

คลินิกโรคเอดส์ในเด็ก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ชุมพล เดชะอำไพ

รพ. พระจอมเกล้า เพชรบุรี

ABSTRACT :

Dechaumphai C. Pediatric AIDS Clinic in Prachomklao Hospital. (Region 7 Medical Journal 1997 ; 3 : 273-282).

Department of Pediatrics, Phrachomklao Hospital, Petchaburi, Thailand.

During January 1995 to December 1996, There were 119 patients of Pediatric AIDS Clinic in Prachomklao hospital. 70 patients had completed follow up. 18 infants of HIV positive mothers were older than 18 months. Of these, 7 were HIV infected confirmed by positive Western Blot. The perinatal transmission rate was 38.88%. CD4 count and Ratio of CD4 : CD8 of HIV infected infants was significantly lower than those who were not infected. But no different in sex, gestational ages and mode of delivery. 25 of all patients had symptom and signs of AIDS. Almost all of these began at the age less than 18 months. The cause of death in these patients was Pneumonia.

บทคัดย่อ :

ชุมพล เคะอำไพ. คลินิกโรคเอดส์ในเด็ก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. (วารสารแพทย์เขต 7 2540 ; 3 : 273-282).

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม, รพ. พระจอมเกล้า, เพชรบุรี.

ศึกษาเด็กที่มารับบริการที่คลินิกโรคเอดส์ในเด็กของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่ มกราคม 2538 ถึงธันวาคม 2539 จำนวน 119 ราย ติดตามได้ 70 ราย พบว่ามีทารกที่คลอดจากการติดเชื้อที่อายุครบ 18 เดือนขึ้นไป 18 ราย ติดเชื้อเอดส์ 7 ราย โดยมีผลบวกจากการตรวจ Western Blot อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากการดูลูกทารกเท่ากับ 38.88% เปรียบเทียบทารกระหว่างกลุ่มที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องเพศของทารก การคลอดครบกำหนดกับคลอดก่อนกำหนด รวมถึงวิธีคลอดโดยการผ่าตัดหน้าท้องก็ไม่ช่วยลดอัตราการติดเชื้อ แต่พบว่าทารกที่ติดเชื้อมีจำนวน CD4 และอัตราส่วน CD4 ต่อ CD8 ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ พบผู้ป่วยมีอาการโรคเอดส์ 25 ราย ช่วงอายุที่ทารกเริ่มมีอาการของโรคเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 1.5 ปี ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์คล้ายคลึงกับการศึกษาต่าง ๆ สาเหตุการตายที่พบทั้งหมดคือปอดบวม

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญมากในปัจจุบันและอนาคต เนื่องจากการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2543 จะมีผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ถึง 30 ล้านคน ในจำนวนนี้จะเป็นเด็กประมาณ 10 ล้านคน¹ สำหรับในประเทศไทยนั้น เริ่มมีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 และมีรายงานผู้ติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ติดเชื้อเอดส์เริ่มจากกลุ่มผู้ชายรักร่วมเพศ เทียวล่าสัตว์ทางเพศ หรือการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน จนถึงผู้หญิงในวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปที่ติดเชื้อจากสามี และเด็กที่ติดเชื้อจากมารดา² จนเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2539 มีคนไทยติดเชื้อเอดส์ประมาณ 900,000 คน โดยพบว่าเป็นผู้หญิงในวัยเจริญพันธุ์มากถึงร้อยละ 40¹² จากการสำรวจทั่วประเทศพบว่าหญิงมีครรภ์มีอัตราเลือดบวกสูงถึงร้อยละ 2.29³ และเนื่องจากการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอดส์ในเด็ก โดยในประเทศไทยพบอัตราการติดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารกอยู่ระหว่างร้อยละ 20-46⁴⁻⁸ จึงคาดได้ว่าจะมีเด็กที่ติดเชื้อเอดส์จากมารดามากขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี

ตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อพฤษภาคม พ.ศ. 2531⁹ จากนั้นไม่นานก็พบว่ามิใช่ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และเด็กที่ติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นในทุกจังหวัด โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จ. เพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่รองรับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์และเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ภายในเขตจังหวัดเพชรบุรีและพื้นที่ใกล้เคียง ได้ตระหนักถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ ซึ่งจะทวีคูณเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงได้จัดให้มีคลินิกโรคเอดส์ในเด็กขึ้น เพื่อให้การดูแล ติดตาม รักษาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์หรือสงสัยว่าจะมีการติดเชื้อเอดส์ โดยเฉพาะเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งเป็นเด็กที่มีโอกาสติดเชื้อกลุ่มใหญ่ที่สุด ทั้งนี้จะได้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังโรค และศึกษาลักษณะทางคลินิกของโรคที่มีความหลากหลายไม่แน่นอน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษา

เด็กเหล่านี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ ที่จะศึกษาถึง ลักษณะทางระบาดวิทยา อาการ อาการแสดง โรคแทรกซ้อน ที่พบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ หรือสงสัยว่าจะติดเชื้อเอดส์ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเอดส์ในเด็ก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อหาอัตราการติดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารกของจังหวัดเพชรบุรี และเป็นแนวทางพัฒนาการดูแลเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ รวมทั้งผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเอดส์ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ทำการศึกษาผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการที่คลินิกโรคเอดส์ในเด็ก ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จ. เพชรบุรี โดยรวบรวมข้อมูลจากบันทึกประวัติผู้ป่วยของคลินิกโรคเอดส์ในเด็ก ตั้งแต่มกราคม พ.ศ. 2538 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2539 ผู้ป่วยเด็กทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์หรือสงสัยว่าจะมีการติดเชื้อเอดส์ รวมทั้งทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอดส์ จะได้รับการตรวจติดตามที่คลินิกโรคเอดส์ในเด็กตามแผนการติดตามของแต่ละช่วงอายุ เมื่ออายุได้ครบ 18 เดือนจะทำการตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอดส์จากมารดา คือตรวจหา HIV antibody ด้วยวิธี Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) โดยใช้วิธีการตรวจของ 2 บริษัท เพื่อยืนยันผลการตรวจ ซึ่งถ้าเป็นบวกหมดทั้งสองตัวอย่างจะถือว่าเป็นผลเลือดบวก และทำ Western Blot (WB) ยืนยันอีกครั้ง โดยส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจที่โรงพยาบาลราชบุรีตามระบบ พ.บ.ส.

สำหรับการวินิจฉัยโรคเอดส์ในเด็กอาศัย WHO clinical case definition for diagnosis of Pediatrics AIDS¹⁰ และการจำแนกระยะของโรคเอดส์ใช้ตาม CDC 1994 Revised Classification System for HIV Infection in Children Less Than 13 years old โดยจำแนกออก

เป็นกลุ่ม N, A, B, C และในรายที่อายุไม่ถึง 18 เดือน ยังไม่แน่นอนว่าติดเชื้อหรือไม่ จะใช้ E นำหน้าเป็น EN, EA, EB, EC (E มาจาก perinatally exposed) ส่วน รายที่ยืนยันภายหลังว่าไม่ติดเชื้อแล้วจะจัดเป็นกลุ่ม SR (seroreverter)^{11,12}

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้ Chi-square test และ Student t-test

ผลการศึกษา

ตั้งแต่มกราคม พ.ศ. 2538 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2539 มีผู้ป่วยเด็กที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเอดส์ในเด็กของ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รวมทั้งสิ้น 119 ราย มีผู้ป่วย ขาดการติดต่อไป 49 ราย จึงเหลือผู้ป่วย ที่อยู่ในการศึกษา ทั้งหมด 70 ราย เป็นชาย 27 ราย หญิง 43 ราย อัตราส่วนชาย : หญิง เท่ากับ 0.63 ต่อ 1.0 สามารถแบ่งเด็กที่มาใช้บริการได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ เด็กที่เกิดจากการติดเชื้อเอดส์ที่มาจาก คลอดที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จ. เพชรบุรี โดยมี กุมารแพทย์ดูแลตั้งแต่แรกเกิดที่ตึกหลังคลอด และจะนัด ติดตามหลังจากให้กลับบ้านครั้งแรกเมื่ออายุได้ 1 เดือน รวม 52 ราย คิดเป็น ร้อยละ 74.29 และกลุ่มที่ 2 ได้แก่ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์หรือสงสัยว่าจะมี การติดเชื้อเอดส์ที่รับส่งต่อหรือผู้ปกครองพามาเอง รวม 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.71 ช่วงอายุแรกรับของเด็ก กลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างอายุ 1-2 เดือน ส่วนช่วงอายุ แรกรับของเด็กกลุ่มที่ 2 จะอยู่ในระหว่างอายุ 1.5-5 ปี (ตารางที่ 1) เด็กทุกคนกินนมผสมแทนนมมารดาตาม คำแนะนำ

ข้อมูลทั่วไปของบิดาและมารดา (ตารางที่ 2) พบ ว่าช่วงอายุของทั้งบิดาและมารดาส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างอายุ 20-30 ปี อาชีพส่วนใหญ่ของบิดา คือ รับจ้าง สำหรับ มารดาส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน และมีอยู่ 1 คู่ที่เป็นนักศึกษา

รายละเอียดการจำแนกระยะของโรคเอดส์ในผู้ป่วย ทั้งหมด แสดงไว้ในตารางที่ 3

เด็กกลุ่มที่ 1 ที่อายุได้ 18 เดือนขึ้นไป (นับถึง วันที่ทำการศึกษา) มีทั้งหมด 18 ราย ได้รับการตรวจ เลือดยืนยันการติดเชื้อเอดส์ด้วยวิธี WB แล้วพบว่าเป็น ผลเลือดบวก 7 ราย ผลเลือดลบ 11 ราย ส่วนที่เหลือซึ่ง อายุยังไม่ถึง 18 เดือน มีอยู่ 34 ราย พบว่ามีอาการเข้าได้ กับการติดเชื้อเอดส์ 4 ราย และแสดงอาการของโรคเอดส์ 2 ราย นอกนั้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สำหรับเด็กกลุ่มที่ 2 ที่ได้รับการตรวจเลือดยืนยัน การติดเชื้อเอดส์ ด้วยวิธี WB มีทั้งหมด 10 ราย พบผล เลือดบวก 7 ราย ผลเลือดลบ 3 ราย อีก 8 รายที่ไม่ได้ ตรวจ WB นั้น พบผลเลือดบวกจากการตรวจ ELISA ทุก ราย มีอยู่ 1 รายเป็นผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งคาดว่า ได้รับเชื้อเอดส์จากการถ่ายเลือด

ดังนั้นหากจะคิดอัตราการติดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ ทารกเฉพาะในเด็กกลุ่มที่ 1 ที่มีอายุได้ 18 เดือนขึ้นไป โดยรวมจากการยืนยันด้วยผลเลือด WB และจากอาการที่ เข้าได้กับการติดเชื้อเอดส์ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก จะได้เท่ากับ 7 ราย จากทั้งหมด 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.88

เมื่อเปรียบเทียบทารกระหว่างกลุ่มที่ติดเชื้อและไม่ ติดเชื้อ เฉพาะในเด็กกลุ่มที่ 1 ที่มีอายุได้ 18 เดือน ขึ้นไป พบว่าไม่แตกต่างกันในเรื่องเพศทารก การคลอด ครบกำหนดกับคลอดก่อนกำหนด รวมถึงวิธีคลอดโดยการ ผ่าตัดหน้าท้องก็ไม่ช่วยลดอัตราการติดเชื้อ แต่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในจำนวน CD4 และ อัตราส่วน CD4 ต่อ CD8 (ตารางที่ 4)

ในการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มีอาการโรคเอดส์รวม 25 ราย ช่วงอายุที่ทารกเริ่มมีอาการของโรคเอดส์ ส่วน ใหญ่อยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 1.5 ปี และทารกที่มีอาการ ของโรคเอดส์เกือบครึ่งหนึ่งเกิดอาการก่อนอายุได้ 1 ปี (ตารางที่ 5) อาการ อาการแสดง โรคแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์มีลักษณะต่าง ๆ กัน (ตารางที่ 6) ใน การศึกษานี้มีผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์เสียชีวิต 4 ราย โดย ทั้งหมดตายจากโรคปอดบวมเมื่ออายุได้ 1 ปี, 2 ปี, 4 ปี

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนเด็กตามช่วงอายุแรกรับ

ช่วงอายุ	1-2 เดือน	2-6 เดือน	6-12 เดือน	1-1.5 ปี	1.5-3 ปี	3-5 ปี	> 5 ปี	รวม
กลุ่มที่ 1	43	4	3	2	0	0	0	52
กลุ่มที่ 2	0	0	0	0	10	4	4	18
รวม	43	4	3	2	10	4	4	70
%	61.43	5.71	4.29	2.86	14.29	5.71	5.71	100

หมายเหตุ กลุ่มที่ 1 คือ เด็กที่นัดเข้าคลินิกโรคเอดส์ในเด็กตั้งแต่แรกเกิด

กลุ่มที่ 2 คือ เด็กที่รับส่งต่อหรือผู้ปกครองพามาเอง

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลของบิดาและมารดา

บิดา	ช่วงอายุ	< 20 ปี	20-30 ปี	30-40 ปี	> 40 ปี	ไม่ระบุ	เสียชีวิต
	จำนวน	1	33	18	3	15	5
	%	1.43	47.14	25.71	4.29	21.73	7.14
อาชีพ	รับจ้าง	ค้าขาย	เกษตร	ราชการ	นักศึกษา	ไม่ระบุ	
	จำนวน	39	10	9	5	1	6
	%	55.71	14.29	12.86	7.14	1.43	8.57
มารดา	ช่วงอายุ	< 20 ปี	20-30 ปี	30-40 ปี	> 40 ปี	ไม่ระบุ	เสียชีวิต
	จำนวน	4	46	7	0	13	0
	%	5.71	65.71	10.00	0.00	18.57	0.00
อาชีพ	รับจ้าง	ค้าขาย	เกษตร	ราชการ	นักศึกษา	แม่บ้าน	
	จำนวน	14	5	9	5	1	36
	%	20.00	7.14	12.86	7.14	1.3	51.43

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนเด็กในแต่ละระยะของโรค

ระยะโรค	SR	N	A	B	C	EN	EA	EB	EC	ชาย
กลุ่มที่ 1	11	1	3	0	2	28	3	1	2	1
กลุ่มที่ 2	3	2	3	0	7	0	0	0	0	3
รวม	14	3	6	0	9	28	3	1	2	4
%	20.00	4.29	8.57	0.00	12.86	40.00	4.29	1.43	2.86	5.71

หมายเหตุ กลุ่มที่ 1 คือ เด็กที่นัดเข้าคลินิกโรคเอดส์ตั้งแต่แรกเกิด
 กลุ่มที่ 2 คือ เด็กที่รับส่งต่อหรือผู้ปกครองพามาเอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบลักษณะของทารกระหว่างกลุ่มที่ติดเชื้อเอดส์กับที่ไม่ติดเชื้อเฉพาะ ในเด็กกลุ่มที่ 1 ที่อายุได้ 18 เดือนขึ้นไป

ลักษณะของทารก	ภาวะการติดเชื้อเอดส์		P Value
	ติดเชื้อ	ไม่ติดเชื้อ	
1. จำนวนทารก (ราย)	7	11	
2. เพศชาย/หญิง (ราย)	1/6	4/7	0.32 (NS)
3. คลอดครบกำหนด/ คลอดก่อนกำหนด (ราย)	6/1	10/1	0.64 (NS)
4. Cesarean/Vaginal delivery (ราย)	1/6	1/10	0.64 (NS)
5. ภาวะภูมิคุ้มกัน			
จำนวน CD4	1,277 $\pm$ 1,057	2,471 $\pm$ 674	< 0.01
CD4/CD8	0.62 $\pm$ 0.55	1.50 $\pm$ 0.59	< 0.01

หมายเหตุ NS = not significant (P > 0.05)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนเด็กที่เริ่มมีอาการโรคเอดส์ในแต่ละช่วงอายุ

ช่วงอายุ	< 6 เดือน	6-12 เดือน	1-1.5 ปี	1.5-2 ปี	> 2 ปี
จำนวน	6	6	4	1	8
%	24	24	16	4	32

ตารางที่ 6 แสดงลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์

ลักษณะทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
Failure to thrive	16	64
Skin rash	12	48
Oral candidiasis	10	40
Pneumonia	9	36
Hepatomegaly	9	36
Diarrhea	5	20
Splenomegaly	4	16
Anemia	3	12
Lymphadenopathy	2	8
Pulmonary tuberculosis	2	8
Acute otitis	1	4
Parotid swelling	0	0

และ 10 ปี ตามลำดับ

วิจารณ์

จากผลการศึกษาจะเห็นว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ที่มาเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเอดส์ในเด็กของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จะเป็นเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ที่เกิดในโรงพยาบาลและนัดติดตามครั้งแรกเมื่ออายุได้ 1 เดือน อย่างไรก็ตามมีเด็กในกลุ่มนี้อยู่ 9 ราย ที่มาเข้ารับบริการช้ากว่าที่นัดไว้ ทั้งนี้คงเป็น

จากความบกพร่องของการนัดติดตาม รวมถึงประสิทธิภาพของการให้ความรู้และสุเคราะห์เกี่ยวกับโรคเอดส์ให้แก่มารดาและผู้เกี่ยวข้องด้วย สำหรับเด็กที่รับส่งต่อหรือผู้ปกครองพามาเองนั้น พบว่ามาเข้ารับบริการที่ช่วงอายุมากกว่า อาจจะเป็นเพราะรอให้อายุได้ครบ 18 เดือนก่อนจึงจะส่งตัวมาเพื่อรับการวินิจฉัยที่แน่นอน หรือในรายที่มาด้วยอาการที่สงสัยว่าจะติดเชื้อเอดส์ ก็มักตรวจพบอาการมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น¹⁸

สำหรับข้อมูลของบิดาและมารดานั้น แสดงให้เห็น

ว่ากลุ่มบิดามารดาที่ติดเชื้อเอดส์นั้นส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งคล้ายกับรายงานผู้ติดเชื้อเอดส์ของทั่วประเทศ² และจากที่พบว่ามารดาที่ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ทำให้เชื่อได้ว่าได้รับเชื้อมาจากบิดาหรือสามีเก่าที่ติดเชื้อเอดส์ ที่น่าสังเกตคือไม่มีมารดาให้ประวัติของโสเภณีเลย และมีอยู่คนหนึ่งที่เป็นนักศึกษา ซึ่งอาจเริ่มส่อแนวโน้มว่าจะต้องเพิ่มความเข้มงวดในการเฝ้าระวังในกลุ่มเด็กวัยรุ่นหรือนักศึกษามากขึ้น

เมื่อพิจารณาการจำแนกระยะของโรคเอดส์ในผู้ป่วยทั้งหมด (ตารางที่ 3) จะช่วยให้เข้าใจสภาพของผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการที่คลินิกโรคเอดส์ในเด็กมากขึ้น โดยจะพบว่าในเด็กที่ติดตามตั้งแต่แรกเกิด จะมีระยะของโรคที่มีความรุนแรงน้อยกว่า เด็กที่รับส่งต่อหรือผู้ปกครองพามาอย่างชัดเจน รวมถึงผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่จะเป็นเด็กกลุ่มหลัง ทั้งนี้เข้าใจได้กับช่วงอายุของเด็กกลุ่มหลังที่มากกว่า ทำให้พบอาการผิดปกติได้มากกว่า อีกทั้งผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาก็กังจะต้องตรวจพบอาการที่สงสัยว่าจะติดเชื้อเอดส์ก่อนเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการนัดทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อมาติดตามตั้งแต่ช่วงแรกของอายุ จะช่วยให้ค้นพบอาการตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และจะมีประโยชน์ในการรักษามากกว่า

ในการศึกษานี้ พบว่ามีอัตราการติดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารก ร้อยละ 38.88 จะเห็นว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับการศึกษาต่าง ๆ ในประเทศไทย⁴⁻⁸ ทั้งนี้ น่าจะเป็นจากมีปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เช่น ความรุนแรงของโรคในมารดา ปัจจัยเสี่ยงขณะคลอด ได้แก่ ระยะเวลาของการคลอด การอักเสบของรกและถุงน้ำคร่ำ ระยะเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตกจนถึงคลอด รวมถึงวิธีการคลอด^{14,14-16} นอกจากนี้พบว่าเด็กทุกคนกินนมผสมแทนนมมารดา ตามที่ได้รับคำแนะนำ จึงสามารถตัดการรับเชื้อผ่านน้ำนมมารดาไปได้¹⁷ อย่างไรก็ตามอัตราการติดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารกที่ได้นี้อาจคลาดเคลื่อนจากค่าที่แท้จริงไปบ้าง เพราะมีเด็กอยู่อีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อ เนื่องจากยังมีอายุไม่ถึง 18 เดือน ซึ่งจะต้องใช้ระยะเวลาดูตามกันอีกช่วงหนึ่ง

และในการศึกษานี้ไม่น่าเด็กที่รับส่งต่อหรือผู้ปกครองพามา คิดอัตราการติดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารกด้วย เนื่องจากมีฐานข้อมูลแตกต่างกัน

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ พบว่าไม่มีผลสำคัญทางสถิติ ทั้งในเรื่องเพศของทารก ภาวะที่คลอดก่อนกำหนดก็ไม่พบว่าเพิ่มอัตราเสี่ยง และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ไม่พบว่าช่วยลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากมารดามายังทารกเช่นกัน ซึ่งเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศบางการศึกษาพบว่า ทารกเพศหญิงเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าเพศชาย ภาวะที่คลอดก่อนกำหนดก็มีรายงานว่าอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จากมารดา รวมทั้งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก็ไม่พบว่าช่วยลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากมารดามายังทารกได้^{14,14-16} การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อคงจะต้องมีการรวบรวมข้อมูล และค้นคว้ากันต่อไป เพราะจะช่วยเป็นแนวทางดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ และยังช่วยพยากรณ์อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากมารดามายังทารกอีกด้วย

สำหรับปริมาณ CD4 กับสัดส่วน CD4 : CD8 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างทารกที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ พบว่าทารกที่ติดเชื้อมีต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.01) คล้ายกับการศึกษาในโรงพยาบาลเชียงราย ประจวบคีรีขันธ์¹⁸ จึงอาจบ่งบอกว่าภาวะภูมิคุ้มกันที่ลดลงในทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอดส์ มีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัย และติดตามทารกที่มีโอกาสติดเชื้อเอดส์จากมารดา

ในการศึกษานี้พบช่วงอายุที่ทารกเริ่มมีอาการของโรคเอดส์ ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ คืออยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 1.5 ปี และเกือบครึ่งหนึ่งเกิดอาการก่อนอายุได้ 1 ปี^{4,13} ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีอาการก็พบว่า คล้ายกับการศึกษาอื่นเช่นกัน คือ พบว่ามี Failure to thrive มากที่สุด ที่น่าสังเกตคือ Skin rash ซึ่งในการศึกษาอื่นมักจะพบไม่มากนัก แต่ในการศึกษานี้พบมากเป็นอันดับที่ 2 และที่ไม่พบเลยก็คือ Parotid swelling ซึ่งก็พบน้อยมากในการศึกษาอื่นเช่นกัน^{4,13,18} เนื่องจากมี

ข้อจำกัดของห้องปฏิบัติการ ทำให้การวินิจฉัยโรคที่ฉวยโอกาสทำได้ยาก อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการโรคเอดส์ติดเชื้อไวรัสโรคปอดอยู่ 2 ราย แต่ไม่พบการลุกลามของเชื้อไวรัสโรคปอดระยะอื่น ส่วนสาเหตุการตายคือปอดบวมในผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกราย ก็พบว่าเป็นสาเหตุการตายที่พบได้บ่อยที่สุดของผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ ในการศึกษาอื่น ๆ เช่นกัน^{13,19,20}

สรุป

การให้บริการหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอดส์และทารกที่เกิดมานั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำงานเป็นทีมโดยอาศัยบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกด้าน การติดตามหญิงที่ติดเชื้อเอดส์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ หลังคลอด และทารกที่คลินิกโรคเอดส์ในเด็ก จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ครบวงจรยิ่งขึ้น การศึกษานี้ช่วยให้เข้าใจลักษณะของผู้ป่วยเด็กที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ที่มาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น และพบว่าอัตราการติดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารกของจังหวัดเพชรบุรีเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไปนอกจากการวินิจฉัยและรักษาให้ดีที่สุดแล้ว ก็คือระบบการให้คำปรึกษา รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในทุกระดับ ทุกสังคม ทั้งนี้จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุก ๆ ฝ่าย เพื่ออนาคตที่ดีที่สุดของผู้ป่วยเด็กเหล่านี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สวัสดิ์ เถกิงเดช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและรายงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา, สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์. Intervention of HIV vertical transmission. ใน : วิไล ชินธเนศ, อุษา ทิสยากร, อนันต์ ศรีเกียรติขจร, วงศ์วรรณ วงศ์สุภา, สุทธิวรรณ ปรีชา, บรรณาธิการ.

- Proceedings of the Medical Congress in Commemorations of the 50th Anniversary of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, June 3-6, 1997. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540 : 10-4.
2. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข 1997 ; 28 : S25-S35.
3. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข 1995 ; 26 : No 135.
4. อุษา ทิสยากร. Intervention of HIV vertical transmission. ใน : วิไล ชินธเนศ, อุษา ทิสยากร, อนันต์ ศรีเกียรติขจร, วงศ์วรรณ วงศ์สุภา, สุทธิวรรณ ปรีชา, บรรณาธิการ. Proceedings of the Medical Congress in Commemorations of the 50th Anniversary of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, June 3-6, 1997. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540 : 10-4.
5. พัทธพร เอ้า, ปรีชา รัตนศิริทรัพย์, รวิวรรณ หาญ-สุทธิเวชกุล, และคณะ. การศึกษาการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนนคราห์. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2536 ; 32 : 169-73.
6. วิรัตน์ ศิริสันธนะ, ดนยา เหมธัญ. การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกที่เชียงใหม่. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2537 ; 33 : 193-200.
7. วิไลวรรณ กุลกลवार. การศึกษาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกที่คลอดในโรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวชสาร 2537 ; 15 : 1-12.
8. อุษณีย์พร ศรีมินิพันธ์. การศึกษาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในเด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลพะเยา. พุทธิชนราชเวชสาร 2537 ; 11 : 78-84.
9. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, พรณวดี วิโรจน์วงศ์, ภัทรพร อิศรางกูรฯ, สุรศักดิ์ ประเทืองธรรม, สมรัก รังค-

- กุลบุญวัฒน์. เอดส์ในเด็กกรายแรกของประเทศไทย. การประชุมใหญ่ตามัญและวิชาการประจำปี สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย 20-21 เมษายน พ.ศ. 2532. โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ จอมเทียน พัทยา.
10. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข 1993 ; 24 : 1-14.
 11. Center for Disease Control and Prevention (CDC). 1994 Revised Classification System for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children Less Than 13 Years of Age. MMWR 1994 ; 43 (No. RR-12) : 1-7.
 12. กุลบุญวัฒน์ โชติบุญญ์กิจ. การจำแนกระยะของโรคในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ HIV. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2539 ; 35 : 220-5.
 13. ทวี โชติพิทยสุนนท์. โรคเอดส์ในโรงพยาบาลเด็ก. กุมารเวชศาสตร์ก้าวหน้า 2538 : 3 : 203-11.
 14. The European Collaborative Study. Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV-1 infection. Lancet 1994 ; 343 : 1464-7.
 15. Lynne MM. A critical review of studies evaluating the relationship of mode of delivery to perinatal transmission of human immunodeficiency virus. *Pediatr Infect Dis J* 1995 ; 14 : 169-77
 16. Landesman SH, Kalish LA, Burns DN, et al. Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to child. *N Engl J Med* 1996 ; 334 : 1617-23.
 17. Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham C. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 1992 ; 340 : 585-8
 18. ไกรฤกษ์ ไตรรัตนากา, ศิริราช พัวพันวัฒนะ, รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล, และคณะ. อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก โดยวิธีโพลีเมอเรส เชनรีแอกชัน ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2540 ; 36 : 119-27.
 19. Scarletti G. Pediatric HIV infection. *Lancet* 1996 ; 348 : 863-8.
 20. Wiznia AA, Lambert G, Pavlakis S. Pediatric HIV infection. *Med Clin North Am* 1996 ; 80 : 1309-36.