

อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2559-2564

จันทร์ฉาย คำแสน วท.ม.
วิภาวดี เจียรกุล วท.บ.
นพมาศ กล้าหาญ วท.บ.
สุทิศ จันทร์พันธ์ วท.ม.
วราภรณ์ ศิริเต็ม วท.ม.
สุรียยา หมานมานะ วท.ม.
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่10 อุบลราชธานี

วันรับ:	18 มี.ค. 2565
วันแก้ไข:	17 พ.ค. 2565
วันตอบรับ:	27 พ.ค. 2565

บทคัดย่อ ประเทศไทยมีมาตรการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยให้ยาต้านไวรัสตั้งแต่แม่ตั้งครรภ์ ขณะคลอด และร่วมกับให้ทารกกินยาสูตรยาป้องกัน ในปี 2559 ประเทศไทยสามารถลดอัตราการติดเชื้อจนเหลือร้อยละ 1.9 และได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก จึงศึกษาสถานการณ์ และการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้ตัวอย่างเลือดทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ ทั้งหมด 1,653 ตัวอย่าง จากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 ปี พ.ศ. 2559 - 2564 ถูกนำมาตรวจด้วยวิธีชีวโมเลกุล ผลการตรวจพบว่า เพศชาย - หญิง มีจำนวนใกล้เคียงกัน ให้ผลบวกในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 1.1 โดยปี พ.ศ. 2562 ให้ผลบวกสูงสุด (ร้อยละ 3.9) ต่ำสุดคือปี พ.ศ. 2559 และ 2561 จังหวัดที่มีผลบวกสูงสุดคือ อำนาจเจริญ (ร้อยละ 3.6) รองลงมา ได้แก่ จังหวัดยโสธร (ร้อยละ 2.6) สรุปจากผลการศึกษานี้ยังคงพบการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ซึ่งจะเป็นข้อมูลผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำกับติดตามในกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อการเฝ้าระวังและสนับสนุนการยุติการถ่ายทอดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของประเทศไทย ซึ่งได้แสดงเจตนารมณ์มุ่งมั่นที่จะยุติปัญหาเอดส์ โดยมีเป้าหมายหลัก คือ “ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา” และรองรับนโยบายขององค์การอนามัยโลกในการยุติความเหลื่อมล้ำ ยุติเอดส์ ยุติการระบาด ภายในปี 2573 ต่อไป

คำสำคัญ: การติดเชื้อเอชไอวี-1 จากแม่สู่ลูก; ดีเอ็นเอ; วิธีปฏิกิริยาลูกโซ่

บทนำ

โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกปี 2563 ประชากรทั่วโลกติดเชื้อเอชไอวี 37.7 ล้านคน โดยเป็นเด็กติดเชื้อ 1.7 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยเด็กประมาณ 30,000 คน

เสียชีวิตไปแล้วประมาณ 10,000 คน ปัจจุบันมีการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ทำให้มีอัตราเด็กติดเชื้อเกิดใหม่ลดลงมาก จากที่เคยมีสูงถึง 2,000 คนต่อปี เหลือ 66 คน ในปี 2562⁽²⁾ การติดเชื้อในเด็ก เกิดในช่วงที่อยู่ในครรภ์มารดา หรือระหว่างคลอด สำหรับ

ประเทศไทยไม่แนะนำให้ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อกินนมแม่ จึงไม่พบการติดเชื้อภายหลังการคลอด หากมารดาไม่ได้รับยาต้านไวรัสใด ๆ แต่ทารกไม่ได้กินนมมารดา ทารกจะมีโอกาสติดเชื้อจากมารดาประมาณ 1 ใน 4 แต่ถ้ามารดาได้รับยาต้านไวรัส Zidovudine (AZT) เพียงตัวเดียวในช่วงไม่นานก่อนคลอด และทารกได้รับยา AZT ด้วย พบว่าจะลดการติดเชื้อเหลือประมาณร้อยละ 7.0 - 8.0 แต่หากมารดาได้รับยา 2 ตัว เช่น zidovudine (AZT)+ lamivudine (3TC) หรือได้รับ AZT ตั้งแต่ครรภ์ 28 สัปดาห์ ร่วมกับ Nevirapine (NVP) 1 ครั้งตอนคลอด และทารกได้อีก 1 ครั้ง จะลดการติดเชื้อเหลือเพียงไม่เกินร้อยละ 3.0 และถ้าหากมารดาได้รับยา 3 ชนิดนานกว่า 4 สัปดาห์ก่อนคลอด ทารกจะติดเชื้อประมาณร้อยละ 1.0 - 2.0 เท่านั้น นอกจากนี้การคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง (Caesarian section) ก่อนจะเจ็บครรภ์หรือมีน้ำเดิน จะช่วยลดอันตรายการติดเชื้อในทารกลงไปได้อีก

จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยอ้างอิงจากรายงานเด็กที่รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR พบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกลดลงจากร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2551 เหลือร้อยละ 2.1 ในปี พ.ศ. 2555 แต่หากใช้วิธีคาดประมาณเพื่อรวมเด็กที่ไม่ได้รับการตรวจ PCR โดยใช้สัดส่วนของสูตรยาต้านไวรัสที่แม่ได้รับระหว่างตั้งครรภ์ พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกจะอยู่ที่ร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2551 ลดลงเหลือร้อยละ 2.8 ในปี พ.ศ. 2555 และถึงเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่าร้อยละ 2.0 คือร้อยละ 1.9 ในปี พ.ศ. 2559 นำมาซึ่งความสำเร็จและประเทศไทยได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลกว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จ โดยไทยเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก และเป็นประเทศที่ 2 ของโลก ที่สามารถลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าร้อยละ 2.0 มั่นใจว่าจะเป็น AIDS

free generation หรือไม่มีโรคเอดส์ในเด็กยุคต่อไป⁽³⁻⁴⁾ ประเทศไทยจึงตั้งเป้าหมายเพื่อที่จะลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่าร้อยละ 1.0 ในปี พ.ศ. 2563 และไม่มีการติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2573 จากผลดำเนินการของโครงการเชิงรุกเพื่อยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและเริ่มยาต้านไวรัสในเด็กทารกโดยเร็ว ซึ่งพบว่า สาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวีในทารก 1 ใน 3 เกิดจากการมาฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทำให้ไม่ได้รับยาต้านไวรัสอีก 1 ใน 3 เกิดจากการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอหรือขาดการติดตามการรักษาซึ่งกลุ่มนี้อาจมีปัญหาด้านสุขภาพทางจิตใจปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจเคยมีประสบการณ์ถูกรังเกียจตีตราเลือกปฏิบัติทำให้ไม่มารับบริการอย่างต่อเนื่องหลายรายไม่ทราบว่าสถานการณ์ติดเชื้อของตัวเองหรือมีคู่มือเลือดต่างนอกจากนี้ยังมีทารกร้อยละ 15.0 ติดเชื้อจากแม่ที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างตั้งครรภ์แต่มาติดเชื้อเอชไอวีในช่วงใกล้คลอดหรือหลังคลอดจากการกินนมแม่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก⁽⁵⁻⁷⁾

จากแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ปี 2560 ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับการวินิจฉัยการติดเชื้อในทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ ตรวจเลือดทารกโดยวิธี DNA PCR ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี มีบทบาทในการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยวิธี PCR มาตั้งแต่ปี 2537 ต่อเนื่องมาจนถึงพัฒนาเป็นวิธี Real Time PCR ที่มีความไวและความจำเพาะสูงในปี 2561 จนถึงปัจจุบัน โดยรับผิดชอบ 4 จังหวัด คือ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ เพื่อศึกษาสถานการณ์และการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในเขตสุขภาพที่ 10 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี จึงดำเนินการศึกษานี้

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้ข้อมูลจากการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างเลือดทารกอายุตั้งแต่ 1-18 เดือนที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ จากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขตสุขภาพที่ 10 ของห้องปฏิบัติการกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี ระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564

เก็บตัวอย่างโดยเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ ปริมาตรอย่างน้อย 0.5 มิลลิลิตร ลงในหลอดที่มีสารกันเลือดแข็ง EDTA แซ่เย็นขณะนำส่งศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี จำนวน 1,653 ตัวอย่าง (ชาย 572 ตัวอย่าง หญิง 537 ตัวอย่าง) จากจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร จำนวน 587, 344, 78, 111 และ 6 ตัวอย่าง ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้คือ เครื่องเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมในสภาพจริง (real-time PCR และเครื่องสกัดสารพันธุกรรมอัตโนมัติสำหรับสารเคมีและสารมาตรฐาน ได้แก่ ชุดสกัด DNA สำเร็จรูป ชุด Primer/Probe/Positive control/Negative control สำหรับ real-time PCR จากศูนย์วิจัยทางคลินิก สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ น้ยา KAPA Probe Fast qPCR kit Master Mix (2X) ABI Prism™ [Cat no. KK4705] เซลล์มาตรฐาน 8E5cells(ATCC number CRL-8993) เป็นเซลล์ T-Lymphoblast ที่มี DNA ของไวรัสเอชไอวี-1 จำนวน 1 ชุดต่อ 1 เซลล์ใช้สำหรับเป็น DNA มาตรฐานสำหรับเซลล์ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี-1

ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์⁽⁸⁻⁹⁾ ประกอบด้วย การเตรียมตัวอย่างนำตัวอย่างเลือดมาสกัดดีเอ็นเอด้วยชุดสกัดสำเร็จรูป และเครื่องสกัดอัตโนมัติ และเตรียมน้ำยาคำนวณและบันทึกปริมาตรการเตรียมน้ำยา ตามจำนวนตัวอย่าง และบวกเพิ่มอีกอย่างน้อย 4 การทดสอบ สำหรับตัวอย่างควบคุมชนิดบวก 2 ความเข้มข้น (1 และ 5 copies/reaction) ชนิดลบ 1 ความเข้มข้น (625 หรือ 3,125 copies/ reaction) และ Reagent control (blank)

การเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรม HIV-1 DNA-PCR
วิธี Real Time PCR

การตรวจสอบผล และแปลผลการตรวจวิเคราะห์

- internal control gene (RNaseP gene) ในตัวอย่างส่งตรวจทุกตัวอย่างต้องพบค่า Ct หากไม่พบให้สกัดตัวอย่างใหม่ และทำขั้นตอนการเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมใหม่อีกครั้ง
- negative control ต้องพบค่า Ct ที่ RNaseP gene แต่ต้องมีผลเป็น “Undetermined” ที่ target gene (HIV-1 LTR gene) ถ้าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ให้ทำการทดสอบใหม่ทั้งหมด ในรอบการทดสอบนี้
- positive control ต้องพบค่า Ct ที่ RNaseP gene และต้องพบค่า Ct ที่ target gene (HIV-1 LTR gene) ถ้าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ให้ทำการทดสอบใหม่ทั้งหมดในรอบการทดสอบนี้
- reagent control (blank) ต้องมีผลเป็น “Undetermined” ทั้ง internal control gene (RNaseP gene) และ target gene (HIV-1 LTR gene) ถ้าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ให้ทำการทดสอบใหม่ทั้งหมด ในรอบการทดสอบนี้

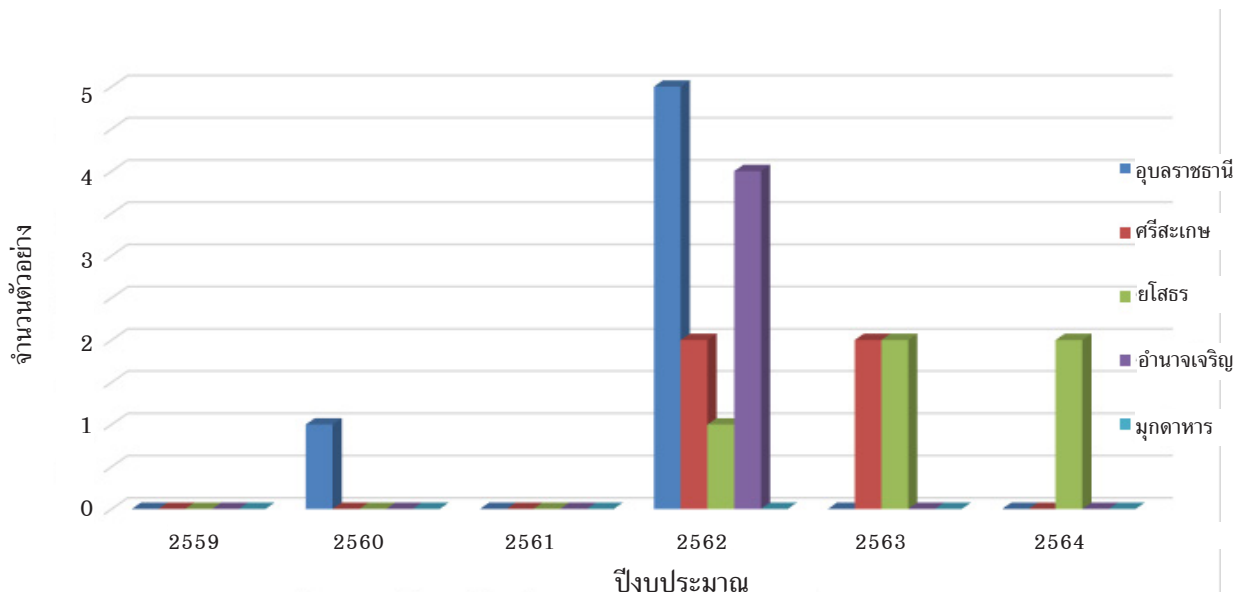
ผลการศึกษา

สถานการณ์และการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 1,653 ตัวอย่าง แยกตามปีงบประมาณ 2559-2564 มีจำนวน 279, 240, 282, 308, 274 และ 270 ตัวอย่าง ตามลำดับ เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.3 หญิง ร้อยละ 49.7 ให้ผลบวกในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 1.1 โดยปี พ.ศ. 2562 ให้ผลบวกสูงสุด (ร้อยละ 3.9) ต่ำสุดคือปี พ.ศ. 2559 และ 2561 จังหวัดที่มีผลบวกสูงสุดคือ อำนาจเจริญ (ร้อยละ 3.6) รองลงมาได้แก่จังหวัดยโสธร (ร้อยละ 2.60) จังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ 0.7) และจังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ 0.7) พบว่าหากแยกตามปีงบประมาณ 2559-2564 พบผลบวกคิดเป็นร้อยละ 0.0, 0.4, 0, 3.9, 1.5 และ 0.7 ตามลำดับ (ตาราง 1 และภาพที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2559 – 2562

ปี	จำนวน ตัวอย่าง	ผลบวก		เพศชาย		เพศหญิง		บิดา/มารดา ต่างตัว	อุบลราชธานี			ศรีสะเกษ			ยโสธร			อำนาจ			มุกดาหาร	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%		ตรวจ	บวก	%	ตรวจ	บวก	%	ตรวจ	บวก	%	ตรวจ	บวก	%	ตรวจ	บวก
2559	279	0	0	151	54.1	128	45.9	0	145		80		38		15		0					
2560	240	1	0.4	118	49.2	122	50.8	2	118	1	0.8	85		12		23						2
2561	282	0	0	149	52.8	133	47.2	2	153		84		22		21		2					2
2562	308	12	3.9	154	50.0	154	50.0	2	170	5	1.6	95	2	0.7	39	1	0.3	19	4	1.3	2	2
2563	274	4	1.5	135	49.3	139	50.7	0	121		83	2	2.4	47	2	4.2	19					0
2564	270	2	0.7	125	46.3	145	53.7	0	108		114		35	2	5.7	13						0
รวม	1,653	19	1.1	832	50.3	821	49.7	6	815	6	0.7	541	4	0.7	193	5	2.6	110	4	3.6	6	6

ภาพที่ 1 แสดงจำนวนตัวอย่างบวกแยกตามจังหวัดและปีงบประมาณ



วิจารณ์

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สถานการณ์และการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2559 – 2564 พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 0.0, 0.4, 0, 3.9, 1.5 และ 0.7 ตามลำดับ ในภาพรวมของประเทศ รายงานอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดของกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2559 – 2563 รายงานร้อยละ 2.0, 1.8, 1.7, 2.0 และ 1.3 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ รายงานการติดเชื้อเอชไอวี ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี พ.ศ. 2559 – 2563 ร้อยละ 1.6, 1.6, 1.5, 1.8 และ 1.9

ตามลำดับ⁽¹¹⁾ ซึ่งมีความสอดคล้องกันทั้งในภาพรวมของประเทศและภาพรวมของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ รายงานความชุกการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ปี 2563 ร้อยละ 0.7⁽¹²⁾ ในปี 2560 ข้อมูลประเทศไทยและการศึกษานี้จะต่ำกว่าอัตราการการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของแอฟริกาตอนเหนือที่พบร้อยละ 18.4 แอฟริกาตะวันออกและตอนใต้พบร้อยละ 9.9 แอฟริกาตะวันออกและตอนกลาง พบร้อยละ 20.3 เอเชียใต้ พบร้อยละ 18.4 ลาตินอเมริกา

พบร้อยละ 11.9 และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก พบร้อยละ 15.7⁽¹³⁾

จากผลการศึกษายังพบว่าอัตราการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นสูงในปี 2562 ก็เป็นไปในแนวทางเดียวกับของประเทศ เพื่อให้การดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการยุติปัญหาการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทยได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลกในปี 2559 ที่สามารถลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าร้อยละ 2.0 ซึ่งแนวโน้มอัตราการติดเชื้อมั่นใจว่าจะเป็น AIDS free generation หรือไม่มีโรคเอดส์ในเด็กยุคต่อไปเพื่อทำให้การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกเป็นศูนย์ (Getting to Zero) คือต้องไม่มีเด็กเกิดใหม่ติดเชื้อเลยแม้แต่คนเดียวในประเทศไทยสถานพยาบาลปัจจุบัน จะเน้นการดูแลรักษามารดาระหว่างตั้งครรภ์เป็นอย่างมากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารก ซึ่งหากทำได้ดีจะมีผู้ป่วยเด็กรายใหม่เกิดน้อยมาก ขณะนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรยาต้านไวรัส สำหรับหญิงตั้งครรภ์ทั่วประเทศ เป็นยา AZT และ NVP นอกจากนี้ยังให้นมผงแก่ทารกนาน 1 ปี อย่างเพียงพอทั่วประเทศ จึงทำให้ประเทศได้รับการยกย่องเป็นตัวอย่างประเทศที่มีการให้ระบบบริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ การตรวจเลือดเพื่อค้นหาการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ จึงเป็นที่แนะนำให้ทำทุกราย คาดว่าในอนาคตจะมีเด็กติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้นน้อย ทำให้จำนวนผู้ป่วยไม่เพิ่มขึ้น จะทำให้มีทรัพยากรเหลือมาดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อไปแล้วได้ดีมากยิ่งขึ้น

จากผลการศึกษาในปี 2563 ที่พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 1.5 มีค่าสูงกว่าเล็กน้อยจากผลการดำเนินงานระบบติดตามเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS, 25 พ.ย. 2563) อัตราการติดเชื้อในทารก ร้อยละ 1.3 ซึ่งเข้าใกล้เป้าหมายที่ตั้งไว้ไม่เกินร้อยละ 1.0 สำหรับการดำเนินงานเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นการดำเนินงานภายใต้การสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขทุกเครือข่ายทั่วประเทศ จัดบริการปรึกษาแบบคู่ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับ

หญิงตั้งครรภ์และสามี (couple counseling) ทั้งก่อนและหลังการตรวจหาเชื้อเอชไอวีแก่หญิงตั้งครรภ์และสามีอย่างมีคุณภาพมากกว่าร้อยละ 60.0 และเก็บผลการตรวจเป็นความลับ โดยแจ้งให้ทราบเฉพาะผู้ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอนุญาตเท่านั้น สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (highly active antiretroviral therapy: HAART) เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับยาต้านไวรัสเมื่อแรกเกิด อีกทั้งได้รับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารก และได้รับการตรวจวินิจฉัยหาการติดเชื้อเอชไอวีตามมาตรฐานการดูแลรักษาของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพและการติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ กลุ่มเป้าหมายยังได้สิทธิในการดูแล ด้านการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อทารกแบบรวดเร็ว (early infant diagnosis) เมื่อแรกเกิด 1 เดือน และ 2 เดือน และการได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มเติมในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มาฝากครรภ์ซ้ำด้วย⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาบาล แพทย์เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บนำส่งตัวอย่าง และติดตามดูแลมารดาและทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. HIV/AIDS [Internet]. 2021. [cited 2022 Jan 3]. Available from: https://www.who.int/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1
2. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์เอชไอวีในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2564 [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/RRTRR/Factsheet_HIV_2562_TH.pdf

3. กรมควบคุมโรค. รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2560. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/Report/APR/2017/GARP2017%20%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2%20Final.pdf>
4. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. เมื่อเอดส์เกิดมากับลูกน้อย [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [สืบค้นเมื่อ 3 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=702>
5. กรมอนามัย. ความสำเร็จในการยุติการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 11 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=624
6. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ปี 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์-การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2563.
7. สุเมธ องศ์วรรณดี, ศศิโสภิน เกียรติบุรณกุล, อัญชลี อวิหิงสานนท์, เอกจิตรา สุขกุล, รังสิมา โล่เสหา, บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2560
8. วิโรจน์ พวงทับทิม, หรรษา ไทยศรี, รัชฎีกร ใจชื่อ, นวลจันทร์ วิจักขณ์จินดา, นุสรุ สัตย์เพริศพราย, อาชวินทร์ โรจนวิวัฒน์, และคณะ. เปรียบเทียบประสิทธิภาพการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี-1 ในเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อด้วยวิธี conventional PCR กับวิธี real time PCR ของเครือข่ายห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2559. การประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ ครั้งที่ 24; 21-23 มีนาคม 2559; อิมแพ็คฟอรั่มอิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี.
9. หรรษา ไทยศรี, วิโรจน์ พวงทับทิม, ปิ่นทอง นะบาล, สุพรรณีย์ กงแก้ว, รัชฎีกร ใจชื่อ, อาชวินทร์ โรจนวิวัฒน์, และคณะ. ความสอดคล้องของผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี-1 ในเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อด้วยวิธี DNA PCR จากสิ่งส่งตรวจชนิดหลอดเลือดและชนิดหยดบนกระดาษซับเลือด ระหว่าง พ.ศ. 2555-2557 การประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ ครั้งที่ 22; 30 มิถุนายน - 2 กรกฎาคม 2557; อิมแพ็คฟอรั่ม อิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี.
10. กรมอนามัย. รายงานประจำปี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 29 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://planning.anamai.moph.go.th/th/annual-report/1038#wow-book/>
11. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. รายงานประจำปี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 29 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://webapp1.dmsc.moph.go.th/itc/annual_report/
12. จุฑาทิพย์ ธรรมวินิจฉัย. ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2564;65(1):83-94.
13. Global Snapshot. Children, HIV and AIDS. [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 1]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/children-hiv-aids-global-snapshot/>
14. สมาน พุตระกูล. สรุปความก้าวหน้าการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย รอบปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 29 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/Report/APR/2017/GARP2017%20ไทย%Final.pdf>
15. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุติเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 27 พ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.moph.go.th/index.php/news/read/397>

Abstract: Incident of Mother to Child HIV Transmission (MTCT) in Regional Health 10, Thailand, Fiscal Years 2016-2021

Junchay Khamsaen, M.Sc.; Wipavadee Jearakul, B.Sc.; Noppamas Klahan, B.Sc.; Sutip Janpan, M.Sc.; Waraporn Siriterm, M.Sc.; Suraiya Marnmana, M.Sc.

Regional Medical Sciences Center10, Ubon Ratchathani, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(5):781-7.

Thailand is ongoing to prevent mother-to-child HIV transmission (MTCT) with effective interventions during the periods of pregnancy, labor and newborn antiretroviral regimens administered. In 2016, Thailand could reduce MTCT to 1.90% and received validation from the World Health Organization (WHO) for having eliminated MTCT of HIV and syphilis. The objective of this study was to investigate the situation and surveillance of MTCT rate in Regional Health 10 of Thailand. Altogether 1,653 newborn blood samples were collected from hospital in the Region during the years 2016 - 2021, and tested with HIV DNA PCR assay. The results showed that the numbers of male and female samples were similar. The overall positive results were 1.10%. The highest positive result was found in 2019 (3.9%), and the lowest positive results were found in 2016 and 2018. The province with highest positive result was Amnat Chareon (3.60%) followed by Yasothon (2.60%). This study shown that positive cases of MTCT were still observed. Thus, it is essential for health personnel to monitor and conduct surveillance to maintain MTCT elimination in Thailand in order to reach the target of 3 zeros: “No infected, No dead, No stigma” to support WHO’s campaign to End inequalities, End AIDS, End pandemics in 2030.

Keywords: HIV; mother to child transmission; DNA; polymerase chain reaction