

# การติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ของ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

ประวิทย์ อินทรสุขุม

กลุ่มงานสูติศาสตร์และนรีเวชกรรม โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

## บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังเพื่อศึกษาลักษณะความเป็นมาของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV และผลของการตั้งครรภ์ ต่อทารกในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ที่หน่วยงานสูติศาสตร์และนรีเวชกรรมโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา โดยรวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ทุกราย ที่มาคลอดบุตร ระหว่างเดือนตุลาคม 2545 ถึง กันยายน 2550 นำมาทบทวนอย่างละเอียด จัดหมวดหมู่ จากเวชระเบียนบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และนำมาวิเคราะห์ ตลอดจนผลลัพธ์การติดเชื้อ HIV สู่ทารก พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรที่โรงพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 16,675 ราย เป็นผู้ติดเชื้อ HIV 149 ราย (0.89%) อายุอยู่ระหว่าง 15-48 ปี ส่วนใหญ่อายุ 21-30 ปี ค่าเฉลี่ย 27.24 ปี ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง (65.8%) ร้อยละ 10.8 คลอดก่อนกำหนด 37 สัปดาห์ คลอดปกติร้อยละ 77.2 ผ่าตัดคลอดร้อยละ 9.4 ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 20 มีภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอดร้อยละ 9.9 ทารกตายปริกำเนิดร้อยละ 3.3 ถ่ายทอดเชื้อ HIV จากมารดาสู่อุทรากรร้อยละ 4.7 อยู่ในกลุ่มได้รับยาต้านไวรัส HIV ร้อยละ 3.33 และร้อยละ 10.34 อยู่ในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส HIV

ยังไม่อาจยืนยันว่า ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญ สำหรับวางแผนกลยุทธ์การดูแลเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกต่อไป

**คำสำคัญ:** หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี, การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

## บทนำ

เริ่มมีรายงานการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2527<sup>(1)</sup> ใน พ.ศ. 2534 เริ่มมีรายงานการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากอัตราร้อยละ 0.6 ใน พ.ศ. 2534 จนถึงอัตราร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ. 2538 หลังจากนั้นเริ่มมีอัตราที่ลดลงใน พ.ศ. 2547 พบการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์เหลือร้อยละ 1.4<sup>(2)</sup> กระทรวงสาธารณสุขมี

เป้าหมายใน พ.ศ. 2550 ให้เหลือร้อยละ 0.85 และลดลงอย่างน้อยร้อยละ 0.05 ในแต่ละปี<sup>(3)</sup> ส่วนการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในรายที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบร้อยละ 24-42<sup>(4)</sup> หลังจากนำมามาตรการในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก (MTCT) มาใช้ เช่นการให้ยาต้านไวรัส วิธีการคลอด และการงดให้นมบุตร เป็นไปได้ที่จะพบการติดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกลดลงต่ำกว่าร้อยละ 1<sup>(5,6)</sup> สำหรับเป้าหมายของ

กระทรวงสาธารณสุขให้ลดลงจากร้อยละ 3 ใน พ.ศ 2549 และเป็นต่ำกว่าร้อยละ 3 ในแต่ละปี<sup>(3)</sup>

อุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ยังคงเป็นปัญหาที่พบได้เสมอการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ติดเชื้อกลุ่มนี้ ต้องอาศัยข้อมูลพื้นฐานลักษณะประชากรและสังคม การรับบริการฝากครรภ์ มาตรการในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และผลการตั้งครรภ์มาช่วยในการวางแผน ป้องกันและลดปัญหานี้

ดังนั้นจึงศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน ลักษณะความเป็นไปของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มาตรการในการป้องกันการติดเชื้อ และผลการตั้งครรภ์ ต่อทารกในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

### วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา(retrospective descriptive study) ครั้งนี้ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งหมดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ 2550 รวมระยะเวลาศึกษา 5 ปี โดยการรายงานจากเวชระเบียน รายงานสถิติจากหน่วยชั้นสูติ หน่วยฝากครรภ์ หน่วยให้คำปรึกษา และห้องคลอดข้อมูลที่น่าสนใจประกอบด้วย อายุ อาชีพ จำนวนการตั้งครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ อายุครรภ์ วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ และการคลอดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด และตลอดช่วงเวลาที่ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัส ตามมาตรฐานในการป้องกันหลายแนวทางดังนี้

แนวทางที่ 1 ของกระทรวงสาธารณสุข (ภาคผนวก ตาราง A)

แนวทางที่ 2 ของสภากาชาดไทย (ภาคผนวก ตาราง B)

แนวทางอื่น ๆ เช่นโครงการ PHPT (Program for HIV Prevention and Treatment Thailand) ซึ่ง

แนวทางการรักษาเหมือนของกระทรวงสาธารณสุข แต่มีการเพิ่มให้ DDI ในหญิงหลังคลอดเพื่อศึกษาถึงการดื้อยา Nevirapine ในมารดาด้วย

สำหรับโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ส่วนใหญ่จะใช้มาตรฐานการป้องกันตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข โดยทารกหลังคลอดให้งดนมแม่ และทารกจะได้รับการตรวจหา HIV - 1 proviral DNA ด้วยวิธี PCR 2 ครั้ง เมื่อทารกอายุ 2 เดือน และ 6 เดือนตามลำดับ ถ้าได้ผลบวก 2 ครั้ง แสดงว่ามีการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกและจะนัดเจาะเลือดตรวจ Anti HIV เมื่ออายุ 1 ปี 6 เดือน เพื่อยืนยันผล PCR ทั้งบวกและลบ

สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ สถิติเชิงพรรณนา และจำนวนร้อยละ

### ผลการศึกษา

ในระยะเวลา 5 ปี มีหญิงตั้งครรภ์มาคลอด จำนวน 16,675 ราย พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัส เอชไอวี จำนวน 149 ราย ร้อยละ 0.89 จะเห็นว่า ตั้งแต่ ปี 2546 จนถึง ปี 2550 มีอัตราการติดเชื้อไวรัส เอชไอวี ของหญิงตั้งครรภ์ ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 1)

พบหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสนี้ ส่วนใหญ่อายุ 21-30 ปี มีอายุเฉลี่ย 27.24 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรกเพียงร้อยละ 34.2 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.8 เป็นครรภ์หลังได้

ตารางที่ 1 อัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อมาคลอดในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้คลอด	ติดเชื้อเอชไอวี	
		จำนวน (ราย)	ร้อยละ
2546	3,196	28	0.88
2547	3,475	33	0.95
2548	3,336	30	0.89
2549	3,156	27	0.86
2550	3,512	31	0.88
<b>รวม</b>	<b>16,675</b>	<b>149</b>	<b>0.89</b>

การติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

ตารางที่ 2 คุณลักษณะทางประชากรสังคม และการรับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัส เอชไอวี (n = 149 คน )

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)		
15-20	17	11.4
21-25	49	32.9
26-30	40	26.8
31-35	25	16.8
36-40	17	11.4
> 40	1	0.7
$\bar{x}$ = 27.24, SD = 5.902, พิสัย = 15-48		
2. จำนวนการตั้งครรภ์		
1	51	34.2
2	62	41.6
3	24	16.1
4	3	2.1
5	6	4.0
6	2	1.3
7	1	0.7
$\bar{x}$ = 2.07, SD = 1.55, พิสัย = 1-7		
3. การฝากครรภ์		
- ฝาก	133	89.3
- ไม่ฝาก	16	10.7
4 สถานที่ฝากครรภ์		
- โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา	106	71.2
- คลินิก	24	16.1
- ไม่ฝากครรภ์	16	10.7
- สถานีอนามัย	2	1.3
- โรงพยาบาลชุมชน	1	0.7
5. ที่อยู่ของมารดา		
- ในจังหวัดฉะเชิงเทรา	110	73.8
- ต่างจังหวัด	39	26.2
6. สัญชาติ		
- ไทย	148	99.3
- ต่างชาติ	1	0.7
7. อาชีพ		
- รับจ้าง	144	96.6
- แม่บ้าน	3	2.0
- หญิงบริการ	1	0.7
- ค้าขาย	1	0.7

รับการฝากครรภ์ ร้อยละ 89.3 และฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ร้อยละ 71.1 รองลงมาฝากครรภ์คลินิก ร้อยละ 16.1 แต่หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่คลินิกทุกคน จะถูกส่งตัวมาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เพื่อรับยาต้านไวรัสเอชไอวี หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีสัญชาติไทยและประกอบอาชีพรับจ้าง นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์เป็นคนต่างด้าวจำนวน 1 คน ร้อยละ 0.7 และเป็นหญิงบริการ จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.7 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 คุณลักษณะทางคลินิกของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัส เอชไอวี

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
28-33	8	5.4
34-36	8	5.4
37-41	130	87.2
≥ 42	3	2.0
<b>รวม</b>	<b>149</b>	<b>100</b>
ชนิดของการคลอด		
NL	115	77.2
C/S	14	9.4
Breech assisting	9	6.0
AbNL Preterm	6	4.0
V/E	4	2.7
AbNL Twin	1	0.7
<b>รวม</b>	<b>149</b>	<b>100</b>
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	129	86.5
มีภาวะแทรกซ้อน	20	13.5
-Prolonged labour	8	5.4
-Preterm labour	5	3.4
-Severe PIH, Eclampsia	2	1.3
-Thick meconium stained	2	1.3
-Prolapsed cord	1	0.7
-Fetal distress	1	0.7
-DFIU	1	0.7
<b>รวม</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

\*C/S มี Twins 1 คู่ NL Twins 1 คู่

พบการตั้งครรภ์ครั้งนี้ อายุครรภ์ที่คลอดส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.2 คลอดเมื่อครบกำหนด (37-41 สัปดาห์) และคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.8 วิธีการคลอดส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.2 คลอดปกติ รองมาเป็นการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 9.4 และส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และคลอด ร้อยละ 86.5 ภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่คือ prolonged labour และ preterm labour (ตารางที่ 3)

ทารกมีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500-2,999 กรัม รองลงมาคือ 3,000-3,499 กรัม และน้ำหนักทารกน้อยกว่า 2,500 กรัมมีถึงร้อยละ 19.9 (ตารางที่ 4)

ทารกมีสภาวะขาดออกซิเจน (Apgar ที่ 1 นาที พบ

น้อยกว่า หรือเท่ากับ 7) ถึงร้อยละ 9.9 (ตารางที่ 5)

ทารกตายปริกำเนิด จำนวน 5 ราย ร้อยละ 3.3 เสียชีวิตอายุ 4 เดือน 1 ราย และอยู่ในกลุ่มที่ได้รับการฝากครรภ์ทั้งหมด (ตารางที่ 6)

ทารกติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ส่วนใหญ่ (4 รายใน 7 ราย) รับประทานไวรัสเอชไอวี นานมากกว่า 4 สัปดาห์ และยังคงพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ที่รับประทานไวรัสเอชไอวี นานน้อยกว่า 4 สัปดาห์ และรับประทานไวรัสครั้งแรกในระยะเจ็บครรภ์คลอดไม่มีทารกติดเชื้อเอชไอวี (ตารางที่ 7)

มีการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ของทารก ร้อยละ 3.33 ในกลุ่มที่รับประทานไวรัสเอชไอวี และร้อยละ 10.34 ใน

ตารางที่ 4 น้ำหนักทารกที่คลอด ของหญิงติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

น้ำหนัก (กรัม)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	Cumulative %
< 1,000	1	0.7	0.7
1,000 - 1,499	5	3.3	4
1,500 - 1,999	5	3.3	7.3
2,000 - 2,499	19	12.6	19.9
2,500 - 2,999	56	37.1	57
3,000 - 3,499	49	32.5	89.4
3,500 - 3,999	13	8.6	98
≥ 4,000	3	2.0	100
รวม	151	100	

$\bar{x} = 12874.83$ ,  $SD 1.209$ , พิสัย 920 - 4,330

ตารางที่ 5 APGAR ที่ 1 นาที และ 5 นาที (n = 151 ราย) ของทารกที่คลอดจากหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

ระดับคะแนน	ที่ 1 นาที		ที่ 5 นาที	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8 - 10	136	90.1	142	94.1
4 - 7	8	5.3	5	3.3
1 - 3	5	3.3	2	1.3
0	2	1.3	2	1.3
รวม	151	100	151	100

ตารางที่ 6 ทารกของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

ลักษณะทารก	จำนวน	ร้อยละ
มีชีวิต	145	96
Death fetus in utero	1	0.67
Still birth	1	0.67
มีอายุได้ 0-7 วัน	3	1.99
มีอายุ 4 เดือน	1	0.67

ตารางที่ 7 การรับประทานไวรัสเอชไอวี ของหญิงตั้งครรภ์ ที่ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่ม	มารดา ทารกติดเชื้อ	ร้อยละ
<b>ฝากครรภ์</b>		
- รับประทาน ยาต้าน เอช ไอ วี > 4 wk	104	4 3.85
- รับประทาน ยาต้าน เอช ไอ วี < 4 wk	7	0 0
- รับประทาน ยาต้าน เอช ไอ วี ครั้งแรก	4	0 0
ระยะเจ็บครรภ์		
- ไม่ได้รับประทานยาใดๆ	18	1 5.56
<b>ไม่ฝากครรภ์</b>		
- รับประทาน ยาต้าน เอช ไอ วี ครั้งแรก	5	0 0
ระยะเจ็บครรภ์		
- ไม่ได้รับประทานยาใดๆ	11	2 18.8
รวม	149	7 4.7

ตารางที่ 8 จำนวนทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

กลุ่ม	การติดเชื้อไวรัส เอชไอวีในทารก					รวม
	ไม่ติดเชื้อ		ติดเชื้อ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ได้รับยาต้านไวรัส	116	96.7	4	3.3	120	100
ไม่ได้รับยาต้านไวรัส	26	89.7	3	10.3	29	100

กลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (ตารางที่ 8)

### วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ตลอดระยะเวลา 5 ปี มีอัตราที่ต่ำกว่าร้อยละ 1 (เฉลี่ย 0.89%) ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(3)</sup> จากลักษณะทางประชากร สังคม และการรับบริการการฝากครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในวัยช่วงต้นและกลางของวัยเจริญพันธุ์ เป็นคนไทย มีอาชีพรับจ้าง เคยตั้งครรภ์มาแล้วมากกว่า 1 ครั้ง และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทรา นั่นเอง ดังนั้นการลดความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ ต้องเน้นไปทุก ๆ จังหวัดเหมือนกัน โดยการให้ความรู้ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ให้กับประชาชนทุกระดับโดยเฉพาะระดับล่างมากที่สุด ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งเป็นโครงการระดับชาติ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย ๆ กระทรวงร่วมกัน ส่วนการตั้งครรภ์ที่เคยตั้งครรภ์มาแล้วมากกว่า 1 ครั้ง ซึ่งอาจมีเหตุผลเหมือนการวิจัยของ เกศรินทร์ ไทยศรีวงศ์<sup>(7)</sup> ซึ่งศึกษาการติดเชื้อเอชไอวี ที่จังหวัดจันทบุรี พบอัตราความชุกในหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์หลังมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งให้เหตุผลว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ทราบว่

ตนเองติดเชื้อเอชไอวี การตั้งครรภ์จึงเป็นความต้องการความมั่นคงในชีวิตครอบครัวใหม่ ที่แสวงหามาเพื่อพึ่งพิงประกอบกับมีความเชื่อมั่นในโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก

ส่วนมากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี คลอดครบกำหนด แต่พบการคลอดก่อนกำหนด (ต่ำกว่า 37 สัปดาห์) ถึงร้อยละ 10.8 ถือว่าสูงกว่าทั่ว ๆ ไป ซึ่งอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบประมาณร้อยละ 5-10 ของการคลอดมีชีพ<sup>(8)</sup> ส่วนวิธีการคลอดส่วนใหญ่คลอดปกติครบกำหนด มีการผ่าตัดคลอดเพียงร้อยละ 9.4 ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดถือว่าเป็นมาตรการที่สามารถลดการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนเจ็บครรภ์<sup>(9,10)</sup> จากการศึกษาครั้งนี้ทางโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ยังคงผ่าตัดหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ ซึ่งมีความเป็นไปได้ในอนาคต เมื่อมาตรการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก (MTCT) ครอบคลุมทั่วถึงทั้งประเทศอย่างจริงจัง การผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้องก่อนเจ็บครรภ์คงอยู่ใน clinical practice guideline ของโรงพยาบาลต่อไป สำหรับทารกที่คลอดจากหญิงที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี พบว่ามีทารกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ถึงร้อยละ 20 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข คือไม่เกินร้อยละ 7 ซึ่งสอดคล้องกับ

รายงานการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ที่สูงขึ้นของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี<sup>(11,12)</sup> สำหรับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด พบร้อยละ 9.9 หรือเทียบกับ 99 ต่อทารกติดเชื้อเอชไอวีเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ไม่เกิน 30 ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 คน ส่วนทารกตายปริกำเนิดพบร้อยละ 3.3 หรือเทียบกับ 33 ต่อทารกติดเชื้อเอชไอวีเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งก็สูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ไม่เกิน 9 ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งตรงกับที่พบการขาดออกซิเจนแรกเกิดและตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้นในทารกที่คลอดจากมารดาในกลุ่มนี้<sup>(13)</sup>

เพื่อลดอุบัติการณ์การจากแม่สู่ลูก กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี แก่สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 ซึ่งสามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบทารกติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 4.7 ซึ่งยังสูงกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าไว้<sup>(3)</sup> เมื่อศึกษาการติดเชื้อเอชไอวี ของทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก โดยดูระยะเวลาการได้รับยา เช่น ได้รับยาต้านไวรัสมากกว่า 4 สัปดาห์ และน้อยกว่า 4 สัปดาห์ พบว่า ได้รับยามากกว่า 4 สัปดาห์ ยังพบการติดเชื้อ ส่วนได้รับยาน้อยกว่า 4 สัปดาห์ ไม่พบการติดเชื้อ ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่ได้ควบคุมตัวแปรที่อาจมีผล เช่น กลุ่มตัวอย่าง สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีมีน้อย อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ความสม่ำเสมอในการฝากครรภ์ ความสม่ำเสมอในการกินยา การสนใจดูแลบำรุงรักษาร่างกาย ระดับ CD4 ของผู้ป่วย ประวัติการรับประทานยาที่ไม่ชัดเจน ระดับการศึกษา สิทธิในการรักษาพยาบาล เป็นต้น ส่วนการติดเชื้อเอชไอวีของทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ และได้รับยาต้านไวรัส พบร้อยละ 3.3 กับกลุ่มที่ไม่ได้ยาต้านไวรัส พบร้อยละ 10.3 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการในการ

ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (MTCT)

## สรุป

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ ยังคงเป็นปัญหาที่พบบ่อยทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย ที่โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา พบว่าส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่และอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ที่อายุยังไม่มาก และมีเศรษฐกิจต่ำ จึงมีโอกาที่จะแพร่เชื้อได้มาก ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขร่วมมือกันหลายหน่วยงาน ส่วนมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี จากแม่สู่ลูก (MTCT) ด้านการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี และงดการให้นมบุตร ซึ่งถือว่าดำเนินการได้ดี แต่ยังคงต้องปรับปรุงการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ที่มารับบริการการฝากครรภ์ และให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไป เข้าถึงทุกระดับในกลุ่มสังคมต่าง ๆ ส่วนวิธีการคลอด แม้ว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนการเจ็บครรภ์ จะลดการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี จากแม่สู่ลูกอย่างมีนัยสำคัญแต่ประเทศไทยยังเป็นประเทศกำลังพัฒนา ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดคลอดเมื่อเทียบกับการคลอดทางช่องคลอด ยังคงเสียค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนเจ็บครรภ์ ใช้เฉพาะกรณีผู้ป่วย และสถานบริการมีความพร้อมเท่านั้น การลดการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี จากแม่สู่ลูก คงต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และหัวหน้ากลุ่มงานสูติ นรีเวชกรรมที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ในการทำวิจัยให้สำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. อนุวัตร ลิ้มสุวรรณ. ผู้ป่วย Acquire Immunodeficiency Syndrome(AIDS) รายแรกในประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2527; 15:509-10
2. นิพนธ์พร วรมงคล, นรีลักษณ์ กุลฤกษ์, ไฉไล เลิศวานานุกร,

- บรรณาธิการ. แนวทางการปฏิบัติ งานเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกและการดูแลแม่และลูกที่ติดเชื้อเอชไอวี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2549.
- เพชรศรี ศิริรินทร์, วิพุธ พูลเจริญ, สมบัติ แทนประเสริฐสุข. แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 สำคัญ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2550
  - Srison D, Thisyakorn U, Paupunwatana S, Chotpityayasonondh T, Kanchanamayul V, Linpitikul W, et al. Perinatal HIV infection in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1995; 26:659-63
  - Foster C, Lyall H. Current guidelines for the management of UK infants born to HIV-1 infected mothers. *Early Hum Dev* 2005; 81:103-10.
  - Thorne C, Newell ML. Mother-to-child transmission of HIV infection and its prevention. *Curr HIV Res* 2003; 1:447-62.
  - เกสรินทร์ ไทยศรีวงศ์. การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์: ระบบข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้ม. *วารสารโรคเอดส์* 2551; 20:33-45.
  - Mattison DR, Damus K, Flore E, Petrini J, Alter C. Preterm delivery: a public health perspective. *Paediatr Perinatal Epidemiol* 2001; 15:7-16
  - The International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type1-a meta analysis of 15 prospective cohort studies. *N Engl J Med* 1999; 340:977-87.
  - The European mode of delivery Collaboration. Elective caesarean - section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized clinical trial. *Lancet* 1999; 353:1035-9.
  - Turner BJ, McKee LJ, Silverman NK. Prenatal care and birth outcome of a cohort of HIV infected women. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1996; 12:259-62.
  - Mansergh G, Haddix ZC, Steketee RW. Cost-effectiveness of short-course zidovudine to prevent perinatal HIV type 1 infection in a sub-Saharan Africa developing country setting. *JAMA* 1996; 276:139-45.
  - Langston C, Lewis DE, Hammill HA, Popek EJ, Kozinetz CA, Kline MW, et al. Excess intrauterine fetal demise associated with human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis* 1995; 172:1451-60.

**Abstract HIV Infected Pregnancy in Chachoengsao Hospital**

**Pravit Intarasukum**

Department of Obstetrics and Gynaecology Unit, Chachoengsao Hospital

*Journal of Health Science* 2008; 17:SVI1641-49.

This retrospective descriptive study was aimed at studying the characteristics of HIV pregnancies and neonatal infective outcomes in Chachoengsao hospital. Medical records of HIV infected pregnancy from the labor unit during October 2002-September 2007 was scrutinized. The relevant data of the characteristics of HIV infected mothers, pregnancies and neonatal infective outcomes were collected and analyzed. There were 149 HIV infected mothers among 16,675 parturients(0.89%). The mean age was 27.24 years (range15-48 years). Most of the cases were between 21-30 years and multiparity(65.8%). It was reported that 10.8 percent of pregnant women delivered before 37 weeks. Most of them(77.2%) had normal labor, only 9.4 percent need cesarean section. As 20 percent of these newborns weighted below 2,500 grams some(9.9%) were affected by birth asphyxia. Perinatal mortality were 3.3 percent. With antiviral regimen for both mothers and theirs neonates the overall perinatal transmission rate was 4.7 percent. In mothers having antiviral drug the transmission rate became 3.33 percent compared to 10.34 percent in no having antiviral drug.

The results are vital to up-coming strategics planning for better control of vertical transmission.

**Key words: HIV - infected pregnancy, perinatal transmission**

## ภาคผนวก

ตาราง A แนวทางของกระทรวงสาธารณสุขจาก เอกสารอ้างอิงที่ 2

สถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาใช้บริการ	ยาด้านเอชไอวีสำหรับมาระหว่างตั้งครรภ์	ยาด้านเอชไอวีสำหรับแม่ในช่วงเจ็บท้องคลอด	ยาด้านเอชไอวีในช่วงหลังคลอด	
			แม่	ลูก
1. ฝากครรภ์ก่อนหรือหลังอายุครรภ์ 28 สัปดาห์และยังไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีในการรักษา	AZT (300 มก.) 1 เม็ดกินวันละ 2 ครั้งทุก 12 ชม. จนเจ็บท้องคลอดเริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป	NVP (200 มก.) 1 เม็ด AZT (300 มก.) 1 เม็ด และกินต่อทุก 3 ชั่วโมงจนคลอด	AZT ขนาด 300 มก. 2 เม็ดทุก 12 ชม. นาน 7 วัน STC 150 มก. 1 เม็ด ทุก 12 ชม. นาน 7 วัน	- NVP ชนิดน้ำขนาด 2 มก./กก. ครั้งเดียว หลังคลอดทันที หรือภายใน 48 ชม. หลังคลอด - AZT ชนิดน้ำกินหลังคลอดทันที ขนาด 2 มก./
2. ไม่เคยฝากครรภ์/มาตลอดเมื่อเริ่มคลอด		NVP (200 มก.) 1 เม็ด AZT (300 มก.) 1 เม็ด และกินต่อทุก 3 ชั่วโมง จนคลอด	AZT ขนาด 300 มก. 2 เม็ดทุก 12 ชม. นาน 7 วัน 3TC 150 มก. 1 เม็ด ทุก 12 ชม. นาน 7 วัน	กก./ครั้ง ทุก 6 ชม. หรือ 4 มก./กก./ครั้ง ทุก 12 ชม. - ให้นาน 1 สัปดาห์ในกรณีแม่ไม่ได้รับยาด้านเอชไอวีมากกว่า 4 สัปดาห์ติดต่อกันก่อนกำหนด - ให้นาน 6 สัปดาห์ ในกรณีแม่ได้รับยาน้อยกว่า 4 สัปดาห์ติดต่อกันก่อนคลอด
3. มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีในการรักษาระหว่างการตั้งครรภ์ (มีอาการหรือ CD4 count < 200 เซลล์/ลบมม.)	ให้ AZT (250 มก.) + 3TCZ (150 มก.) +NVP (200 มก.) หรือ GPO VIRZ กินทุก 12 ชม. สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่อาการคืออยู่อาจพิจารณาเลื่อนให้ยาด้านเอชไอวีไปหลังไตรมาสแรกแต่ ถ้าอาการรุนแรงควรพิจารณาเริ่มให้ยารักษาตามความเหมาะสม (ถ้ามีปัญหาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ)	ให้ยาสูตรเดิมต่อโดยไม่ต้องให้ ATZ และ NVP ดังกรณี 1	หลังคลอดให้ยาสูตรเดิมติดต่อกันไปหรือเปลี่ยนเป็น GPO VIRZ	
4. ทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อที่ไม่เคยได้รับยาด้านไวรัสเอชไอวีสูตรใดมาก่อน				



การติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

ตาราง B แนวทางของสภากาชาดไทย จากเอกสารโครงการช่วยลดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของสภากาชาดไทย ภายใต้พระอุปถัมภ์ของ พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลีพระวรราชทินนิตติมาตุ

ระยะเวลาคลอด	ก่อนคลอด	ระหว่างเจ็บครรภ์คลอด	หลังคลอด	ทารก
CD4 ≤ 200 เริ่มให้ยาตั้งแต่อายุครรภ์ 14 สัปดาห์	AZT/3TC/NVP 2 สัปดาห์ แรก AZT (300) 3TC (150) 1 เม็ด ทุก 12 ชม. และ NVP (200) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังจากนั้น GPO-VIR Z (250) 1 เม็ด ทุก 12 ชม.	AZT 300 mg ทุก 3 ชม. ร่วมกับ ยังคงต้องให้ GPO-VIR Z (250) 1 เม็ด ทุก 12 ชม.อย.	AZT (300)/3TC (150) และ NVP (200) อย่างละ 1 เม็ด หรือ GPO-VIR Z (250) 1 เม็ด ทุก 12 ชม. (โครงการกระทรวงสาธารณสุข)	AZT 2 mg/kg ทุก 6 ชม. เป็นเวลา 6 สัปดาห์
CD4 > 200 เริ่มให้ยาตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์โดยเลือกระหว่าง	AZT/3TC/NVP 2 สัปดาห์ แรก AZT (300)/3TC (150) 1 เม็ด ทุก 12 ชม. และ NVP (200) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังจากนั้น GPO-VIR Z (250) 1 เม็ด ทุก 12 ชม.  AZT (300)/3TC (150) 1 เม็ด ทุก 12 ชม. และ NLV (250) 5 เม็ด ทุก 12 ชม.	AZT 300 mg ทุก 3 ชม. ร่วมกับ ยังคงต้องให้ GPO-VIR Z (250) 1 เม็ด ทุก 12 ชม.  หรือ  AZT 300 mg ทุก 3 ชม. ร่วมกับยังคงต้องให้ AZT (300)/3TC (150) 1 เม็ด ทุก 12 ชม. และ NLV (250) 5 เม็ด ทุก 12 ชม.	ถ้าได้ GPO-VIR Z (250) ก่อนคลอดให้หยุด GPO-VIR Z (250) ทันทีหลังคลอด แล้วกินเฉพาะ AZT (300)/3TC (150) 1 เม็ด ทุก 12 ชม. ต่ออีก 7 วัน  ถ้าได้ AZT/3TC/NLV ก่อนคลอด ให้หยุดยาทุกตัว พร้อมยาทุกตัว พร้อมกันได้ที่	AZT 2mg/kg ทุก 6 ชม. เป็นเวลา 6 สัปดาห์  AZT 2mg/kg ทุก 6 ชม. เป็นเวลา 6 สัปดาห์