรงของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง อาการแสดงรอง ได้แก่ ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว การติดเชื้อราในช่องปาก

การติดเชื้อซ้ำ ๆ ไขเรื้อรัง ผื่นที่ผิวหนังทั่วตัว

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้ค่าเปรียบเทียบร้อยละ, Chi-Square

ตารางที่ 1 แสดงอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

	ทั้งหมด	ทารกที่ติดเชื้อ เอชไอวี		ทารกที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี		P value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ทารกจาก โครงการ AZT	39	1	2.56	38	97.44	
ทารกที่ไม่ได้เข้า โครงการ AZT	48	10	20.83	38	79.17	0.026
รวม	87	11	12.64	76	87.36	

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

ปัจจัยเสี่ยง	ทั้งหมด	ทารกที่ติดเชื้อ เอชไอวี		ทารกที่ไม่ติดเชื้อ เอชไอวี		P value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
- เพศ	87					
ชาย	44	4	9.09	40	90.91	0.493
หญิง	43	7	16.28	36	83.72	
- อายุครรภ์	87					
≥ 37 อาทิตย์	83	9	10.84	74	89.16	0.126
< 37 อาทิตย์	4	2	50.00	2	50.00	
- วิธีคลอด	87					
Vagina	71	10	14.08	61	86.03	0.663
C/S	16	1	6.25	15	93.75	
- นมที่ทารกดื่ม	87					
นมผสม	82	8	9.76	74	90.24	0.0096
นมมารดา + นมผสม	5	3	60.00	2	40.00	

ผลการศึกษา

จากการศึกษานี้จะพบว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี 87 คน เป็นทารกในโครงการ AZT เพื่อลดการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกทั้งหมด 39 คน ไม่ได้เข้าโครงการ AZT 48 คน โดยจะพบว่าทารกจากโครงการ AZT 39 คน ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.56 ส่วนทารกที่ไม่ได้เข้าโครงการ AZT 48 คน พบติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา 10 คน คิดเป็นร้อยละ 20.83 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.026$)

ถ้ามองภาพโดยรวมแล้วจะพบว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีนับรวมทารกที่เข้าโครงการและไม่ได้เข้าโครงการมีทั้งสิ้น 87 คน เป็นทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา 11 คน คิดเป็นร้อยละ 12.64

ในแง่ของปัจจัยเสี่ยง พบเป็นทารกเพศชาย 44 คน ติดเชื้อเอชไอวี 4 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 ทารกเพศหญิง 43 คน พบติดเชื้อเอชไอวี 7 คน คิดเป็นร้อยละ 16.28 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.493$)

อายุครรภ์พบว่า ทารกที่คลอดครบกำหนด 83 คน ติดเชื้อเอชไอวี 9 คน คิดเป็นร้อยละ 10.84 ทารกที่คลอดก่อนกำหนด 4 คนติดเชื้อเอชไอวี 2 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.126$)

วิธีการคลอด ทารกที่คลอดทางช่องคลอด 71 คน ติดเชื้อเอชไอวี 10 คน คิดเป็นร้อยละ 14.08 ส่วนทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง 16 คน ติดเชื้อเอชไอวี 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.663$)

สำหรับน้ำหนักที่ทารกมี ทารกที่ต็มน้ำหนักมารดาและนมผสม 5 คน ติดเชื้อเอชไอวี 3 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ทารกที่ต็มนมผสมอย่างเดียว 82 คน ติดเชื้อเอชไอวี 8 คน คิดเป็นร้อยละ 9.76 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.0096$)

โดยสรุปแล้วผลการศึกษาพบว่า การให้ยา AZT แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะช่วยลดการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ แต่เมื่อศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการ

ติดเชื้อเอชไอวีพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุครรภ์ วิธีคลอด แต่การต็มน้ำหนักของทารกพบว่าถ้าต็มนมผสมจะลดอัตราการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า จำนวนทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่โรงพยาบาลมะการักษ์ คิดเป็นร้อยละ 12.64 เมื่อเทียบกับการศึกษาในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก พบอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก คิดเป็นร้อยละ 13.52 จากการศึกษาในประเทศไทยอยู่ระหว่างร้อยละ 21-45⁵ โดยพบอัตราการติดเชื้อสูงในภาคเหนือของประเทศไทย จะเห็นได้ว่าอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยภาพรวมของโรงพยาบาลมะการักษ์มีค่าค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับสถิติของประเทศไทยทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะข้อมูลที่สูญหายติดตามไม่ได้ เนื่องจากในระยะแรกการบันทึกและเก็บข้อมูลยังไม่ดีพอ เริ่มมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบได้ประมาณ 2 ปีการเก็บข้อมูลเก็บได้เป็นบางราย แต่อย่างไรก็ตามคิดว่าการศึกษาที่มีโครงการให้ยา AZT แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีก็มีส่วนทำให้อัตราการติดเชื้อโดยรวมลดลงด้วย

ในขณะที่เดียวกันแรงงานต่างด้าวที่มีเป็นจำนวนมากในจังหวัดกาญจนบุรี ก็เป็นปัญหาหนึ่งที่น่าจับตามอง จากสถิติที่ผ่านมาพบว่ามีแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายได้ไปรับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลมะการักษ์ปีละหลายร้อยคนและมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (ปี 2542 มี 348 คน ชาย 243 คน หญิง 105 คน ปี 2543 มี 530 คนชาย 353 คน หญิง 177 คน ปี 2545 มี 1,610 คน ชาย 934 คน หญิง 711 คน) ในปี 2543 ได้มีการสุ่มตัวอย่างเลือดของแรงงานต่างด้าว 50 คน พบ Anti HIV positive 1 คน นั้นหมายความว่าโอกาสที่แรงงานต่างด้าวเหล่านี้จะก่อให้เกิดการแพร่กระจายของโรคเอชไอวีจะมีได้ถ้าเราไม่ให้ความสนใจในการที่จะป้องกันและควบคุมโรคในแรงงานต่างด้าวให้ดี

การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเกิดขึ้นได้ทั้ง

ระยะตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังคลอดโดยทางนมแม่⁵ มีการตรวจพบเชื้อเอชไอวีในตัวอ่อนอายุ 8 สัปดาห์⁶ ร้อยละ 12 - 16 ของการติดเชื้อในทารกเกิดขึ้นในระยะท้ายของการตั้งครรภ์¹⁰ ดังนั้นการลดการติดเชื้อในทารกจะต้องเริ่มจากการให้ยาต้านไวรัสแก่มารดาตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ และระหว่างคลอด⁵ และควรให้ยาต้านไวรัสในทารกทันทีหลังคลอดเป็นการป้องกันการติดเชื้อที่อาจพึงได้รับระหว่างคลอดการเริ่มให้ยานับว่ามีความสำคัญมาก ควรเริ่มให้ยาแก่ทารกโดยเร็วที่สุดหลังคลอดภายใน 12 ชั่วโมง ได้มีการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกอย่างแพร่หลาย ภายหลังจากมีการเผยแพร่การศึกษาวิจัย AIDS CLINICAL TRIAL GROUP (ACTG 076) ซึ่ง National Institutes of Health (NIH) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นผู้ดำเนินการวิจัยร่วมกับประเทศฝรั่งเศส²

สภากาชาดไทยได้จัดทำโครงการบริจาคเพื่อช่วยลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ตั้งแต่ปี 2539 โดยใช้สูตรใกล้เคียงกับ ACTG 076 ผลปรากฏว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กเท่ากับร้อยละ 5.9² อัตราดังกล่าวใกล้เคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ได้ทำการศึกษาให้ยาแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในปี 2539 - 2542 จำนวน 726 ราย โดยให้ยา AZT แก่มารดา 500 มิลลิกรัม แบ่งรับประทานเช้า - เย็น เริ่มอายุครรภ์ 14 สัปดาห์ และให้รับประทาน 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง ระหว่างเจ็บครรภ์คลอดให้ยาแก่ทารก 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 6 ชั่วโมง นาน 6 สัปดาห์ พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 6⁹ และจากการศึกษาของแพทย์หญิงวิณา ไชยยศ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 2.78¹¹

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่าการให้ยา AZT แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและให้แก่ทารกจะลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกได้มาก โดยกลุ่มทารกที่เข้าโครงการให้ AZT อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจะอยู่ที่ร้อยละ 2.56 และทารกที่ไม่ได้เข้า

โครงการ AZT อัตราการติดเชื้อจะอยู่ที่ร้อยละ 20.83 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.026$) ส่วนการให้ยา AZT ควรเริ่มให้เมื่อไร ระยะสั้นที่สุดแคไหนจึงจะเป็นการประหยัด สะดวก มีผลข้างเคียงต่อมารดาและทารกน้อยที่สุด ช่วยลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีได้มากที่สุด ก็ยังต้องศึกษากันต่อไป

มีการศึกษาการใช้ AZT ในต่างประเทศ พบว่าการให้ยา AZT แก่หญิงตั้งครรภ์ระยะสั้นและทารกระยะสั้นจะมีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าการให้ยา AZT แก่หญิงตั้งครรภ์ระยะยาวและทารกระยะยาว แต่การให้ยา AZT ระยะยาวในหญิงตั้งครรภ์ - ระยะสั้นในทารก ระยะสั้นในหญิงตั้งครรภ์ - ระยะยาวในทารก และระยะยาวในหญิงตั้งครรภ์ - ระยะยาวในทารก ได้ผลใกล้เคียงกัน¹²

มีการศึกษาการให้ยา Nevirapine 1 ครั้ง แก่หญิงระหว่างคลอดและให้ยาแก่ทารกอีกครั้งภายใน 3 วันหลังคลอด พบอัตราการติดเชื้อ 13.1%¹² ซึ่งอันนี้ก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งเนื่องจากสะดวกและราคาถูก

ส่วนการศึกษาในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องเพศ, อายุครรภ์, วิถีคลอด ซึ่งต่างจากความรู้เดิมที่ว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะลดอัตราการติดเชื้อ⁸ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อมูลที่นำมาศึกษายังมีจำนวนน้อยเกินไป

เป็นที่ทราบกันดีว่าไวรัสเอชไอวีสามารถผ่านนมแม่ไปยังทารกได้ จากการศึกษาที่พบว่าทารกที่ดื่มนมมารดาและนมผสม (เนื่องจากบ้านอยู่ไกล, ไม่ได้รับนมอย่างต่อเนื่องฐานะยากจน, ไม่มีใครพาไปโรงพยาบาล) มีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 60 ส่วนทารกที่ดื่มนมผสมอย่างเดียวมีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 9.76 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เห็นสมควรสนับสนุนให้ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีดื่มนมผสมอย่างเดียวเท่านั้น อย่างไรก็ตามในต่างประเทศบางแห่งที่ยากจนมีข้อเสนอให้ทานนมมารดาพาสเจอร์ไรส์เองในบ่านให้ทารกดื่ม¹⁴

สรุป

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ของโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่ มกราคม 2542 - พฤษภาคม 2545 พบร้อยละ 12.64

การให้ยา AZT ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ช่วยลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่โรงพยาบาลมะการักษ์ได้มาก โดยพบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 2.56 จากทารกที่เข้าโครงการและอัตราการติดเชื้อร้อยละ 20.83 จากทารกที่ไม่ได้เข้าโครงการ

จากการศึกษานี้ไม่พบว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องช่วยลดอัตราการติดเชื้อ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อมูลยังน้อยไป ส่วนการดื่มนมผสมจะช่วยลดอัตราการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ สมควรสนับสนุนให้นมผสมแก่ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายดังเช่นการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่ว่าเชื้อไวรัสเอดส์สามารถผ่านออกมาอยู่ในนมมารดาได้

การป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารกถือเป็นงานบริการทางสาธารณสุขที่สำคัญยิ่งของประเทศ ต้องอาศัยความร่วมมือของสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลให้การรักษาที่เหมาะสม แนะนำเจาะเลือดตรวจก่อนแต่งงาน การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การให้ยาด้านไวรัสเอดส์การดูแลทารกหลังคลอด มิฉะนั้นจะเกิดปัญหาระยะยาวทั้งต่อครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ปัญหาแรงงานต่างด้าวที่นับวันก็เพิ่มมากขึ้น ก็ไม่ควรมองข้ามเพราะจะเป็นแหล่งแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีอีกทางหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ทำการศึกษาขอขอบพระคุณนายแพทย์ชาวโรจน์ อุบลวิโรจน์ นายแพทย์ 9 ด้านเวชกรรม สาขาคล้ายกรรมรักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ ที่อนุญาตให้เผยแพร่ผลงาน และคุณเอกสิทธิ์ กิตติศักดิ์ไชยกุล ที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนการทำการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชัยยศ คุณานุสนธิ์. ระบาดวิทยาของโรคเอดส์และผลกระทบต่อประเทศไทย. ใน : ชิชณู พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ. โรคเอดส์ในเด็ก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาฯ, 2545 : 1-14.
2. ชิชณู พันธุ์เจริญ, อุษา ทิสยากร. ระบาดวิทยาของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในเด็ก. ใน : ชิชณู พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ. โรคเอดส์ในเด็ก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาฯ, 2545 : 25-33.
3. นพ. อนุพงศ์ ชิตวรการ, น.ส. พิมพ์ ศาทสิทธิ์, น.ส. ปาริชาติ จันทร์จรัส. นโยบายและแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ด้านสาธารณสุข. ใน : เนื้อหาหลักสูตรการอบรมโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : เจ เอส การพิมพ์, 2544 : 1-6.
4. ทวี โชติพิทยสุนนท์. โรคเอดส์ในโรงพยาบาลเด็ก. วารสารกุมารเวชสารก้าวหน้า, 2538 ; 2 : 203-11.
5. พญ. กุลกัญญา ไชคไพบุลย์กิจ, พญ. ปิยาภรณ์ บวรเกียรติขจร. การดูแลเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี. ใน : เนื้อหาหลักสูตรการอบรมโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี. และผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : เจ เอส การพิมพ์, 2544 : 15-32.
6. อุษา ทิสยากร, ชิชณู พันธุ์เจริญ. Essential issues in pediatric AIDS. ใน : นवलจันทร์ ปราบพาล, จิตลัดดา ติโรจน์วงศ์, ศศิธร ลิขิตนุกุล, รัชนี เข็นศิริวัฒนา, บรรณาธิการ. Comprehensive Pediatric prevention : A Strategic Approach. กรุงเทพฯ : หจก. การพิมพ์, 2544 : 39-47.
7. ชิชณู พันธุ์เจริญ, อุษา ทิสยากร. การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในเด็ก. ใน : ชิชณู

- พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อูษา ทิสยากร, บรรณานิการ. โรคเอดส์ในเด็ก : กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ จุฬาฯ, 2545 : 41-5.
8. ชีษณุ พันธุ์เจริญ, อูษา ทิสยากร. พยาธิกำเนิดและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก. ใน : ชีษณุ พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อูษา ทิสยากร, บรรณานิการ. โรคเอดส์ในเด็ก : กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ จุฬาฯ, 2545 : 35-9.
9. ชีษณุ พันธุ์เจริญ. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ในเด็กในประเทศไทย. ใน : ชีษณุ พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อูษา ทิสยากร, บรรณานิการ. โรคเอดส์ในเด็ก : กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาฯ, 2545 : 407-47.
10. ทวี โชติพิทยสุนนท์. การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ทารก. ใน : ชีษณุ พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อูษา ทิสยากร, บรรณานิการ. โรคเอดส์ในเด็ก : กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาฯ, 2545 : 349-66.
11. วิณา ไชยยศ. ผลของการใช้ AZT ในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารกที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4 2543 ; 4 : 185-92.
12. Marc Lallemand, M, Jourdain G, Le Coeur S, et al. A Trial of Shortened Zidovudine Regimens to Prevent Mother-to-Child Transmission Of Human Immunodeficiency Virus Type 1. Engl J Med 2000 ; 343 : 982-91.
13. Joan Stephenson. Perinatal HIV Prevention. JAMA 1999 ; 282 :178-84.
14. Richard J Tomlinson, Angelo Madjarov. What can we do to reduce mother to child transmission of HIV ?. BMJ 2002 ; 324 : 218-21.