

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในโรงพยาบาลบางสะพาน ในรอบสิบปีที่ผ่านมา

Mother to Child Transmission Rate of HIV in Bangsaphan Hospital, in the Past Decade

ภัทรวรรณ เลิศไชยพานนท์ พ.บ.,
ว. กุมารเวชศาสตร์
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลบางสะพาน
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Patarawan Lertchaipanond M.D.,
Dip., Thai Board of Pediatrics
Division of Pediatrics
Bangsaphan hospital
Prachuap Khiri Khan

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบ cohort study โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มากลอดที่โรงพยาบาลบางสะพาน และทารกแรกเกิดทุกราย ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552-กันยายน พ.ศ. 2563 โดยรวบรวมข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก การได้รับยาต้านไวรัส ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 + (CD4 + count) และปริมาณไวรัสเอชไอวีของมารดาขณะตั้งครรภ์ (HIV viral load, VL) รวมทั้งผลการตรวจ HIV DNA PCR และ anti-HIV ของทารกมาวิเคราะห์เชิงสถิติ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย

ผลการศึกษา: หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมากลอดทั้งสิ้น 70 ราย และทารกแรกเกิด 71 ราย (แฝด 1 ราย) ร้อยละ 80 ของมารดาได้รับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์มากกว่าเท่ากับ 4 สัปดาห์ โดยร้อยละ 84 ของมารดาที่ได้รับยาเป็นสูตร HAART ร้อยละ 22.5 เป็นทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและมีทารกติดเชื้อเอชไอวี 1 ราย คิดเป็นอัตราการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 1.6 สาเหตุเกิดจากมารดา กินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอขณะตั้งครรภ์ โดยมีอัตราการขาดการติดตามร้อยละ 11.3

สรุป: อัตราติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในโรงพยาบาลบางสะพานเท่ากับร้อยละ 1.6 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อคือ การที่มารดา กินยาไม่สม่ำเสมอขณะตั้งครรภ์

คำสำคัญ : อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เอชไอวี การติดเชื้อเอชไอวีปริกำเนิด ยาต้านไวรัส

วารสารแพทยเขต 4-5 2564 ; 40(4) : 539-47.

Abstract

Objective: The purpose is to study transmission rate of HIV infection from mother to child and associated factors of HIV perinatal infection at Bangsaphan Hospital.

Methods: This was a retrospective cohort study of mother-infant pairs with perinatal HIV exposure from October 2009–September 2020 at Bangsaphan Hospital. We collected demographic data, maternal HIV history, maternal and infant antiretroviral drug (ARV) use, maternal CD4+ count and HIV viral load (VL), HIV DNA PCR, and anti-HIV of infants. Data were analyzed by number, percentage, mean and range.

Results: Total 70 mothers with HIV and their infants (n = 71) were included in this study. The majority of mothers received antiretroviral drug more than 4 weeks (80%) and 84% of them had HAART regimen. There were high risk infants 22.5% of all HIV exposure infants (HEI). One high-risk infant acquired HIV perinatally transmission rate at 1.6%. The associated factor was poor compliance of maternal antiretroviral drugs during pregnancy. HEIs were loss follow-up and unknown HIV status 11.3%.

Conclusion: Transmission rate of HIV infection from mother to child in Bangsaphan Hospital was 1.6%. The associated factor was poor compliance of maternal antiretroviral drugs during pregnancy.

Keywords : mother to child transmission rate, PMTCT, HIV, perinatal HIV infection, antiretroviral treatment

Received ; Jun 04, 2021; Revised : Aug 1, 2021; Accepted : Oct 19, 2021

Reg 4-5 Med J 2021 ; 40(4) : 539–47.

บทนำ

ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ประเทศไทยมีการดำเนินงานในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกอยู่ในเกณฑ์ดีมาอย่างต่อเนื่อง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ การให้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและทารกแรกเกิด รวมทั้งการให้นมผสมทดแทนจนถึงอายุ 18 เดือน ทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกต่ำมาก จากเดิมร้อยละ 20–40 จนใน พ.ศ. 2558 พบอัตราการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ 1.9¹ และล่าสุด พ.ศ. 2561 พบร้อยละ 1.34 (เป้าหมาย < ร้อยละ 1 ใน พ.ศ. 2573)

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2542–2551 มีงานวิจัยรวบรวมข้อมูลทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเท่ากับร้อยละ 4.8–10.2²⁻⁵ โดยมีความเสี่ยงการฝากครรภ์ล่าช้า ปัญหาการติดตามทารกมาเจาะเลือดไม่ครบ หรือทารกเสียชีวิตก่อนได้รับการวินิจฉัย แต่ยังไม่มียานวิจัยใดในไทยที่เก็บรวบรวมข้อมูลรวมเป็นระยะเวลาที่เกิน 10 ปีมาก่อน และข้อมูลล่าสุดได้เก็บข้อมูลถึง พ.ศ. 2550⁴

ความครอบคลุมในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในทารก ในช่วง พ.ศ. 2551–2554⁶ พบว่า

ร้อยละ 65 ของทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการตรวจ HIV DNA PCR อย่างน้อย 1 ครั้ง และ ร้อยละ 37 ของทารกที่ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสภายใน อายุ 1 ปี มีเพียงร้อยละ 12 ที่ได้รับยาภายในอายุ 6 เดือน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งการตรวจวินิจฉัย ได้เร็วและครอบคลุมเป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

การศึกษานี้จึงทำเพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยในช่วงเวลาที่เก็บ ข้อมูลโรงพยาบาลบางสะพาน มีการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีตามแนวทางการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ระดับชาติ พ.ศ. 2553, 2557 และ 2560⁷⁻⁹ ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ ระยะเวลา หลังคลอด จนถึงติดตามทารกแรกเกิด จนถึงอายุ 18 เดือน โดยมีการให้นมผสมทดแทนการให้นมแม่ทุกราย และตรวจ HIV DNA PCR ตั้งแต่แรกเกิด (กลุ่มเสี่ยงสูง) และอายุ 1, 2-4 เดือน และตรวจ anti-HIV อีกครั้งเมื่ออายุ 18-24 เดือน

ในพ.ศ. 2560 ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก¹⁰ โดยการเริ่มยาต้านไวรัสในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ขณะตั้งครรภ์ทันทีไม่ขึ้นกับระดับเม็ดเลือดขาว CD4+ (CD4+ count) และให้ยาต้านไวรัสต่อเนื่องตลอดชีวิต และยังสามารถเพิ่มยาต้านไวรัสอีก 1 ตัว คือ Raltegravir ในรายที่มารดาเริ่มยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ ≥ 32 สัปดาห์ หรือมีปริมาณไวรัสในเลือดของมารดา ขณะตั้งครรภ์ (HIV viral load, VL) $> 1,000$ copies/ml ที่อายุครรภ์ ≥ 32 สัปดาห์ ส่วนทารกแรกเกิดได้เริ่มมีการจำแนกความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ 1. ทารกมีความเสี่ยงสูง ในรายที่มารดามี VL > 50 copies/ml ที่อายุครรภ์ > 36 สัปดาห์ หรือกรณีที่ไม่ทราบ VL แต่มารดาได้รับยาต้านไวรัส < 12 สัปดาห์ก่อนคลอด หรือกินยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งทารกจะได้รับยาต้านไวรัส AZT+3TC+NVP 6 สัปดาห์ และ 2. ทารกที่มีความเสี่ยงทั่วไป จะได้รับยาต้านไวรัส Zidovudine (AZT) 4 สัปดาห์

ต่อมาใน พ.ศ. 2561-2564 มีการใช้ระบบ active case management network เพื่อเพิ่ม การเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีให้ได้เร็วและ ครอบคลุม และเริ่มให้ยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุด โดยจะมีการ แบ่งเขตการรับผิดชอบดูแลทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อ เอชไอวีตามภูมิภาค ทำให้สามารถตรวจหาการติดเชื้อ ครอบคลุมเพิ่มเป็น $>$ ร้อยละ 95 ใน พ.ศ. 2561 และ อายุทารกที่ได้รับการวินิจฉัยเร็วขึ้นจาก 283 วันเป็น 60 วัน และทารกติดเชื้อได้รับการรักษาโดยยาต้านไวรัส ที่อายุเฉลี่ย 83 วัน¹¹

นอกจากนี้การให้ยาต้านไวรัส AZT ในทารก แรกเกิดมีผลต่อระบบโลหิตได้ รวมทั้งการที่มารดา ได้รับยา AZT ขณะตั้งครรภ์มีผลทำให้ค่า hemoglobin (Hb), hematocrit (Hct) ของทารกแรกเกิด น้อยกว่า กลุ่มที่มารดาไม่รับยาก่อนคลอดอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่ออายุ 1 เดือน พบว่าทารกทั้งสองกลุ่มมีภาวะ โลหิตจางไม่แตกต่างกัน โดยที่ร้อยละ 49 ของทารก ยังมีภาวะโลหิตจาง (Hb < 11 g/dl)¹²

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบ cohort study โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอชไอวีที่มาคลอดที่โรงพยาบาลบางสะพาน และทารก แรกเกิดทุกราย ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552-กันยายน พ.ศ. 2563 จากทะเบียนผู้ป่วยของห้องคลอด เวชระเบียน ผู้ป่วย และข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จากระบบสารสนเทศ การให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP) โดยรวบรวมข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก ข้อมูลการได้รับยาต้านไวรัสของมารดาและทารก ระดับ เม็ดเลือดขาว CD4+ (CD4+ count) และปริมาณไวรัส

ในเลือดของมารดาขณะตั้งครรภ์ (HIV viral load, VL) รวมทั้งผลการตรวจ HIV DNA PCR และ anti-HIV ของทารก และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงสถิติ ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาตลอดที่โรงพยาบาลทั้งสิ้น 70 ราย (ครรภ์แฝด 1 ราย) และทารกแรกเกิด 71 ราย โดยในปีแรกมีมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีมาตลอด 11 รายต่อปี มารดาที่พบการติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์มี 4 ราย ที่ผลการตรวจ

ไม่พบเชื้อเอชไอวีในการตรวจรอบแรก (seroconversion) ส่วนการรับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 80 ได้รับยาต้านไวรัสมากกว่า หรือเท่ากับ 4 สัปดาห์ และมีร้อยละ 10 ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสในระยะตั้งครรภ์ (ได้รับยาเมื่อมาคลอด 4 ราย และไม่ได้รับยาต้านไวรัส 3 ราย)

ร้อยละ 64 ไม่ทราบปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด (VL) ขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะช่วงต้นของการศึกษา และมีมารดา 3 รายที่มีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด (VL) มากกว่า 50 copies/ml และได้รับการผ่าตัดคลอดเนื่องจากข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม

ตารางที่ 1 ข้อมูลมารดา (จำนวน 70 ราย)

ข้อมูล	ราย	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
อายุเฉลี่ย	29.1 ± 7.2	(Range 16–44)
สัญชาติ		
ไทย	62	88.6
ต่างชาติ	8	11.4
การฝากครรภ์		
ฝากครรภ์	65	92.9
ไม่ฝากครรภ์	5	7.1
ทราบว่ามี การติดเชื้อเอชไอวี		
ก่อนตั้งครรภ์	28	40
ขณะตั้งครรภ์	40	57.1
ขณะมาคลอด	2	2.9
การได้รับยาต้านไวรัส		
≥ 4 สัปดาห์ก่อนคลอด	56	80
< 4 สัปดาห์ก่อนคลอด/กินยาไม่สม่ำเสมอ	7	10
เริ่มได้รับยาตอนคลอด	4	5.7
ไม่ได้รับยา	3	4.3
CD4+ ขณะตั้งครรภ์		
< 350 cell/mm ³	16	22.8
≥ 350 cell/mm ³	34	48.6
ไม่ทราบผลเลือด	20	28.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลมารดา (จำนวน 70 ราย) (ต่อ)

ข้อมูล	ราย	ร้อยละ
ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ขณะตั้งครรภ์		
< 50 copies/ml	22	31.4
≥ 50 copies/ml	3	4.3
ไม่ทราบผล	45	64.3

ตารางที่ 2 สูตรยาต้านไวรัสที่มารดาได้รับขณะตั้งครรภ์ (63 ราย)

สูตรยาต้านไวรัส	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
AZT* ตัวเดียว	8	12.7
HAART+ ที่เพิ่งได้รับตอนตั้งครรภ์	43	68.2
HAART สูตรเดิมที่ผู้ป่วยได้รับ	10	15.9
ไม่ทราบสูตรยา	2	3.2

*AZT: zidovudine +HAART: highly active antiretroviral therapy

มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84) ได้รับยาต้านไวรัสสูตร HAART แต่ในช่วงแรกของการศึกษานี้ มารดาที่คลอดก่อนกำหนดก่อน พ.ศ. 2553 ได้ยาป้องกันเป็นยา AZT

ตัวเดียวขณะตั้งครรภ์ ซึ่งทุกรายได้รับยาต้านไวรัสตามแนวทางการดูแล แต่รายที่ไม่ทราบสูตรยาเนื่องจากข้อมูลไม่สมบูรณ์ หรือรับยาจากโรงพยาบาลที่อื่น

ตารางที่ 3 ข้อมูลทารกแรกเกิด (จำนวน 71 ราย)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	45.1
หญิง	39	54.9
น้ำหนักแรกเกิด		
mean ± SD (กรัม)	2,840.21 ± 517.89	
< 2,500 กรัม	17	23.9
≥ 2,500 กรัม	54	76.1
วิธีการคลอด		
คลอดทางช่องคลอด	51	71.8
ผ่าตัดคลอด	20	28.2

ตารางที่ 3 ข้อมูลทารกแรกเกิด (จำนวน 71 ราย) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี		
ความเสี่ยงทั่วไป*	55	77.5
ความเสี่ยงสูง†	16	22.5
ได้รับยาต้านไวรัสหลังเกิด		
ได้รับครบตามเกณฑ์	67	94.7
ได้รับไม่ครบตามเกณฑ์	4	5.6
การเจาะเลือดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี		
ติดตามได้	63	88.7
ติดตามไม่ได้	8	11.3
ผลการตรวจ		
ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	62	98.4
ติดเชื้อเอชไอวี	1	1.6

*ความเสี่ยงทั่วไป ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดของมารดาเมื่อใกล้คลอด ≤ 50 copies/ml หรือกรณีที่ไม่ทราบผล แม่ได้รับยาต้านไวรัส > 4 สัปดาห์/12 สัปดาห์ (ตั้งแต่ พ.ศ. 2560)

†ความเสี่ยงสูง ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดเมื่อใกล้คลอด > 50 copies/ml หรือมารดาไม่ได้ฝากครรภ์หรือกินยาต้านไวรัส ≤ 4 สัปดาห์/12 สัปดาห์ (ตั้งแต่ พ.ศ. 2560) หรือแม่กินยาไม่สม่ำเสมอ

ร้อยละ 64 เป็นทารกครบกำหนด และร้อยละ 23.9 เป็นทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า 1 รายมีน้ำหนัก 1,430 กรัม (อายุครรภ์ 39 สัปดาห์) และอีก 16 ราย น้ำหนักระหว่าง 2,000–2,500 กรัม ส่วนวิธีการคลอด รายที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม ได้แก่ ความแตกต่างของขนาดศีรษะทารกและอุ้งเชิงกราน (6 ราย) ประวัติผ่าตัดคลอดในท้องที่ผ่านมา (5 ราย) ท้องตัน (2 ราย) ครรภ์แฝด (1 ราย) เป็นต้น

ทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น 16 ราย (ร้อยละ 22.5) ซึ่งได้ยาต้านไวรัสครบตามแนวทางการรักษา 13 ราย และมี 3 รายที่ได้รับยาไม่ครบซึ่งเกิดจากผู้ดูแลให้กินยาผิดขนาดหรือไม่ครบระยะเวลา 6 สัปดาห์ หรือได้รับยาไม่ตรงกับความเสี่ยงในการติดเชื้อ

การติดตามทารกมาเจาะเลือดตรวจหาการติดเชื้อ ได้ประเมินการติดเชื้อโดยใช้ผลการตรวจด้วยวิธี PCR อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีการตรวจ anti-HIV อีก 1 ครั้งที่ย่างตั้งแต่ 18–24 เดือน พบว่าทารกมาตรวจเลือดทั้งหมด 63 ราย พบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี 1 ราย (ร้อยละ 1.6) ซึ่งถือว่าอัตราการติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์ต่ำ แต่มีอัตราการขาดการติดตามร้อยละ 11.3 โดยเป็นทารกที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 6 รายและความเสี่ยงทั่วไป 2 ราย

ในพ.ศ. 2554 มีทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี 1 ราย ประวัติมารดาทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ เริ่มกินยาต้านไวรัสสูตร AZT+3TC+LPV/RI (zidovudine+lamivudine+lopinavir/ritonavir) ตั้งแต่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์ แต่ไม่ได้ตรวจ CD4+ count และ VL ต่อมาในระยะคลอดได้รับยา AZT ทุก 3 ชั่วโมง

อีก 3 ครั้ง ไม่มีประวัติน้ำเดินก่อนคลอด ได้รับการผ่าตัดคลอดเนื่องจากเป็นท่าก้น และหลังคลอดกินยาต้านไวรัสสูตรเดิมต่อ เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็นความเสี่ยงทั่วไป ทารกแรกเกิด ครบกำหนดน้ำหนัก 2,870 กรัม ได้รับยาต้านไวรัส AZT จนครบ 4 สัปดาห์ งดนมมารดาตั้งแต่แรกเกิด ทารกตรวจเลือดครั้งแรกพบว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่ออายุ 2 เดือน และเริ่มได้รับยาต้านไวรัสอายุ 7 เดือน ปัจจุบันเด็กอายุ 9 ปี แข็งแรงดี น้ำหนักกับส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส และผลเลือด CD4+ 967 cel/mm³ (31%), VL < 20 copies/ml จากการซักประวัติย้อนหลัง บิดาให้ประวัติว่ามารดากินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอตอนตั้งครรภ์ ซึ่งน่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ติดเชื้อ

จากการติดตามทารก 63 ราย มีทารกแรกเกิดได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 3 ราย เนื่องจากน้ำหนักแรกเกิดน้อย 1 ราย, birth asphyxia 1 ราย และมีไข้ 1 ราย และที่อายุ 1 เดือน พบภาวะโลหิตจาง (Hct < 33%) ในทารก 24 รายจากที่ได้รับการตรวจเลือดทั้งสิ้น 40 ราย (ร้อยละ 60) โดยมีความเฉลี่ยของ Hct 26.9% ได้รับการรักษาด้วยยาน้ำธาตุเหล็กเสริมจนหาย แต่มีทารกเพียง 1 ราย (Hct = 20%) ที่ได้รับการรักษาโดยการให้เลือด ส่วนทารกที่ไม่ทราบผล Hct มีจำนวน 31 ราย โดยทารก 21 รายไม่สามารถสืบค้นข้อมูลได้เนื่องจากเป็นช่วงแรกของการศึกษานี้ และทารกที่เหลืออีก 10 รายไม่ได้ตรวจ Hct

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ครอบคลุมระยะเวลานาน มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการศึกษา เช่น การเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลรักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงตั้งครรภ์ที่ลดลง ร่วมกับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์จากการขาดการติดตาม และข้อมูลสูญหาย ทำให้ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงของทั้งประชากร

ที่ทำการศึกษา และผลการศึกษาที่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา

ปัญหาที่สำคัญในการศึกษานี้ คือ ปัญหาการขาดการติดตาม เนื่องจาก โรงพยาบาลบางสะพาน รับผิดชอบผู้ป่วยจากอำเภอข้างเคียง และแรงงานต่างด้าว ทำให้มีทารกและมารดาจำนวนหนึ่ง ย้ายกลับถิ่นที่อยู่เดิมหลังคลอด ส่งผลให้ขาดการติดตามอาการและการเจาะเลือดทารกเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งส่วนใหญ่ของทารกที่ไม่ทราบผลการตรวจเลือด เป็นกลุ่มที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อในการศึกษานี้อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้ระบบการดูแลรักษาทั้งมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี และทารกแรกเกิดในส่วนที่รับบริการในโรงพยาบาลทำได้เหมาะสมตามแนวทาง แต่พบว่าเกิดปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วยกับโรงพยาบาลข้างเคียงและชุมชนอย่างเป็นระบบ จึงมีโครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเน้นเรื่องการติดตามมารดาตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอด และการติดตามทารกเพื่อให้ได้รับยาต้านไวรัสครบตามเกณฑ์ รวมทั้งการมาตรวจเลือดตามนัดจนถึงอายุ 18-24 เดือน

ปัญหาเรื่องการกินยาต้านไวรัสผิดพลาด 3 ราย พบว่าเกิดจากผู้เลี้ยง ดูแลยากที่ไม่ชัดเจน และความยุ่งยากในการกินยาหลายตัว ได้นำไปพัฒนาเป็นคู่มือการให้ยาต้านไวรัสในเด็ก ซึ่งจะช่วยให้ผู้เลี้ยงดูสามารถให้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น

ในการศึกษานี้ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกพบร้อยละ 1.6 โดยมีทารกติดเชื้อเอชไอวี 1 ราย ซึ่งอยู่ในช่วงแรกของการศึกษาและได้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลของ พ.ศ. 2553⁷ ทั้งนี้การติดเชื้อน่าจะเกิดจากมารดาได้รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอขณะตั้งครรภ์ แต่ทีมผู้รักษาไม่ทราบประวัตินี้ ทำให้ประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อผิดพลาด ทารกได้รับยาต้านไวรัสได้รับยา AZT แทนที่จะได้รับยา AZT+3TC+NVP (nevirapine) 4-6 สัปดาห์ จึงส่งผลให้วินิจฉัยและให้การ

รักษาล่าช้า โดยได้ตรวจเลือดครั้งแรกที่อายุ 2 เดือน และได้รับยาต้านไวรัสหลังจากที่ตรวจพบนานถึง 5 เดือน ซึ่งน่าจะเกิดจากปัญหาในระบบการส่งต่อ และการรอผลการตรวจเลือดซ้ำ

สรุป

แนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทย โดยการเริ่มยาต้านไวรัสในมารดาขณะตั้งครรภ์ให้เร็วที่สุด และการให้ยาต้านไวรัสในทารกตามความเสี่ยงอย่างเหมาะสม รวมทั้งการงดนมมารดา สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กได้ โดยในการศึกษานี้พบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเท่ากับร้อยละ 1.6 ปัจจัยเสี่ยงคือการที่มารดากินยาไม่สม่ำเสมอขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้การติดตามทารกมาตรวจเลือดควรทำอย่างเป็นระบบ และเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล เพื่อลดการวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้า

เอกสารอ้างอิง

1. Thisyakorn U. Elimination of mother-to-child transmission of HIV: lessons learned from success in Thailand. *Paediatr Int Child Health* 2017;37(2):99–108. DOI: 10.1080/20469047.2017.1281873
2. แสงชัย สี่มาขจร, วันเพ็ญ ประเสริฐศรี. อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีในเขตสาธารณสุขที่ 3. *วารสารควบคุมโรค* 2550;33(1):60–7.
3. กิตตินันท์ ไทยศรีนันท์, นกครุ พูลประสาท, วิกรมทางเรือ, และคณะ. อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จังหวัดจันทบุรี. *วารสารโรคเอดส์* 2548;17:197–208.

4. ทองพูน แต่งตาด. อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในโรงพยาบาลพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารแพทย์เขต 6-7* 2551;27:1061–7.
5. Plirat T, Naiwatanakul T, Rattanasuporn N, et al. Reduction in mother-to-child transmission of HIV in Thailand, 2001-2003: results from population-based surveillance in six provinces. *AIDS* 2007;21(2):145–51. doi: 10.1097/QAD.0b013e328010e02d.
6. Naiwatanakul T, Voramongkol N, Punsuwan N, et al. Uptake of early infant diagnosis in Thailand's national program for preventing mother-to-child HIV transmission and linkage to care, 2008-2011. *J Int AIDS Soc* 2016;19(1):205–11. doi:10.7448/IAS.19.1.20511.
7. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553 (National guidelines on HIV/AIDS diagnosis and treatment Thailand 2010). 2553; 211–27.
8. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557 (Essentials of HIV/AIDS treatment and prevention 2014 Thailand). 2557; 151–76.
9. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560 (Thailand national guideline on HIV/AIDS treatment and prevention 2017). 2560; 177–205.

10. Lolekha R, Choekhaibulkit K, Phanuphak N, et al. Thai national guidelines for the prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus 2017. *Asian Biomed (Res Rev News)* 2017;11(2):145–59. doi:10.5372/1905-7415. 1102.547.
11. Lolekha R, Pavaputanondh P, Puthanakit T, et al. Implementation of an active case management network to identify HIV-infected infants and accelerate the initiation of antiretroviral therapy, Thailand 2015 to 2018. *J Int AIDS Soc* 2020 Feb;23(2):e25450. doi: 10.1002/jia2.25450.
12. Baroncelli S, Pinnetti C, Genovese O, et al. Hematological effects of zidovudine prophylaxis in newborn infants with and without prenatal exposure to zidovudine. *Journal of medical virology*. 2011;83(3):551.

