

อัตราการติดเชื้อเอช ไอวี จากมารดาสู่ทารก ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ปี 2550-2562

สิริลักษณ์ รัตนแมนสรวง พว.ว.สาขากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของทารก ที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี และวิเคราะห์เชิงลึกหาปัจจัยสำคัญเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จากมารดาสู่ทารก วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ทุกรายที่รับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550-30 กันยายน 2562 จำนวน 75 ราย นำมาวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และการวิเคราะห์เชิงลึก

ผลการศึกษา ในระยะ 12 ปีมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงทั้งหมด 11,315 คน พบความครอบคลุมการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 100 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 99.9 และพบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 75 รายคิดเป็นร้อยละ 0.7 ซึ่งมีอายุในช่วง 21-35 ปี ร้อยละ 65.3 ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพพบร้อยละ 26.2 อายุครรภ์ขณะคลอดครบกำหนดร้อยละ 68.0 วิธีการคลอดพบคลอดปกติร้อยละ 96.0 ตรวจพบว่ามีผลการติดเชื้อเอชไอวีก่อนตั้งครรภ์ร้อยละ 37.3 ขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 60.0 ไม่ทราบว่าติดเชื้อ (ตรวจพบตอนคลอด) ร้อยละ 2.7 ซึ่งพบในมารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์และปกปิดข้อมูลผลการตรวจเอชไอวี การเข้าถึงและรับยาต้านไวรัส ก่อนคลอดมากกว่า 4 สัปดาห์ก่อนคลอดพบร้อยละ 88.0 รับประทานยาต้านไวรัสก่อนปี 2560 พบร้อยละ 6.6 รับประทานยาต้านไวรัส 12 สัปดาห์ (ตั้งแต่ปี 2560) ร้อยละ 2.7 และไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสร้อยละ 2.7 สูตรรักษามารดาขณะตั้งครรภ์พบมากที่สุดคือ สูตรยาเป็นแบบผสมผสานร้อยละ 33.8 รองลงมาคือ สูตร AZT+3TC+LPV/r ร้อยละ 29.3 และพบว่าไม่ได้รับยาร้อยละ 2.7 การเข้ารับการรักษาและรับยาต่อเนื่องขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 88.0 จำนวนทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีมีทั้งหมด 75 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.7 เพศชายร้อยละ 45.3 น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,768 กรัม ได้รับนมผงอย่างเดียวต่อเนื่องร้อยละ 96.0 ได้รับนมผงและนมมารดาร้อยละ 4 ได้รับการตรวจเลือดเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยวิธี PCR ครั้งที่ 1 จำนวน 74 ราย (ร้อยละ 98.7) ผลตรวจเป็นบวกจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 2.7) ครั้งที่ 2 71 รายจาก 74 ราย (ร้อยละ 95.9) ไม่พบผลบวก ครั้งที่ 3 (เฉพาะเสี่ยงสูง 9 ราย ได้ตรวจ 8 ราย) (ร้อยละ 88.9) ผลตรวจเป็นบวก 1 ราย ร้อยละ 12.5 ตรวจยืนยันแอนติบอดี 66 ราย ร้อยละ 90.4 พบผลตรวจเป็นบวก 1 ราย ร้อยละ 1.5 สูตรรักษาที่ทารกได้รับแรกเกิดส่วนใหญ่เป็น AZT ชนิดน้ำร้อยละ 88 ได้รับ AZT+NVP+3TC ครบ 6 สัปดาห์ร้อยละ 10.7 และไม่ได้รับยาร้อยละ 1.3 ผลการวินิจฉัยทารกติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ไม่ติดเชื้อแน่นอนร้อยละ 96 น่าจะติดเชื้อร้อยละ 2.7 และติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 1.3

สรุปผลการศึกษา อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ปี 2550-2562 คิดเป็นร้อยละ 4.0 อัตราการเสียชีวิตของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกคิดเป็นร้อยละ 2.7 จากการศึกษาเชิงลึกพบว่า มารดาเข้าถึงการรักษาล่าช้าจากการปกปิดข้อมูลและรับยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

คำสำคัญ: การติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก, ยาต้านไวรัส

Mother-to-Child HIV Transmission Rate at Ban Dung Crown Prince Hospital Udon Thani Province from 2007-2019

Sirilux Rattanamansuang, M.D. Dip., Thai Board of Pediatrics, Ban Dung Crown Prince Hospital

Abstract

Objectives: The aimed of this study was to observe Mother-to-Child HIV Transmission Rate at Ban Dung Crown Prince Hospital, Udon Thani Province, as well as making in-depth analysis seeking key factors preventing Mother-to-Child HIV transmission. The research was conducted as retrospective descriptive study by gathering data from medical records of all 75 HIV infected pregnant women and all infants born to HIV mother who had engaged medical services at Ban Dung Crown Prince Hospital, Udon Thani Province, from October 1, 2007 to September 30, 2019 as well as analyzing data with descriptive statistics and in-depth analysis.

Results: The study found that, over a 12-year period, of a total of 11,315 pregnant women, 100% were tested for HIV in the first test, and 99.99% of all pregnant women were tested for HIV in the second test. Found 75 HIV-infected mothers (0.7%), age 21 to 35 years was 65.3%, mothers who had five quality ANC full-term pregnancies, was 26.2%, and the gestational age at full term was 68.0%. Regarding methods of delivery, 96.0% was normal delivery, 37.3 % HIV infected before pregnant, 60% was gestational HIV infection, and 2.7% was unknown, non-antenatal mothers with concealed HIV test results. Eighty-eight percent accessed and received the antiretroviral treatment more than 4 weeks before delivery, 6.6% received less than 4 weeks, 2.7% received less than 12 weeks (since 2017), and 2.7% did not receive the treatment. The most frequent maternal regimen was the combination regimen where 33.33% of the mothers received, followed by AZT3TC+LPN / r, 29.3% of the mothers and 2.7% of the mothers received no medication. Accessed and received the antiretroviral treatment in antenatal care, 88.0% continued. Of the 75 infants born to HIV-infected mothers, 54.7% were female and 45.3% were male. The infants had an average birth weight of 2768 g. 96.0% consistently received only powdered milk and 4.0% received both powdered milk and breast milk. The infants received the PCR HIV blood test. Two cases (2.7%) of 74 cases (98.7%) from the first test was tested positive. Seventy-one from 74 cases performed (95.9%) the second test; did not find a positive result. One cases from 8 cases (12.5%) of (88.9%) from the third test (9 cases high risk only) was tested positive. Sixty-six cases (90.4%) infants had tested for antibodies with tested positive for 1.5%. The majority of infant medicine were liquid AZT at 88.0%, 10.7% received AZT+NVP+3TC for 6 weeks, and 1.3% did not receive the treatment. The results of the diagnosis of HIV-infected infants showed that 96% were definitely not infected, 2.7% were likely to be infected, and 1.3% were HIV-positive.

Summary of the study: The rate of maternal-to-child HIV infection in Ban Dung Crown Prince Hospital. Udon Thani Province 2007-2019 accounted for 4.0%, the mortality rate of infants with HIV from mother to infant was 2.7%. Mothers had delayed access to treatment due to concealment and intermittent medication intake. This results in the transmission of HIV from mother to baby.

Key Words: Mother-to-Child HIV Transmission; Antiviral drug

บทนำ

จากจุดเริ่มต้นของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก เมื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดตั้งครรภ์ขึ้น ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กโดยมีการรายงานครั้งแรกในประเทศไทยในปี 2530 และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2538 เป็นปีที่มียัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์สูงสุดคือร้อยละ 2.29 จากการประมาณการน่าจะมีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นไม่ต่ำกว่า 5,700 คน มีการคำนวณพบว่าในช่วงปี 2534-2539 ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นประมาณ 20,000 ราย¹ และลดลงในภายหลังจากอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกทั่วโลกลดลงจากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 3-12 ในประเทศไทยสถิติปีพ.ศ. 2551² พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกสูงถึงร้อยละ 4.6 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้สถานพยาบาลของรัฐดำเนินการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกมีแนวโน้มลดลงพบว่า เหลือร้อยละ 3.5, 3.64 และ 2.8 ในปีพ.ศ. 2553-2555 ตามลำดับ ต่อมาปี พ.ศ. 2559 พบว่าลดลงเหลือร้อยละ 1.9 ในปีพ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายของการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกอยู่ในระดับน้อยกว่าร้อยละ 1 ซึ่งจะเห็นได้ว่าประเทศไทยยังเผชิญกับปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในการจัดการกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกจึงเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กซึ่งมาตรการที่ได้ผลดีที่สุดคือ การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ระหว่างคลอด หลังคลอด และทารกแรกเกิดรวมถึงการใช้นมผงแทนนมมารดาแก่ทารก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลดีต่อการป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกสำหรับประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย ได้พัฒนานโยบายและแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 โดยการให้ยา AZT ระยะสั้นในแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ รวมถึงการให้นมผงแทนนมมารดาเป็นเวลา 18 เดือน ในปีพ.ศ.2547 ได้มีการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเป็นเริ่มให้ยา AZT เมื่อตั้งครรภ์ 28 สัปดาห์

และ NVP 1 ครั้งเมื่อมาคลอดและยาน้ำ AZT 4-6 สัปดาห์แก่ทารก ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปี พ.ศ. 2560และปีพ.ศ. 2563³⁻⁶ ดังเช่นด้านวินิจฉัยโรคทารกและการให้ยาต้านไวรัสในทารกแรกเกิดตามความเสี่ยงที่พบโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากมารดาทั่วไป (standard risk) ได้แก่ ทารกที่มีปริมาณไวรัสในเลือดมารดา (Viral load: VL) เมื่อใกล้คลอด ≤ 50 copies/ml หรือหากไม่มีผลปริมาณไวรัส ให้พิจารณาจากประวัติมารดา คือ มารดากินยาต้านเอชไอวีสม่ำเสมอและได้รับยาต้านเอชไอวี ≥ 12 สัปดาห์ก่อนคลอด และกลุ่มที่ 2 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากมารดาเสี่ยงสูง (high risk) ได้แก่ ทารกที่มารดามีปริมาณไวรัสในเลือดมารดาเมื่อใกล้คลอด >50 copies/ml หรือหากไม่มีผลปริมาณไวรัส ให้พิจารณาจากประวัติมารดา คือ มารดากินยาต้านเอชไอวีไม่สม่ำเสมอหรือได้รับยาต้านเอชไอวี ≤ 12 สัปดาห์ก่อนคลอดหรือมีประวัติกินนมมารดาหลังคลอด

นอกจากนี้การปรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค⁷ ที่ระบุว่า เมื่อทารกอายุ 1-2 เดือน พบผลตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวีด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) เป็นบวก ควรรีบตรวจซ้ำทันทีและตรวจตามความเสี่ยงของทารก ถ้าพบผลการตรวจ PCR เป็นบวกทั้ง 2 ครั้งให้วินิจฉัยเบื้องต้นว่า “ติดเชื้อเอชไอวี” และควรรีบส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม และหากผลตรวจเมื่ออายุ 1-2 เดือนเป็นลบ ควรตรวจซ้ำเมื่ออายุ 4 เดือน ถ้าผลเป็นลบทั้ง 2 ครั้ง ร่วมกับเด็กไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี ให้วินิจฉัยเบื้องต้นว่า “ไม่ติดเชื้อเอชไอวี” ร่วมทั้งการปรับสูตรยา ในปีพ.ศ. 2553 โครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (Preventing Mother To Child Transmission of HIV; PMTCT) ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวทางการให้ยาต้านไวรัส 3 ขนานสูตร Highly Active Anti-retroviral Therapy (HAART) และปี 2557 เริ่มมีการให้ยาต้านไวรัสแก่ทารกที่คลอดจากแม่ติดเชื้อตามความเสี่ยง เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก⁸ จากการศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในประเทศไทยโดยสุพรรณิ เลาวหุตานนท์⁹ พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกที่โรงพยาบาลเสนา พระนครศรีอยุธยา

ลดลงจากร้อยละ 4.5 (ระหว่าง พ.ศ. 2547-2553) เหลือร้อยละ 0 (ระหว่าง พ.ศ. 2554-2555) ร้อยละ 0 เช่นเดียวกับงานวิจัยของทิพย์ ลิ้มลิขิต¹⁰ ศึกษาระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2559 ซึ่งพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากการด่าสู่ทาร์กร้อยละ 0 และไม่พบความแตกต่างของอัตราการติดเชื้อจากการด่าสู่ทาร์กระหว่างสูตรยาทั้ง 3 ขนานที่มารดาได้รับขณะตั้งครรภ์ และงานวิจัยของจุฑาทิพย์ ธรรมวินิจฉัยและทวิวงศ์ ตันตราชีวร¹¹ ศึกษาระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2553 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีจากการด่าสู่ทาร์กที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลร้อยละ 0.7 ทาร์กรายที่ติดเชื้อเป็นทาร์กที่เกิดจากการด่าสู่ทาร์กกลุ่มเสี่ยงสูงโดยทาร์กรับประทาน AZT เพียงขนานเดียวหลังคลอดและในต่างประเทศ Dinh TH et al.¹² ศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากการด่าสู่ทาร์ก ที่ประเทศซิมบับเว ระหว่าง พ.ศ. 2556 - 2557 หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี 1,172 ราย ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 3 ขนานตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ร้อยละ 35.3 ได้รับยาขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 28.9 ได้รับยาหลังคลอดร้อยละ 9.7 ได้รับ AZT ระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 16 และไม่ได้รับยาด้านไวรัสร้อยละ 10.1 ทาร์กทุกรายเลี้ยงด้วยนมมารดา ทาร์กได้รับยา NVP ภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอดจนถึงอายุ 6 สัปดาห์ร้อยละ 96 พบ อัตราการติดเชื้อของทาร์กที่คลอดจากการด่าสู่ทาร์กที่ได้รับยาด้านไวรัสตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ได้รับยาขณะตั้งครรภ์ ได้รับยาหลังคลอด ได้รับ AZT ระหว่างตั้งครรภ์และไม่ได้รับยาด้านไวรัส ร้อยละ 1.2, 2.4, 2.7, 5.8 และ 12.7 ตามลำดับพบว่า การที่มารดาได้รับยาด้านไวรัสเอชไอวีก่อนตั้งครรภ์ และขณะตั้งครรภ์ ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากการด่าสู่ทาร์กได้ร้อยละ 88 เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่ได้รับยาด้านไวรัส พบ cumulative risk ของทาร์กติดเชื้อสูงขึ้นตามอายุ เนื่องจากทาร์กถูกเลี้ยงด้วยนมมารดา

ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาถึงสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในทาร์กที่คลอดจากการด่าสู่ทาร์กที่ติดเชื้อเอชไอวี ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของทาร์กที่คลอดจากการด่าสู่ทาร์กที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลา 12 ปีมีเท่าใด พร้อมวิเคราะห์เชิงลึกหาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการด่าสู่ทาร์กให้ชัดเจน เพื่อนำข้อมูลผลการศึกษามาใช้ในการวางแผนการ

ดำเนินการพัฒนาปรับปรุงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการด่าสู่ทาร์กในการดูแลรักษาและติดตามผลที่ส่งผลให้มารดาและทาร์กมีความปลอดภัยมากที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของทาร์กที่คลอดจากการด่าสู่ทาร์กที่ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อวิเคราะห์เชิงลึกหาปัจจัยสำคัญในทาร์กที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการด่าสู่ทาร์ก

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study)

ประชากรที่ศึกษา คือทาร์กที่เกิดจากการด่าสู่ทาร์กที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่รับบริการ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

กลุ่มตัวอย่างคือ ทาร์กที่เกิดจากการด่าสู่ทาร์กที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่รับบริการ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2550-2562 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550 - 30 กันยายน 2562 จำนวน 75 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เวชระเบียนที่มีข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เป็นการอธิบายลักษณะของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) และค่าเฉลี่ย (mean)¹³
2. การวิเคราะห์เชิงลึกเป็นกรณีศึกษาในทาร์กที่ติดเชื้อเอชไอวีจากการด่าสู่ทาร์ก

ข้อพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 1064 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2563

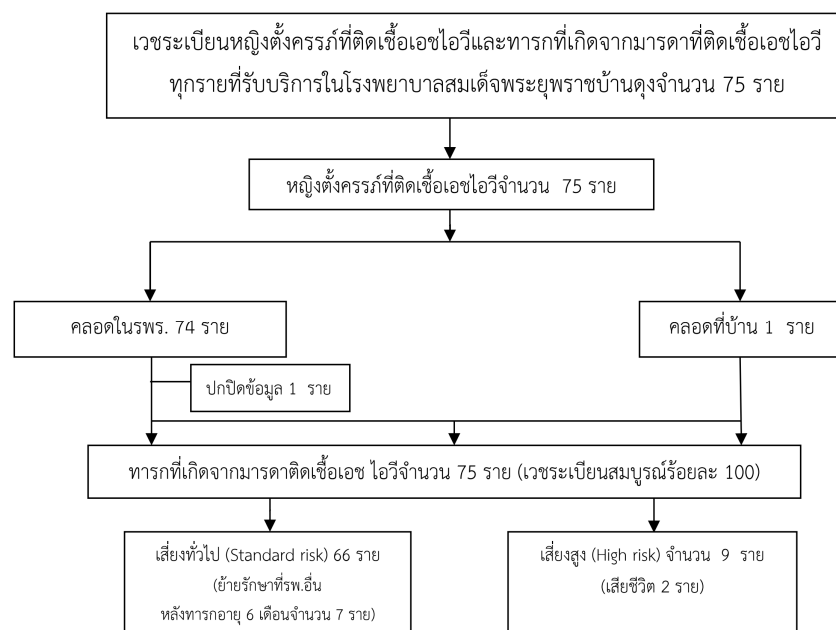
ผลการวิจัย

จากแบบบันทึกสรุปการทบทวนเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทาร์กที่เกิดจากการด่าสู่ทาร์กที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2550-2562 ระหว่างวันที่ 1

ตุลาคม 2550 - 30 กันยายน 2562 จำนวน 75 ฉบับ เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ทั้ง 75 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 และพบว่า มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่คลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงจำนวน 74 รายจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 75 รายคิดเป็นร้อยละ 98.7 คลอดที่บ้านจำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1.3 และพบว่า มีมารดาติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 1 รายที่ได้ปกปิดข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 1.3

จากการทบทวนเวชระเบียนของทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี 75 รายพบมี 2 กลุ่มคือ (1) กลุ่ม

ทารกที่เกิดจากการดื่มน้ำนมมารดาอย่างต่อเนื่องมีความเสี่ยงในการติดเชื้อจากมารดาที่มีความเสี่ยงทั่วไป (standard risk) จำนวน 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.0 และพบว่า ย้ายไปรักษาต่อที่อื่นจำนวน 7 ราย (หลังทารกอายุ 6 เดือน) คิดเป็นร้อยละ 9.3 ของทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี และ (2) กลุ่มทารกที่เกิดมารดาได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องและขาดนัดมีความเสี่ยงจากมารดาที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) จำนวน 9 รายพบว่า เสียชีวิตจำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 2.7 ของทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภาพที่ 1 ภาพรวมสรุปการทบทวนเวชระเบียนมารดาและทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลของมารดาคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาข้อมูลมารดาคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงจำนวน 75 ราย พบว่า อายุของมารดาขณะคลอดอยู่ระหว่าง 15-41 ปี เฉลี่ย 25 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 21-35 ปี ร้อยละ 65.3 ด้านวุฒิการศึกษาของมารดาพบว่า ไม่ได้ระบุร้อยละ 62.7 จบประถมศึกษาร้อยละ 20 และมีมัธยมศึกษาร้อยละ 17.3 ด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 80.0 รองลงมา ได้แก่ อาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 9.4 อาชีพแม่บ้านและธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 5.3 ตามลำดับดังตารางที่ 1

การฝากครรภ์พบว่า ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง คุณภาพ (ร้อยละ 70.7) ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ร้อยละ 26.2 อายุครรภ์ขณะคลอด พบว่า คลอดครบกำหนดร้อยละ 68.0 วิธีการคลอด พบคลอดปกติร้อยละ 96.0 และช่วยคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดร้อยละ 4.0 ระยะเวลาที่พบในการติดเชื้อพบว่า เป็นการติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบในขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 60.0 การติดเชื้อเอชไอวีก่อนตั้งครรภ์พบร้อยละ 37.3 และตรวจพบตอนมาคลอด โดยแจ้งว่าไม่ทราบว่าเป็นการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 2.7 มาก่อน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ฝากครรภ์และปกปิดข้อมูล ด้านการเข้าถึงและรับยาต้านไวรัสของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะก่อนคลอดส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสมากกว่า 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 88) รับยาน้อยกว่า 4 สัปดาห์ (มารดา high

risk ก่อนปี 2560) ร้อยละ 6.6 น้อยกว่า 12 สัปดาห์ (มารดา high risk ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป) ร้อยละ 2.7 และไม่ได้รับยา (ไม่ได้ฝากครรภ์และปกปิดข้อมูล) ร้อยละ 2.7

สูตรยาที่มารดาได้รับการรักษาขณะตั้งครรภ์พบมากที่สุดคือ ยาสูตรอื่นๆรักษาแบบผสมผสานร้อยละ 33.8 รองลงมาคือ สูตร AZT+3TC+LPV/r (ตั้งแต่ปี 2553) ร้อยละ 29.7 สูตร AZT+3TC+NVP ร้อยละ 18.9 และสูตร TDF+3TC+EFV (ตั้งแต่ปี 2553) ร้อยละ 14.9 และพบว่าไม่ได้รับยา (ปกปิดข้อมูล, ฝากครรภ์ได้ยาแต่ไม่กินยา) ร้อยละ 2.7 ความต่อเนื่องในการรักษาขณะตั้งครรภ์พบ ส่วนใหญ่มารดาได้รับยาต่อเนื่องสม่ำเสมอร้อยละ 88.0 และพบว่า รับยาไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอร้อยละ 12 การได้รับยาต้านของมารดาหลังคลอด พบว่าได้รับยาทันทีหลังคลอดร้อยละ 97.3 และไม่ได้รับยาด้านไวรัส(ปกปิดข้อมูลและคลอดที่บ้าน) ร้อยละ 2.7 ดังตารางที่ 1

ข้อมูลของทารกที่คลอดจากการดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาข้อมูลทารกที่คลอดจากการดาติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 75 ราย พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิง ร้อยละ 54.7 และเพศชายร้อยละ 45.3 น้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 1,920-4,160 กรัม เฉลี่ย 2,768 กรัม น้ำหนักแรกเกิดพบมากที่สุดคือ ในช่วง 2,500-2,999 กรัม ร้อยละ 40.0 การได้รับนมผงของทารกพบว่า ทารกกินนมผงทันทีหลังคลอดต่อเนื่องจนจำหน่วย 18 เดือนร้อยละ 96.0 และรับทั้งนมผงและนมมารดาต่อเนื่องร้อยละ 4.0 ซึ่งพบในทารกที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดาเสี่ยงสูง ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ข้อมูลปัจจัยของทารกในด้านการตรวจหาทางห้องปฏิบัติการหาเชื้อเอชไอวี การวินิจฉัยโรคและสูตรยาของทารก

ด้านการตรวจและการวินิจฉัยโรค มีการตรวจเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) PCR ครั้งที่ 1 ที่อายุ 1-2 เดือน ครอบคลุมร้อยละ 100 (75 ราย) โดยเป็นการตรวจที่ รพ.บ้านดุงร้อยละ 74 ราย (98.7) รับการตรวจที่รพ.อื่น 1 ราย ร้อยละ 1.3 เนื่องจากแรกเกิดมีปัญหา ด้านการหายใจ ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลอุดรธานีและนัดดูแลต่อเนื่องถึงอายุ 6 เดือน ผลการตรวจพบว่า ส่วนใหญ่ผลตรวจเป็นลบร้อยละ 97.3 และผลเป็นบวกร้อยละ 2.7 (2 ราย) เป็นกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2

PCR ครั้งที่ 2 เมื่อทารกอายุ 4 เดือน ได้รับการตรวจที่ รพ.บ้านดุงร้อยละ 95.9 (71 ราย) ไม่ได้รับการตรวจร้อยละ

4.1 (3 ราย) เนื่องจากเสียชีวิตก่อนรับการตรวจ 1 รายและไม่สามารถตรวจตามนัด 2 ราย ผลการตรวจทั้งหมด 71 รายพบว่า ผลเป็นลบร้อยละ 100

PCR ครั้งที่ 3 ให้รับการตรวจเฉพาะกรณีทารกมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดาเสี่ยงสูงจำนวน 9 ราย ได้รับการตรวจที่ รพ.บ้านดุงร้อยละ 88.9 ไม่ได้ตรวจ 1 ราย (ร้อยละ 11.1) เนื่องจากเสียชีวิต ผลการตรวจพบ เป็นลบร้อยละ 87.5 (7 ราย) และผลเป็นบวกร้อยละ 12.5 (1 ราย) เป็นกรณีศึกษาที่ 3

การตรวจหาเชื้อเอชไอวีแอนติบอดี ที่อายุ 12-18 เดือน พบว่า ได้รับการตรวจที่ รพ.บ้านดุง 66 ราย (ร้อยละ 90.4) ไม่ได้ตรวจร้อยละ 9.6 (7 ราย) ผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวีแอนติบอดีพบ ผลเป็นลบร้อยละ 98.5 และผลเป็นบวก 1 ราย ร้อยละ 1.5 เป็นกรณีศึกษาที่ 1

จากการรักษาทารกหลังคลอดพบว่า มีทารกเกิดจากการดาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงทั่วไปจำนวน 66 ราย ร้อยละ 88.0 ได้รับการรักษาสูตรยาชนิดเดียวคือ ยาด้านไวรัส AZT ชนิดน้ำจำนวน 4 สัปดาห์ มีทารกที่เกิดจากการดาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงจำนวน 8 รายร้อยละ 10.7 ได้รับยา AZT+NVP+3TC จำนวน 6 สัปดาห์ และมีทารกจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.3) ไม่ได้รับยาทันทีหลังคลอดเพราะมารดาปกปิดข้อมูล ซึ่งเป็นกรณีศึกษาที่ 2

สรุปผลการวินิจฉัยของทารกพบว่า ไม่ติดเชื้อแน่นอน ร้อยละ 96.0 (72 ราย) น่าจะติดเชื้อ 2 รายร้อยละ 2.7 และติดเชื้อเอชไอวี 1 รายร้อยละ 1.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลของมารดาและทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี (N=75)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	หมายเหตุ
1. ข้อมูลมารดาติดเชื้อเอชไอวี		
1.1 อายุมารดาขณะคลอด (ปี), $\bar{X}$ = 25, Min 15 - Max 41		
- ≤ 20	19 (25.4)	
- 21 – 35	49 (65.3)	
- มากกว่า 35	7 (9.3)	
1.2 วุฒิการศึกษาสูงสุดของมารดา		
- ไม่ได้ระบุ	47 (62.7)	
- ประถมศึกษา	15 (20.0)	
- มัธยมศึกษา	13 (17.3)	
1.3 อาชีพของมารดา		
- แม่บ้าน	4 (5.3)	
- เกษตรกรรม (ทำสวน/ทำนา/ทำไร่)	7 (9.4)	
- รับจ้างทั่วไป	60 (80.0)	
- ธุรกิจส่วนตัว	4 (5.3)	
1.4 จำนวนครั้งของการฝากครรภ์		
- ฝากครบ 5 ครั้งคุณภาพ	20 (26.7)	
- ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ	53 (70.7)	
- ครั้งเดียวก่อนคลอด	1 (1.3)	
- ไม่ได้ฝากครรภ์	1 (1.3)	
1.5 อายุครรภ์ขณะคลอด		
- ก่อนกำหนด	12 (16.0)	
- ครบกำหนด	51 (68.0)	
- เกินกำหนด	12 (16.0)	
1.6 วิธีการคลอดครั้งนี้		
- คลอดปกติ (คลอดเองที่บ้าน 1 ราย)	72 (96.0)	
- ผ่าตัดคลอด	3 (4.0)	
ข้อมูลการติดเชื้อ		
1.7 ระยะเวลาที่พบการติดเชื้อเอชไอวี		
- ติดเชื่อก่อนตั้งครรภ์	28 (37.3)	
- ตรวจพบติดเชื้อขณะตั้งครรภ์	47 (60.0)	
- ไม่ทราบ(ไม่ได้ฝากครรภ์/ปกปิดข้อมูล) ตรวจพบขณะมาคลอด	2 (2.7)	
1.8 การเข้าถึงและรับยาต้านไวรัสก่อนคลอด		
- มากกว่า 4 สัปดาห์	66(88.0)	
- น้อยกว่า 4 สัปดาห์(มารดา High risk ก่อนปี 2560)	5(6.6)	
- น้อยกว่า 12 สัปดาห์(มารดา High risk ตั้งแต่ปี 2560)	2 (2.7)	
- ไม่ได้รับยา(No ANC 1 คน ปกปิดข้อมูล 1 คน)	2(2.7)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลของมารดาและทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี (N=75) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	หมายเหตุ	
1.9 สูตรยาที่มารดาได้รับการรักษาขณะตั้งครรภ์			
- AZT+3TC+NVP	14(18.9)		
- AZT+3TC+LPV/r (ตั้งแต่ปี 2553)	22(29.7)		
- TDF+3TC+EFV (ตั้งแต่ปี 2553)	11(14.9)		
- ยาสูตรอื่นๆ (ระบุ AZT/GPOvirZ /Zidovudine +ERV)	25(33.8)		
- ไม่ได้รับยา (ปกปิด, ผากครรภ์รับยาแต่ไม่กินยา)	2(2.7)		
1.10 การเข้ารับการรักษารับยาต่อเนื่องขณะตั้งครรภ์			
- รับยาไม่ต่อเนื่อง	9(12.0)		
- รับยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ	66(88.0)		
1.11 การได้รับยาด้านไวรัสของมารดาหลังคลอด			
- ได้รับยาด้านไวรัสทันทีของมารดาหลังคลอด	73(97.3)		
- ไม่ได้รับยาด้านไวรัสทันทีของมารดาหลังคลอด (ปกปิดข้อมูล 1 คน, คลอดเองที่บ้าน 1 คน)	2 (2.7)		
2.ข้อมูลทารก			
2.1 เพศทารก			
- หญิง	41(54.7)		
- ชาย	34(45.3)		
2.2 น้ำหนักแรกเกิด (กรัม), Mean 2,768, Min 1,920, Max 4,160			
- มากกว่า 3,500	3(4.0)		
- 3,000-3,490	25(33.3)		
- 2,500-2,990	30(40.0)		
- <2,500	17(22.7)		
2.3 การได้รับนมผงของทารกต่อเนื่อง			
- นมผงทันทีหลังคลอดต่อเนื่อง	72(96.0)		
- ทั้งนมผงและนมมารดาต่อเนื่อง	3(4.0)		
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค และสูตรยาของทารก		ผลตรวจ PCR	
		ผลลบ	ผลบวก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3.1 การตรวจหา PCR ครั้งที่ 1 (n=75) อายุ 1-2 เดือน			
- ได้ตรวจที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง	74(98.7)	72(97.3)	2(2.7)
- ได้ตรวจที่โรงพยาบาลอื่น (แรกเกิดมีปัญหาการหายใจส่งต่อรพ.อุดรธานี นัดดูแลต่อเนื่องถึง 6 เดือน)	1(1.3)		
3.2 การตรวจหา PCR ครั้งที่ 2 (n=74) อายุ 4 เดือน			
- ตรวจที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง	71(95.9)	71(100)	0(0)
- ไม่ได้ตรวจ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 3 ขาดนัด กรณีศึกษาที่ 2 เสียชีวิต)	3 (4.1)		
3.3 การตรวจหา PCR ครั้งที่ 3 (เฉพาะเสียงสูงจำนวน 9 ราย)			
- ตรวจที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง	8(88.9)	7(87.5)	1(12.5)
- ไม่ได้ตรวจ(กรณีศึกษาที่ 2 เสียชีวิต 1 ราย)	1(11.1)		

ตารางที่ 1 ข้อมูลของมารดาและทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี (N=75) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	หมายเหตุ	
		ผลตรวจ PCR	
		ผลลบ	ผลบวก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค และสูตรยาของทารก (ต่อ)			
3.4 การตรวจหาเชื้อเอชไอวีแอนติบอดี (n=73 รายเสียชีวิต 2 ราย) อายุ 18 เดือน			
- ตรวจที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง	66(90.4)	65(98.5)	1(1.5)
- ไม่ได้ตรวจ (ย้ายรักษาที่รพ.อื่น)	7(9.6)		
3.5 สูตรยาที่ทารกได้รับหลังคลอด (n=75 ราย)			
- ด่านไวรัส AZT ชนิดน้ำ จำนวน 4 สัปดาห์	66(88.0)		
- AZT+NVP+3TC จำนวน 6 สัปดาห์	8(10.7)		
- ไม่ได้รับยา(กรณีศึกษาที่ 2 ที่ปกปิดข้อมูล)	1(1.3)		
3.6 สรุปผลการวินิจฉัยของทารก			
- ไม่ติดเชื้อแน่นอน	72(96.0)		
- น่าจะติดเชื้อ (PCR ผลเป็นบวก)	2(2.7)		
- ติดเชื้อ (Anti HIV ผลบวกยืนยัน)	1(1.3)		

ข้อมูลการทบทวนเวชระเบียนเชิงลึกในทารกติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 3 ราย

กรณีศึกษาที่ 1 ทารกเกิด 8 กันยายน 2550 มารดาเป็นชาวพม่า บิดาเป็นคนไทย ไม่ได้ฝากครรภ์ คลอดปกติที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ก่อนคลอดตรวจเลือดหา Anti-HIV ในมารดาพบผลเลือดเป็นบวก ได้รับยา AZT ตามมาตรฐานก่อนคลอด ส่วนทารกหลังคลอดได้รับยา AZT+ 3TC+NVP 6 สัปดาห์ แนะนำตรวจ PCR ครั้งที่ 1 ที่อายุ 2 เดือน PCR ครั้งที่ 2 ที่อายุ 4 เดือน (ตามแนวทางปฏิบัติ ปี 2550)

26 พฤศจิกายน 2550 อายุ 2 เดือน มารดาอุ้มทารกมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ หายใจหอบ ได้รับการวินิจฉัย Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP) จึงได้รับการตรวจ PCR ครั้งที่ 1 ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงทันที ผลตรวจ ตามมาเป็นบวก ทารกได้รับการรักษา 4 วัน มารดาอุ้มทารกหนีออกจากโรงพยาบาล ไม่มารับยาและไม่รับนมผงต่อเนื่อง

26 มิถุนายน 2551 ทารกอายุ 9 เดือนได้รับการตรวจ PCR ครั้งที่ 2 ย่าพามาโรงพยาบาลเพราะเด็กป่วย พบว่าระหว่างอยู่กับมารดาได้รับนมมารดาตลอด มารดาเสียชีวิต บิดาจึงพากลับมาอยู่กับย่าที่อำเภอบ้านดุง ได้

กลับมารับการรักษาและเปลี่ยนมารับนมผงต่อเนื่อง ผลตรวจ PCR ครั้งที่ 2 เป็นลบและนัด PCR ครั้งที่ 3

18 พฤศจิกายน 2551 ตรวจ PCR ครั้งที่ 3 ผลตรวจเป็นลบ แนะนำตรวจยืนยัน Anti-HIV ที่อายุ 18 เดือน (พบผลเป็นบวก)

ประเด็นสำคัญ ปี 2550 แนวทางปฏิบัติให้ตรวจ PCR 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ที่อายุ 2 เดือน และครั้งที่ 2 ที่อายุ 4 เดือน หากผลตรวจ PCR เป็นบวกให้ตรวจซ้ำทันที ถ้าผลบวก 2 ครั้งให้วินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีและเร่งให้การรักษาแบบเด็กติดเชื้อเอชไอวี ในกรณีศึกษาที่ 1 พบผล PCR ครั้งที่ 1 อายุ 9 เดือนเป็นบวกแต่ไม่ได้ตรวจยืนยันทันทีเนื่องจากมารดาอุ้มหนีออกจากโรงพยาบาล ทารกจึงได้รับทั้งนมผงและนมมารดา หลังมารดาเสียชีวิต จึงได้รับนมผงอย่างเดียวต่อเนื่องและกลับเข้ามารับการรักษาตามระบบ จนกระทั่งอายุ 18 เดือนได้รับการตรวจยืนยัน Anti-HIV พบผลเป็นบวก จึงให้วินิจฉัยชัดเจนว่า “ติดเชื้อเอชไอวี” และเริ่มให้การรักษาแบบเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ปัจจุบันเด็กยังมีชีวิตอยู่ สุขภาพทั่วไปแข็งแรงแต่พบว่า มีปัญหาด้านไอคิวต่ำกว่าปกติ

กรณีศึกษาที่ 2 ทารกเกิด 28 เมษายน 2553 มารดาฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์ 13 สัปดาห์ ตรวจ Anti-HIV 1 ครั้ง พบผลเป็นบวก ได้รับคำปรึกษาและรักษาที่คลินิกนภา ได้รับยา AZT เต็มในสมุดฝากครรภ์ พบผลตรวจ Anti-HIV ครั้งที่ 1 ผลเป็นปกติ ไม่พบผลการตรวจ Anti-HIV ครั้งที่ 2 และในสมุดฝากครรภ์ไม่พบบันทึกการให้ยา AZT ของคลินิกนภา เมื่อมาคลอดปกติที่ห้องคลอด มารดาและทารกจึงไม่ได้รับยาต้านไวรัสตามมาตรฐาน ทารกจึงได้รับนมมารดาตลอด ต่อมาเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปเยี่ยมบ้านจำได้ว่ามารดาเป็นผู้ป่วยเอชไอวี จึงประสานส่งทารกมาโรงพยาบาล ทารกได้รับการตรวจ PCR ครั้งที่ 1 ที่อายุ 2 เดือน 15 วัน พบผลตรวจเป็นบวก อายุ 3 เดือนทารกมาด้วยอาการ หายใจเหนื่อยหอบ วินิจฉัย Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP) ใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อโรงพยาบาลอุดรธานีและทารกเสียชีวิตที่อายุ 4 เดือน

ประเด็นสำคัญ มารดาปกปิดข้อมูลผลเลือดต่อเจ้าหน้าที่เมื่อมาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ทำให้เข้าไม่ถึงการดูแลรักษาตามมาตรฐานทั้งมารดาและทารก หลังคลอดทารกได้รับนมมารดาต่อเนื่อง การบันทึกสมุดฝากครรภ์ไม่พบรายละเอียดการเข้ารับบริการที่คลินิกนภาของมารดาและการได้รับยาต้านไวรัสของมารดา

กรณีศึกษาที่ 3 ทารกเกิด 18 มิถุนายน 2558 มารดาติดเชื้อเอชไอวีก่อนตั้งครรภ์ 4 ปี กินยาไม่สม่ำเสมอ คลอดปกติที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ได้รับยา AZT ตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษา ทารกมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากมารดาเสี่ยงสูงได้ยา AZT+ 3TC+NVP ครบ 6 สัปดาห์ ทารกได้รับการตรวจ PCR ครั้งที่ 1 ที่อายุ 1 เดือน พบผลเป็นลบ ครั้งที่ 2 ที่อายุ 2 เดือนพบผลเป็นลบ และครั้งที่ 3 ที่อายุ 4 เดือนแต่ขาดนัดและได้รับนมมารดาเนื่องจากปกปิดสามีและคนในครอบครัว มารดาพามาโรงพยาบาลตอนอายุ 7 เดือนด้วยภาวะ severe pneumonia ใส่ท่อช่วยหายใจส่งรักษาต่อโรงพยาบาลอุดรธานี ได้ตรวจ PCR ครั้งที่ 3 พบผลเป็นบวก และทารกเสียชีวิตที่อายุ 8 เดือน

ประเด็นสำคัญ ก่อนปี 2557 แนวทางปฏิบัติให้ตรวจ PCR แก่ทารกทันทีที่คลอดจากมารดาเสี่ยงสูงที่อายุ 1, 2, และ 4 เดือน ปี 2557 ออกแนวทางปฏิบัติใหม่ให้

ตรวจ PCR ทันทีหลังคลอด, ที่อายุ 1, 2, และ 4 เดือนแก่ทารกทุกคนที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีโดยปฏิบัติจริงหลังปี 2560 เป็นต้นมา ด้านการให้ยารักษาทารกประเด็นคือ ทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นกลุ่มความเสี่ยงทั่วไปจะได้รับยา AZT จำนวน 1 ตัวนาน 4-6 สัปดาห์ หากทารกคลอดจากมารดาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงจะได้รับยา AZT+ 3TC+NVP นาน 4-6 สัปดาห์ กรณีศึกษาที่ 3 ทารกคลอดจากมารดาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงจึงได้รับยาครบ 3 ตัวครบ 6 สัปดาห์ และทานนมผงต่อเนื่อง 2 เดือนแรก ผล PCR ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบผลเป็นลบ หลังอายุ 2 เดือนทารกได้รับนมมารดาเนื่องจากปกปิดข้อมูล ผลตรวจ PCR ครั้งที่ 3 พบผลเป็นบวก

การอภิปรายผล

จากการศึกษาทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี รอบ 12 ปี ในช่วงปี 2550-2562 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงพบว่า มีทารกคลอดจากมารดาเสี่ยงสูงจำนวน 9 ราย ได้รับการตรวจเบื้องต้นโดยวิธี PCR พบผลบวก จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ของทารกคลอดจากมารดาเสี่ยงสูง หรือคิดเป็นร้อยละ 4.0 ของทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 75 ราย และพบอัตราการเสียชีวิตของเด็กติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 2.7 (2 ราย) ซึ่งพบว่า จากการศึกษาทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี พบเป็น 2 ช่วงคือ

ช่วงที่ 1 ในปี พ.ศ. 2550-2558 เป็นช่วงที่มีการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกและพบมีทารกเสียชีวิต ช่วงนี้มีการพัฒนาการดูแลมารดาและทารกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550, 2553, 2557 ทั้งการตรวจวินิจฉัยโรคและสูตรยาของทั้งมารดาและทารก ใกล้เคียงกับข้อมูลสถิติของประเทศไทยปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกร้อยละ 4.6 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้สถานบริการของรัฐดำเนินการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกมีแนวโน้มลดลง การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกจึงเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กหากไม่มีการป้องกันที่ดี การแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก เกิดได้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หลังคลอด และจากการกินนมมารดา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการพัฒนานโยบายและแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกเริ่ม

การป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก ในช่วงนี้
ได้มีแนวทางและมาตรการที่ได้ผลดี ทั้งการให้ยาต้าน
ไวรัสเอชไอวีแก่หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์
ระหว่างคลอด หลังคลอด และทารกแรกเกิด รวมถึงการ
ใช้นมผงแทนนมมารดาแก่ทารก จากการวิเคราะห์เชิงลึก
เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อจากมารดา
สู่ทารก ข้อมูลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง
พบว่า กลุ่มทารกที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อจากมารดาที่

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงได้ยึดถือแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย โดยมารดาที่พบผลเลือดเอชไอวีบวกจะเริ่มยาต้านทันทีโดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ ปริมาณไวรัสในเลือดมารดา CD4 count หรือเปอร์เซ็นต์ CD4 (Cluster of differentiation 4) หากมารดาได้รับยาไม่สม่ำเสมอหรือได้รับยาด้านไวรัสก่อนคลอดน้อยกว่า 12 สัปดาห์จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ด้านทารกที่เกิดจากการรดาในกลุ่มนี้จะได้รับสูตรยา AZT+NVP+3TC

เริ่มเร็วที่สุดจำนวน 4-6 สัปดาห์ครอบคลุมร้อยละ 100 พร้อมได้รับการทางห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวี ด้วยวิธี PCR ตั้งแต่แรกเกิดและต่อเนื่องที่อายุ 1 เดือน, 2 เดือน, 4 เดือน ส่งผลให้พบว่าทารกกลุ่มนี้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี จากการดาสุ่ทารก ใกล้เคียงกับงานวิจัยของสุพรรณิ เลาว หุตานนท์⁹ ซึ่งพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากการดาสุ่ทารก ระหว่างพ.ศ. 2554-2555 ร้อยละ 0 และใกล้เคียงกับการศึกษาของทิพย์ ลิ้มลิขิต¹⁰ ซึ่งพบ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากการดาสุ่ทารก ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2559 ร้อยละ 0 เช่นกัน เนื่องจาก ช่วงเวลาดังกล่าว มารดาได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้ง 3 ตัว ร้อยละ 100 และทารกกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับยาต้านไวรัส 3 ตัว นาน 6 สัปดาห์ หลังคลอดเช่นเดียวกับการศึกษานี้

จากการศึกษาพบว่า มีทารก 2 รายที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อ *Pneumocystis jiroveci pneumonia* (PCP) และมีการติดเชื้อปอดบวมที่รุนแรง (severe pneumonia) มีประวัติได้รับนมมารดาอย่างเดียวและได้รับนมมารดา ร่วมกับนมผสมอย่างต่อเนื่อง ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Dinh TH, et al.¹² ศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากการดาสุ่ทารก ที่ประเทศซิมบับเว ระหว่าง พ.ศ. 2556 - 2557 หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี 1,172 ราย ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 3 ตัวตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งทารกทุกรายเลี้ยงด้วยนมมารดา ทารกกกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับยาต้านไวรัส 3 ตัวนาน 6 สัปดาห์หลังคลอดพบ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากการดาสุ่ทารกเพิ่มสูงขึ้น ตามอายุที่มากขึ้น โดยพบอัตราการติดเชื้อตรวจขณะทารก อายุ 18 เดือน สูงถึงร้อยละ 3.0-19.4 เนื่องจากทารกทุกราย ในการศึกษา นี้เลี้ยงด้วยนมมารดา และมีรายงานการตรวจพบเชื้อเอชไอวีในนมแม่เด็กที่กินนมมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นอีก 4-12% กลไกการติดเชื้อทางนมมารดา ยังไม่ทราบแน่นอนถึงแม้ว่านมมารดาเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกแต่ในกรณีที่มารดาติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องงดนมมารดาและให้อาหารอื่นทดแทน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารกให้ชัดเจนและต่อเนื่อง¹⁶

ข้อจำกัด

ข้อมูลทารกที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดาสุ่ทารกกลุ่มเสี่ยงสูงจำนวน 3 ราย ซึ่งจำนวนทารกในการศึกษามีจำนวนน้อยร่วมกับเป็นการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง จึงทำให้เกิดข้อจำกัดไม่สามารถนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่

เปรียบเทียบเชิงสถิติได้ จึงได้มีการศึกษาเชิงลึกเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบโอกาสพัฒนาในเรื่อง (1) ผลการตรวจ PCR เป็นบวกครั้งที่ 1 แต่ไม่ได้รับการตรวจซ้ำทันที ตามมาตรฐาน (2) มารดาปกปิดข้อมูลผลการตรวจเอชไอวี ทำให้ทารกไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยรักษาทันที และได้รับทั้งนมมารดาและนมผง จึงได้มีการวางแผนการพัฒนาที่สำคัญดังนี้

(1) การตรวจหาเชื้อเอชไอวีใหม่ในหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงคลอดที่ไม่พบประวัติชัดเจนใหม่ และควรตรวจหา HIV viral load ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงใกล้คลอดทุกราย

(2) การให้คำปรึกษาแบบคู่ที่ไม่ปกปิดข้อมูลสามีและครอบครัว

(3) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังติดตามต่อเนื่องเฉพาะราย ให้ทันเวลาในการวินิจฉัยรักษาและการได้รับยาต้านไวรัสที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ

(4) กรณีทารกที่เกิดจากการดาสุ่ทารกติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องงดนมมารดาอย่างเคร่งครัดทุกรายตั้งแต่แรกเกิด และดูแลให้นมผงและอาหารทดแทนอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 18 เดือน

(5) ขยายผลสู่การศึกษาเพิ่มเติมในเรื่อง ระบบการเข้าถึงการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพในการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือติดเชื้อเอชไอวีให้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่ครอบคลุมทันเวลา

(6) ระบบการดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายชุมชนในการติดตามและเฝ้าระวังทารกมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดาสุ่ทารกสูงเพื่อป้องกันแพร่กระจายเชื้อจากการดาสุ่ทารก ตามแนวเป้าหมายและนโยบายระดับชาติของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงให้ครอบคลุมและชัดเจนมากยิ่งขึ้น

สรุป

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากการดาสุ่ทารกในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ปี 2550-2562 ร้อยละ 4.0 อัตราการเสียชีวิตของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากการดาสุ่ทารกคิดเป็นร้อยละ 2.7 จากการศึกษาเชิงลึกพบว่า มารดาเข้าถึงการรักษาล่าช้าจากการปกปิดข้อมูลและรับยาไม่ต่อเนื่องและทารกพบว่า ทั้ง 3

รายมีประวัติได้รับนมมารดาทุกรายและจากการปกปิดข้อมูลของมารดาทำให้ทารกได้รับการรักษาล่าช้าไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

เอกสารอ้างอิง

1. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, มนูญ ลีเชวงวงศ์, รัตนชัย เริ่มรวย. ประเทศไทยยุติปัญหาการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เอดส์จากแม่สู่ลูก. เติลินิวส์. 3 กรกฎาคม 2559.
2. กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
3. กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. แนวทางดำเนินงานเพื่อป้องกันจากถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและการดูแลแม่ลูก และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
4. กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย 2557. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
5. กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
6. กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
7. ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระดับชาติ ปีพ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2553.
8. นกขัตติ์ เสาร์ทอง, ธวัชชัย คงอยู่. ผลการติดตามการใช้ยาต้านไวรัสในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย. ว.การพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2556; 14(3): 12-23.

9. สุพรรณิ เลาวหุตันนท์. อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ว.สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2556; 3(1): 55-61.

10. ทิพวัลย์ ลีมีลิขิต. อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ปีงบประมาณ 2556-2559. ว.โรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 13(3): 11-21.

11. จุฑาทิพย์ ธรรมวินิจชัย, ทวีวงศ์ ตันตราชีวร. ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2564; 65(1): 84-94.

12. Dinh TH, Mushavi A, Shiraishi RW, Barr BT, Balachandra S, Shambira G, et al. Impact of timing of antiretroviral treatment and birth weight on mother-to-child human immunodeficiency virus transmission: Findings from an 18-month prospective cohort of a nationally representative sample of mother-infant pairs during the transition from option A to option B+ in Zimbabwe. Clin Infect Dis 2018; 66(4): 576-85.

13. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

14. World Health Organization. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants, 2010 .Recommendation for a public health approach. Geneva: Switzerland; 2010.

15. แสงเดือน กิ่งแก้ว, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรพฤติกรรมสุขภาพกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. ว.พยาบาลสาธารณสุข 2556; 29(1): 14.

16. UNAIDS. It takes a village: Ending Mother to Child HIV Transmission-a partnership uniting the millennium villages project and UNAIDS; 2010.