

ผลของการใช้ AZT ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี

Effectiveness of AZT in Prevention of Vertical Transmission of HIV Infection at Prachomkiao Hospital, Phetchburi.

วีณา ไชยยศ พ.บ.

Weena chaiyote, M.D.

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

Department of Pediatrics, Prachomkiao hospital,
Phetchburi

บทคัดย่อ

ศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ของทารกที่มารับบริการที่คลินิกโรคเอดส์ในเด็กของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2540 - ธันวาคม พ.ศ. 2543 จำนวน 297 คน ติดตามไม่ได้ 62 คน เป็นทารกในโครงการ "การให้ AZT แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี" 72 คน โดยให้ยา AZT ชนิดรับประทาน ขนาด 500 มิลลิกรัมต่อวัน ในขณะที่มารดาติดเชื้อเอชไอวีกำลังตั้งครรภ์ 14-34 สัปดาห์ และให้ยา AZT ในทารกอีก 6 สัปดาห์ พบมีทารกติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.78 ส่วนอัตราการติดเชื้อในกลุ่มที่มารดาไม่ได้รับ AZT คิดเป็นร้อยละ 42.33 เมื่อศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไม่พบมีนัยสำคัญในเรื่อง เพศ, น้ำหนักตัวแรกคลอด, วิธีคลอดและการดูนมมารดาที่ติดเชื้อหลังคลอด แต่มีนัยสำคัญในเรื่องของการได้รับยา AZT โดยพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา AZT มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยา AZT ถึง 25 เท่า (OR = 25.691, 95% CI = 6.09 - 108.381)

ABSTRACT

During Jan 1997-Dec 2000, 297 children of Pediatric AIDS Clinic of Prachomkiao hospital were studied. Seventy-two were children of mothers enrolled the "AZT in maternal HIV positive" program. Pregnant women received AZT 500 mg/day during pregnancy 14-34 weeks until delivery, and continue AZT in infant for 6 weeks. We found two infants infected with maternal HIV in study group (rate 2.78%), while infection rate in the group not received AZT was 42.33%. Risk factors of vertical HIV transmission were not significant different in sex, birth weight, route of delivery, bottle feeding or combined feeding ; but significantly different in AZT for prevention of vertical HIV transmission and non AZT for prevention.

บทนำ

การระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยช่วง 15 ปีที่ผ่านมาได้ขยายวงกว้างออกไปอย่างรวดเร็วสู่คนไทยทุกอายุ และทุกอาชีพ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และทางสาธารณสุข ที่สำคัญยิ่ง ทั้งในยุคนี้อุบัติและอนาคต การรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีอาการดีขึ้น ร่างกายแข็งแรงขึ้น แต่ไม่หายขาด ค่ารักษามีราคาแพงมาก ทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาไม่อาจรับภาระค่าใช้จ่ายได้หมด ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อเอดส์จึงเป็นเป้าหมายสำคัญเหมาะสมและคุ้มค่าในการดูแลรักษาป้องกันโรคติดเชื้อเอดส์ของทุกกลุ่มอายุ

มีการคาดการณ์ว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ทั่วโลกประมาณ 2-4 ล้านคนต่อปี ซึ่งจะก่อให้เกิดทารกที่ติดเชื้อ HIV จากมารดา ประมาณ 6 แสนคนต่อปี หรือเด็กติดเชื้อเอดส์ 1,600 คนต่อวัน¹ อัตราการติดเชื้อเอดส์ของทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอดส์พบได้แตกต่างกันทั่วโลกประมาณ 21-43%^{3,4}

ในปี พ.ศ. 2532 ประเทศไทยเริ่มมีการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์เด็กรายแรกที่เกิดจากการติดเชื้อจากมารดา และจากข้อมูลการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่เริ่มมีการตรวจพบการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อย่างชัดเจนในปี 2534 ความชุกของการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในการสำรวจครั้งล่าสุดเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2542 พบว่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 1-7² จากตัวเลขในปัจจุบันทำให้สามารถคาดประมาณได้ว่า จะมีเด็กที่ติดเชื้อเอดส์จากมารดาประมาณ 4,000-4,500 คน ต่อปี และเนื่องจากโรคเอดส์ในเด็กเกือบทั้งหมด (ประมาณ 99%)⁷ เกิดจากการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกดังนั้นการป้องกันโรคเอดส์ในเด็กจึงมุ่งเน้นไปที่การป้องกันการแพร่เชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารก

โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่รองรับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ในจังหวัดเพชรบุรีและพื้นที่ใกล้เคียง ได้ตระหนักถึงปัญหาในการ

ดูแลผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงได้นำโครงการการให้ AZT ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยหวังว่าจะลดอัตราการติดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารกให้น้อยลง

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาถึง

1. อัตราการติดเชื้อโรคเอดส์จากมารดาสู่ทารกของทารกที่มารับบริการที่คลินิกโรคเอดส์ในเด็กของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. อัตราการติดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารกในกลุ่มที่มารดาได้รับยาต้านไวรัส AZT เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ HIV ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
3. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อโรคเอดส์จากมารดาสู่ทารก เช่น เพศ วิธีการคลอด น้ำหนักแรกคลอด, การดื่มนมมารดาหลังคลอด และการได้รับยาต้านไวรัส AZT

ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมป้องกันการถ่ายทอดเชื้อโรคเอดส์จากมารดาสู่ทารก และพัฒนาการดูแลทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ได้ทำการศึกษาแบบ Case control Study โดยรวบรวมจากรายงานผู้ป่วยของทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเอดส์ในเด็กของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2540 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2543 มีผู้ป่วยและทารกทั้งหมด 297 คน ติดตามไม่ได้ 62 คน เหลือผู้ป่วยและทารกที่อยู่ในการศึกษานี้ 235 คน

โครงการการให้ยา AZT ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ เพื่อลดการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีรายละเอียดดังนี้

ขณะมารดาตั้งครรภ์ มีอายุครรภ์ 14-34 สัปดาห์ ได้ยา AZT ชนิดรับประทาน ขนาด 500 mg/วัน เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ได้รับยา AZT ชนิดรับประทาน ขนาด 300 mg โดยเริ่มรับประทานทุก 3 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มมีการเจ็บครรภ์จนกระทั่งสิ้นสุดการคลอด

หลังคลอด ทารกได้รับยา AZT ขนาด 2 mg/kg/รับประทานทุก 6 ชั่วโมง นาน 6 สัปดาห์ การสรุปว่าทารกติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ อาศัย

1. เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ

1.1 ผลการตรวจ PCR (DNA หรือ RNA) ให้ผลลบอย่างน้อย 2 ครั้ง ในทุกช่วงอายุของเด็ก หรือ 1.2 ผลการตรวจ antibody ต่อเชื้อ HIV ให้ผลลบอย่างน้อย 2 ครั้ง ด้วยเทคนิคที่ต่างกัน เมื่ออายุ 18 เดือนขึ้นไป

2. นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค ฉบับปรับปรุง แก้ไขครั้งที่ 4 (กันยายน 2538) ของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โดยยาด้านไวรัส AZT นี้ ได้รับการสนับสนุนจาก สภากาชาด และกรมอนามัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้ค่าเปรียบเทียบร้อยละ, Peason - Chi - Square, Fisher's Exact test, Odds ratio

ผลการศึกษา

ทารกในการศึกษานี้ 235 คน เป็นเพศหญิง 123 คน เพศชาย 112 คน ทารกจากโครงการ AZT เพื่อลดการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกทั้งหมด 72 คน มีทารกในโครงการ AZT 2 คนที่ได้รับยาไม่ครบ 6 สัปดาห์ (ได้ 4 สัปดาห์)

พบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งหมด 235 คน เป็นทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก 71 คน คิดเป็นร้อยละ 30.21 ทารกจากโครงการ "การให้ยา AZT แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี" มีจำนวน 72 คน เป็นทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.78 ในขณะที่กลุ่มทารกที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการนี้ จำนวน 163 คน เป็นทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก 69 คน คิดเป็นร้อยละ 42.33 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P \leq 0.0001$)

เมื่อศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา ได้ผลดังนี้ เพศหญิง และเพศชาย มีอัตราการ

ตารางที่ 1 แสดงอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

	ทั้งหมด	ทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา		ทารกที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทารกจากโครงการ AZT	72	2	2.78	70	97.22
ทารกที่ไม่ได้เข้าโครงการ AZT	163	69	42.33	94	57.67
รวม	235	71	30.21	164	69.79

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

ปัจจัยเสี่ยง	ทั้งหมด	ทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี		ทารกที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี		P Value	OR	95% CI
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ	235							
- หญิง	123	42	34.15	81	65.85	0.169 (NS)	1.484	0.845-2.607
- ชาย	112	29	25.89	83	74.11			
น้ำหนักแรกคลอด	155							
- มากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 gm	136	33	24.26	103	75.74	1.00 (NS)	1.201	0.373-3.873
- น้อยกว่า 2,500 gm	19	4	21.05	15	78.95			
วิธีคลอด	168							
- Vagina	131	42	32.06	89	67.94	0.12 (NS)	2.002	0.822-4.978
- C/S	37	7	18.92	30	81.08			
น้ำนมที่ทารกดื่ม	234							
- นำนมมารดา + นมผสม	8	5	62.5	3	37.5	0.057 (NS)	4.04	0.939-17.394
- นมผสมอย่างเดียว	226	66	29.2	160	70.8			
โครงการ AZT	235							
- ไม่ได้ AZT	163	69	42.33	94	57.67	< 0.001*	25.69	6.09-108.381
- AZT	72	2	2.78	70	99.22			

หมายเหตุ : * หมายถึง Statistic Significant

NS หมายถึง Non Significant

ติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 34.15 และร้อยละ 25.89 โดยเพศหญิงมีโอกาสดูติดเชื้อเป็น 1.4 เท่าของเพศชาย (OR = 1.484, 95% CI = 0.845-2.607) แต่ไม่มีนัยสำคัญ (P = 0.169)

น้ำหนักแรกคลอด พบว่า ทารกที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม มีอัตราการเกิดเชื้อเท่ากับ

ร้อยละ 24.26 และมากกว่าทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม 1.2 เท่า (OR = 1.201, 95 % CI = 0.373-3.873) ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ 21.05 แต่ไม่มีนัยสำคัญ (P = 1.00)

วิธีคลอด พบว่า ทารกที่คลอดทางช่องคลอดมีอัตราการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ 32.06 ในขณะที่ทารกที่คลอด

โดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีอัตราการติดเชื้อ เท่ากับ ร้อยละ 18.95 และทารกที่คลอดทางช่องคลอดมีโอกาสติดเชื้อเป็น 2 เท่าของทารกที่คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (OR = 2.002, 95% CI = 0.822 - 4.978) แต่ก็ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.120)

น่านมที่ทารกดื่มในการศึกษานี้ไม่มีทารกที่ดื่มนมแม่อย่างเดียวเลย พบว่าทารกที่ดื่มนมแม่และนมผสม มีอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 62.50, ทารกที่ดื่มนมผสมอย่างเดียว มีอัตราการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ 29.20 โดยทารกที่ดื่มนมแม่และนมผสม มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีเป็น 4 เท่า ของทารกที่ดื่มนมผสมอย่างเดียว (OR = 4.04, 95% CI = 0.939-17.394) แต่ก็ไม่มีความสำคัญ (P = 0.057)

ทารกที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการ AZT เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา มีจำนวน 163 คน เป็นทารกที่ติดเชื้อ 69 คน คิดเป็นร้อยละ 42.33 ทารกที่เข้าร่วมในโครงการ AZT เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา จำนวน 72 คน เป็นทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.75 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (P < 0.001) โดยทารกที่ไม่ได้เข้าโครงการ AZT เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา มีโอกาสติดเชื้อเป็น 25 เท่าของทารกในโครงการ (OR = 25.691, 95% CI = 6.09 - 108.381) แสดงว่า AZT มีผลในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

(หมายเหตุ: ทารกในโครงการ AZT 2 ราย ที่ได้รับยา 4 สัปดาห์ ไม่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา)

นั่นคือ เมื่อศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการติดเชื้อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดากับกลุ่มทารกที่ไม่ติดเชื้อ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ, น้ำหนักตัวแรกคลอด วิธีคลอด และการดื่มนมของทารก แต่พบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องของการได้รับยาต้านไวรัส "AZT" ซึ่งมีผลในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

วิจารณ์

ในการศึกษานี้ พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจาก

มารดาสู่ทารก ของคลินิกโรคเอดส์ในเด็กโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปี พ.ศ. 2540-2543 เท่ากับ ร้อยละ 30.21 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของ นพ.ชุมพล เดชะอำไพ ที่ทำการศึกษาทารกที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เมื่อปี พ.ศ. 2538-2539 (อัตราการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ 38.88)⁸ แม้ว่าจะเป็นการศึกษาในพื้นที่เดียวกัน และต่ำกว่าการศึกษาต่าง ๆ จากจังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทยที่มีอัตราการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ 37-45⁹⁻²³ ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อแตกต่างกัน เช่น ความรุนแรงของโรคในมารดา ปัจจัยเสี่ยงขณะคลอด ได้แก่ ระยะเวลาของการคลอด การอักเสบของรกและถุงน้ำคร่ำ และที่สำคัญคือ ระยะเวลาที่ทำการศึกษาคั้งนี้ ได้มีการนำเอาโครงการ "การให้ AZT แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี" มาใช้จึงทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกโดยรวมของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ลดลง

จากการศึกษาคั้งนี้ พบว่า การให้ AZT แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และทารกอีก 6 สัปดาห์ สามารถลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกลงได้อย่างน่าพอใจ โดยกลุ่มทารกจากโครงการ การให้ AZT แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีอัตราการติดเชื้อเท่ากับ ร้อยละ 2.78 ในขณะที่ทารกจากกลุ่มที่มารดาไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ มีอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 42.33 เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ ในประเทศไทย^{14,15}

หลังจากปี พ.ศ. 2537 AIDS Clinical Trials Groups (PACTG 076) ได้รายงานผลการศึกษาคั้งนี้ ยืนยันว่า AZT ในหญิงตั้งครรภ์และทารก โดยเริ่มให้ AZT 100 mg กินวันละ 5 ครั้ง ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ 14-34 สัปดาห์ ไปจนเจ็บครรภ์คลอด ระหว่างคลอดจะให้ยา AZT ทางหลอดเลือดดำ ขนาด 2 mg/kg ในเวลา 1 ชม. แล้วต่อยด้วย 1 mg/kg/hr จนกระทั่งคลอด และให้ยากินต่อในทารกขนาด 2 mg/kg ทุก 6 ชม. อีก 6 สัปดาห์ พบว่าทารกติดเชื้อ HIV ลดลง 68%¹⁶ การค้นพบคั้งนี้ได้นำมาสู่การนำยา AZT มาใช้ในการป้องกัน

การแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกอย่างกว้างขวางในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่เนื่องจากวิธีดังกล่าว มีราคาแพงมากและต้องให้ยาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ระยะต่อมาจึงได้มีการศึกษาการให้ยา AZT ในรูปแบบของยากิน และระยะเวลาสั้นลง หลายสูตร ทั้งนี้เพื่อให้ง่าย สะดวกต่อการปฏิบัติ ราคาถูกลง และมีประสิทธิภาพที่สูงสุด

มีการศึกษาการให้ยา AZT ระยะสั้นในประเทศไทย โดยให้ยา AZT แต่หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ไปจนกระทั่งคลอด ในระหว่างคลอดมีการเพิ่มความถี่ของยา (แต่เป็นยากินเช่นเดิม) และไม่ได้ให้ยาในเด็ก ผลปรากฏว่าสามารถลดอัตราการแพร่เชื้อได้ถึงร้อยละ 50¹⁷

จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า AZT ในรูปแบบของยากินตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์, ระยะคลอดและหลังคลอดเป็นเวลานาน สามารถลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกได้ผลดี น่าพอใจ แม้จะมีทารกที่ไม่ติดเชื้อ 2 รายได้ AZT ไม่ครบ 6 สัปดาห์ (ได้ 4 สัปดาห์) ส่วนเรื่องระยะเวลาของการให้ AZT นั้น ผู้เขียนมีความเห็นว่า AZT มีความสำคัญในทุกระยะของการตั้งครรภ์และการคลอดเพียงแต่คงต้องศึกษาหาระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุดต่อไป

ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ไม่พบนัยสำคัญในเรื่องเพศ น้ำหนักแรกคลอด วิธีคลอด และน้ำหนักที่ทารกดื่ม แต่พบว่า ทารกที่น้ำหนักตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2500 กรัม มีโอกาสติดเชื้อมากกว่าทารกที่น้ำหนัก น้อยกว่า 2500 กรัม อาจเป็นเพราะว่า การติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาส่วนใหญ่เกิดในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์และในระหว่างคลอด¹⁸ และพบว่า การคลอดทางช่องคลอดมีโอกาติดเชื้อเป็น 2 เท่าของการคลอดโดยการผ่าตัดคลอด แต่จากการศึกษานี้ การผ่าตัดคลอดก็ไม่ได้ช่วยลดอัตราการติดเชื้อซึ่งต่างจากการศึกษาของต่างประเทศบางการศึกษา ที่การผ่าตัดคลอดช่วยลดอัตราการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้^{19,20}

ในการศึกษานี้ ทารกที่ดื่มนมมารดาและนมผสมมีอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 62.50 และมีโอกาสติดเชื้อ

เป็น 4 เท่าของทารกที่ดื่มนมผสมอย่างเดียว (มีทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี 1 รายที่ดื่มนมจากหญิงอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวี) ทั้งนี้เป็นเพราะสามารถตรวจพบเชื้อไวรัสเอชไอวีในน้ำนมมารดาที่ติดเชื้อและการติดเชื้อเอชไอวีสามารถผ่านทางน้ำนมมารดาสูงถึงร้อยละ 7-22¹⁸ ดังการศึกษาโดยวิธี Meta-analysis และการศึกษาอื่น ๆ²¹

หมายเหตุ มีทารกที่ดื่มนมมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี 8 ราย ทั้งที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้าได้มีนโยบายงดนมมารดาที่ติดเชื้อแล้ว เป็นเพราะ

1. ค่านิยมของสังคมไทย เรื่องการให้ทารกดื่มนมมารดาของครอบครัว โดยเฉพาะ ย่า ยาย โดยไม่ทราบวามารดาติดเชื้อเอชไอวี
2. เกิดความเข้าใจผิดพลาดของมารดา หลังจากได้ฟังการสอนสุขศึกษาแบบรวมกลุ่มทั้งก่อนและหลังคลอดที่เน้นให้ทารกกินนมมารดา ตามนโยบาย "สายสัมพันธ์แม่ - ลูก"
3. ฐานะยากจน ทำให้ต้องดื่มนมมารดา

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกที่คลินิกโรคเอชไอวีในเด็กของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปี พ.ศ. 2540-2543 เท่ากับร้อยละ 30.21
2. ผลของการให้ AZT ในรูปแบบของยากิน แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกอีก 6 สัปดาห์ ทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2.78 ในขณะที่ทารกที่เกิดจากมารดาที่ไม่ได้รับยา AZT มีอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 42.33
จึงควรสนับสนุนให้มีการนำเอา AZT มาให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่ทารก และเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก ง่าย ราคาถูก และเหมาะสมที่สุดสำหรับประเทศไทย คงต้องมีการศึกษาระยะเวลาของการให้ยา AZT ระยะสั้นต่อไปอีก
3. การผ่าท้องคลอด ไม่ช่วยลดอัตราการติดเชื้อ

แต่ควรต้องมีการรวบรวมข้อมูลและศึกษาเพิ่มเติม ถึง
ปัจจัยเสี่ยงในระยะคลอดต่อไปอีก

4. การดื่มนมมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะหลัง
คลอด เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีอัตราการติดเชื้อสูงถึง
ร้อยละ 62.50 และมีโอกาสติดเชื้อเป็น 4 เท่าของทารกที่
กินนมผสมอย่างเดียว จึงแนะนำให้ทารกงดนมมารดาที่
ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย

5. เพื่อป้องกันมิให้ทารกกินนมมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี
ควรต้องระมัดระวัง ในเรื่อง ความลับของผู้ป่วย กับค่านิยมของสังคมไทยเรื่องการกินนมมารดาและการเน้นถึง
โครงการ "สายสัมพันธ์แม่-ลูก" ในการสอนสุขศึกษาแก่
มารดาและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ถือเป็น
เป็นบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่สำคัญยิ่งใน
ปัจจุบัน ดังนั้น สหุติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์
และบุคลากรทางการแพทย์ต่าง ๆ ต้องร่วมมือร่วมใจใน
การให้คำปรึกษาที่เหมาะสม การตรวจเลือดก่อนหรือขณะ
ตั้งครรภ์ การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อลดอัตราการติดเชื้อ
เอชไอวีจากมารดาสู่ทารก การดูแลทารกหลังคลอด ทั้งนี้เพื่อ
คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนในครอบครัวเหล่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. Mother to Child Transmission of HIV : UNAIDS
Technical Update (UNAIDS Best Practice Collection
Technical Update) Geneva : UNAIDS, October 1998,
revision, WC 503.17
2. Working Group on Mother - To infants Transmission
of HIV. Rate of mother - to - infant transmission of
HIV - 1 in Africa, America and Europe ; result from
13 perinatal studies. J Acquir Immun Defic Syndr
Retrovirol 1995 ; 8 ; 506-10.
3. Grunbery AF, Dabis F, Marum LH, et al. HIV infection
in Africa. IN : Pizzo P, Wilfert C. eds. Pediatric AIDS.
3rd ed. Hagerstown : Williams and Wilkins, 1998 :

23-46.

4. Sinsanthana V. Dermographic and clinical character-
istic of symptomatic vertical HIV - infected children
at Chiang Mai University Hospital. J Infect Dis Antim-
icrob Agents. 1996 : 13 : 89-93.
5. วิรัตน์ ศิริสันธนะ. รายงานโรคเอชไอวีในเด็กชาวเขา
วารสารสมาคมกุมารแพทย์ 2533 ; 29 : 79-89.
6. กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. ผลการเฝ้า
ระวังการติดเชื้อ HIV ในประเทศไทยประจำปี 2542
(รอบที่ 17) รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน ;
31 (supplement 1) : 1-15.
7. ทวี โชติพิทยสุนนท์. โรคเอชไอวีในโรงพยาบาลเด็ก.
วารสารกุมารเวชสารก้าวหน้า. 2538 ; 2 : 203-11.
8. ชุมพล เดชะอำไพ. คลินิกโรคเอชไอวีในเด็ก โรงพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์
เขต 7, 2540 ; 16(3) : 273-82.
9. วิรัตน์ ศิริสันธนะ, ดนยา เหมธัญ. การติดเชื้อไวรัส
เอชไอวีจากมารดาสู่ทารกที่เชียงใหม่ วารสารกุมาร-
เวชศาสตร์, 2537 ; 33 : 193-200.
10. สมชาย เล้าหุทัยวัฒนา. การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
จากมารดาสู่ทารกในโรงพยาบาลมารดาและเด็ก
เชียงใหม่ ลำปางเวชสาร, 2537 ; 15 : 314-20.
11. พัชรพร เอ้า, ปรีชา รัตนศิริทรัพย์, รวิวรรณ หาญ-
สุทธิเวชกุล, ศิริราช พัวพันวัฒนะ, ระวี เนตตกุล.
การศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่คลอดจาก
มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลเชียงใหม่รายประ-
ชาวนุเคราะห์. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2536 ; 32(3) :
169-373.
12. วิไลวรรณ กุลกลวาร. ศึกษาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีจาก
มารดาสู่ทารกที่คลอดในโรงพยาบาลลำปาง. ลำปาง
เวชสาร 2537 ; 15(1) : 1-12.
13. ชุชนิย์พร ศรีมินิพันธ์. การศึกษาอัตราการติดเชื้อ
เอชไอวีในเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีใน
เด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล

- พะเยา. พุทธชินราชเวชสาร พ.ศ. 2537 ; 11 : 78-84.
14. ฤดีวิไล สามโกเศศ. Impact of AZT in HIV positive prynant woman and their wonates on vertical transmission of HIV-1 at Pramongkutklao Hospital จุฬาลงกรณ์โรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย 1998 ; vol 4, No 3.
 15. บุญรัตน์ วราชาติ Vertical transmission of HIV ประสิทธิภาพการจากภาคใต้ จุฬาลงกรณ์โรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย 1998 ; vol 4, No 3.
 16. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of Maternal - Infant transmission of human immuno deficiency rims type 1 with Zidorudine treatment. Pedratic AIDS Clinical Trials Group Protocal 076 Study group. N. Engl. J Med 1994 ; 331 : 1173-80.
 17. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายการดำเนินการและแนวทางการดำเนินการป้องกันการกำหนดเชื้อ HIV จากมารดาสู่ทารกสำหรับประเทศไทย. เอกสารราชการเลขที่ สธ. 0717.03/09 ลงวันที่ 11 มกราคม 2543.
 18. อุษา ทิสยากร. การดูแลรักษาและป้องกันโรคเอดส์ในเด็ก. ชุมรมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย 2540 : 196-202.
 19. The European collaborative Study, Caesasean section and risk of vertical transmission of HIV - 1 infection. Lanat 1994 ; 343 : 1464-7.
 20. Landesman SH, Kalish LA, Burns DN, et al. Obstetrical factors and the transmission of HIV type 1 from mother to child. N Eng/ J Med. 1996 ; 334 : 1617-23.
 21. Van De Perre P. Postnatal transmission of human immunodeficiency vims type 1 : The breast - feeding delimma. Am J Obstet Gyneal 1995 ; 173 : 483-7.