

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

## ผู้ป่วยคลอดที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกในโรงพยาบาลตากสิน

### The Parturients with Anti-HIV Positive in Taksin Hospital

อดิศักดิ์ จินตนาดีลก พ.บ.

Adisak Chintanadilok M.D.

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลตากสิน

Taksin Hospital, Bangkok

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมาคลอดที่โรงพยาบาลตากสินในช่วงตั้งแต่เดือนมกราคม 2535 ถึงเดือนธันวาคม 2537 อัตราความชุกชุมของการติดเชื้อในหญิงมีครรภ์กลุ่มนี้ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 0.9 ในปีแรก เป็นร้อยละ 1.4 ในปี 2537 จากการศึกษาพบว่า หญิงที่ไม่ได้ฝากครรภ์มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าหญิงที่ฝากครรภ์ ผู้ติดเชื้อที่มาส่วนใหญ่มักจะตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกๆ และอายุน้อย วิธีการคลอดในกลุ่มนี้คือ คลอดวิธีปกติทางช่องคลอด และหลังคลอดแล้ว อัตราการทำหมันต่ำแม้จะให้การปรึกษาแนะนําทิ้งก่อนและหลังตรวจเลือดแล้วก็ตาม ความร่วมมือของสามีที่จะมาตรวจเลือดก็ต่ำเช่นกัน

นอกจากนี้ ผู้เขียนยังได้อธิบายถึงการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้

#### ABSTRACT

From January 1992 to December 1994, patients with anti-HIV positive delivered at Taksin Hospital were collected. From the analysis showed the prevalence rate increase year by year from 0.9% in the first year to 1.4% in 1994. Group of unregistered patients trended to have higher prevalence of anti-HIV positive than the registered group. Most of anti-HIV positive patients were low parity and young age. Major route of delivery in this group was normal vaginal delivery. Rate of tubal resection after delivery was low, in spite of pre-test and post-test counselling services. The co-operation of male partners for screening of anti-HIV was poor. The method of management for these patients was discussed according to the facility of Taksin Hospital.



## บทนำ

ปัจจุบันพบว่าโรคเอดส์ กำลังเป็นปัญหาสำคัญในสังคม ซึ่งเดิมเป็นการระบาดกันในกลุ่มบุคคลที่มีอัตราเสี่ยงสูง อาทิเช่น รักร่วมเพศ ดิดยาเสพติด ได้รับเลือดเป็นประจำ แต่ปัจจุบันแนวโน้มได้เปลี่ยนไป การระบาดได้แพร่กระจายมากขึ้น จนลุกลามถึงในสถาบันครอบครัว อุบัติการณ์ของหญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาลต่างๆ พบผลเลือดเอชไอวีบวกเพิ่มสูงขึ้น<sup>(1)</sup> โรงพยาบาลตากสินก็เป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่มีผู้ป่วยเอชไอวีบวกมาคลอด และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทางโรงพยาบาลได้วางแนวทางปฏิบัติในกรณีของผู้ติดเชื้อเอดส์ไว้ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลตากสินทุกรายจะต้องได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอดส์ โดยก่อนเจาะเลือด ผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จุดประสงค์ของการเจาะเลือด และแนวทางปฏิบัติเมื่อติดเชื้อ พร้อมกันนั้นผู้ป่วยจะต้องลงนามยินยอมให้ตรวจเลือด

- เมื่อทราบผล ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการแจ้งผลโดยสูติแพทย์

- ในกรณีที่มีผลเลือดเอชไอวีบวก จะส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอนามัยชุมชนเพื่อให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว โดยเน้นการปฏิบัติตัว การเข้าอยู่ร่วมในสังคม การหยุดพฤติกรรมเสี่ยงและการแพร่กระจายโรค

- เน้นการคุมกำเนิดโดยเฉพาะการทำหมันและการเลี้ยงบุตร

- ทางโรงพยาบาลยังไม่มีนโยบายทำแท้ง

ผู้รายงานได้ศึกษารวบรวมผู้ป่วยคลอดในโรงพยาบาลตากสินในรอบเวลา 3 ปี โดยเริ่มจากเดือนมกราคม 2535 ถึงเดือนธันวาคม 2537 เพื่อต้องการทราบสถิติผู้ป่วยที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกที่มาคลอดในแง่ของ อายุ จำนวนครรภ์ การฝากครรภ์ วิธีการ

คลอด น้ำหนักเด็กแรกเกิด การทำหมัน ตลอดจนการเจาะเลือดสามี เพื่อได้ทราบข้อเท็จจริงและหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่อาจพบได้

## วิธีการศึกษา

ได้ศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยที่มาคลอดในโรงพยาบาลตากสินในช่วงเวลาดังแต่เดือนมกราคม 2535 ถึงเดือนธันวาคม 2537 เป็นเวลา 3 ปี ศึกษามีผู้ป่วยคลอดมีผลเลือดแอนตี้เอชไอวีให้ผลบวกก็ร้าย แล้วนำข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในกลุ่มนี้มาทำการวิเคราะห์ดูอายุ จำนวนครรภ์ การฝากครรภ์ วิธีการคลอด น้ำหนักเด็กแรกเกิด อัตราการทำหมัน และผลเลือดของสามี

การวิเคราะห์ทางสถิติ ใช้วิธีการร้อยละและไคสแควร์

## ผลการศึกษา

พบว่าในช่วงระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่เดือนมกราคม 2535 ถึงเดือนธันวาคม 2537 มีผู้ป่วยคลอดทั้งหมดในโรงพยาบาลตากสินเท่ากับ 18,052 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีผลเลือดเอชไอวีลบ 17,850 ราย และผลเลือดเอชไอวีบวก 202 ราย (ซึ่งทุกรายเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์โดยไม่มีอาการ) คิดเป็นอัตราเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 1.1 ถ้าจำแนกเป็นรายปี จะได้ผลดังในตารางที่ 1

เมื่อจำแนกผู้ป่วยที่มาคลอดตามลักษณะการมาฝากครรภ์ เพื่อหาอุบัติการณ์ของผู้ป่วยเอชไอวีบวกในกลุ่มที่มาฝากครรภ์และไม่มาฝากครรภ์ ดังตารางที่ 2 พบว่าในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ 16,842 ราย จะพบความชุกชุมของผลเลือดเอชไอวีบวกร้อยละ 0.9 ส่วนในกลุ่มที่ไม่มาฝากครรภ์ 1,210 ราย จะพบความชุกชุมร้อยละ 3.4 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยคลอดที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกและเอชไอวีลบจำแนกตามปี

ปี	ผู้ป่วยเอชไอวีบวก จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ป่วยเอชไอวีลบ จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
พ.ศ. 2535	50 (0.9)	5,675 (99.1)	5,725 (100)
พ.ศ. 2536	62 (1.1)	5,694 (98.3)	5,756 (100)
พ.ศ. 2537	90 (1.4)	6,481 (98.6)	6,571 (100)
รวม	202 (1.1)	17,850 (98.9)	18,052 (100)

มีนัยสำคัญ (ค่า p เท่ากับ 0.05)

ตารางที่ 3 และตารางที่ 4 เป็นผลแสดง  
จำนวนกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกตาม

จำนวนการตั้งครรภ์ และอายุ

เมื่อมาพิจารณาวิธีการคลอดของผู้ป่วยที่มีผล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเอชไอวีบวกในกลุ่มฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์

การฝากครรภ์	ผู้ป่วยเอชไอวีลบ	ผู้ป่วยเอชไอวีบวก	รวม
ฝากครรภ์	16,681 (99.1%)	161 (0.9%)	16,842 (100%)
ไม่ฝากครรภ์	1,169 (96.6%)	41 (3.4%)	1,210 (100%)
รวม	17,850	202	18,052

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยเอชไอวีบวกตามจำนวน  
การตั้งครรภ์ (N = 202)

จำนวนครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
1	128	63.4
2	53	26.2
3	16	7.9
>4	5	2.5

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยเอชไอวีบวกตามอายุ  
(N = 202)

อายุ (ปี)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
น้อยกว่า 20	39	19.3
20 - 29	137	67.8
30 - 39	25	12.4
40 - 49	1	0.5



เลือดเอชไอวีบวกทั้งหมด 202 ราย พบว่า 171 ราย (84.7%) คลอดปกติทางช่องคลอด และ 31 ราย (15.3%) เป็นการช่วยคลอด โดยแบ่งเป็นการใช้คีมช่วยคลอด 7 ราย ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ 2 ราย ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 14 ราย และเป็นการคลอดทำกัน 8 ราย เมื่อเทียบกับผู้ป่วยคลอดที่มีผลเลือดเอชไอวีลบ ดังตารางที่ 5 จะพบว่าผู้ป่วยที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกจะมีอุบัติการณ์ช่วยคลอดต่ำกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลเลือดเอชไอวีลบอย่างมีนัยสำคัญ (ค่า p เท่ากับ 0.05) เมื่อดูจำนวนการทำหมันในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีบวกพบว่าในจำนวนผู้ป่วย 202 ราย มีผู้ป่วยยินยอมทำหมันเพียง 14 ราย หรือเท่ากับ ร้อยละ 6.9

ตารางที่ 6 แสดงน้ำหนักเด็กแรกเกิดในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีบวกพบว่ามีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม 43 ราย เท่ากับร้อยละ 21.3 ส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักตัวในช่วง 2,500 - 3,499 กรัม เท่ากับ 147 รายหรือร้อยละ 72.8

ตารางที่ 7 แสดงผลเลือดของสามีในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีบวกที่มาฝากครรภ์ 161 ราย พบว่าสามีให้ความยินยอมมาเจาะเลือด 52 ราย ไม่ยอมมาเจาะเลือด 109 ราย และในกลุ่มสามีที่มาเจาะเลือด 52 ราย พบว่ามีผลเลือดเอชไอวีบวก 36 ราย และเอชไอวีลบ 16 ราย

### วิจารณ์

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการคลอดในกลุ่มเอชไอวีบวกและเอชไอวีลบ

	คลอดปกติ	ช่วยเหลือการคลอด	รวม
ผู้ป่วยเอชไอวีบวก	171 (84.7%)	31 (15.3%)	202
ผู้ป่วยเอชไอวีลบ	12,818 (71.8%)	5,032 (28.2%)	17,850

ตารางที่ 8 น้ำหนักเด็กแรกเกิดในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีบวก (N = 202)

น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 2,000	13	6.4
2,000 - 2,499	30	14.9
2,500 - 2,999	87	43.1
3,000 - 3,499	60	29.7
3,500 ขึ้นไป	12	5.9

ตารางที่ 7 ผลเลือดสามี (N = 181)

ผลเลือดสามี	จำนวน	ร้อยละ
เอชไอวีบวก	36	22.4
เอชไอวีลบ	16	9.9
ไม่ได้เจาะ	109	67.7

จากสถิติการคลอดในโรงพยาบาลตากสินจะพบว่าตั้งแต่ ปี พ.ศ.2535, พ.ศ.2536 และ พ.ศ.2537 แนวโน้มที่จะพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยคลอดที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกสูงขึ้นเป็นลำดับ จากร้อยละ 0.9 ในปี พ.ศ.2535 เป็นร้อยละ 1.1 และ 1.4 ในปี พ.ศ.2536 และ ปี พ.ศ.2537 ตามลำดับ ซึ่งการที่สามารถตรวจพบผู้ป่วยเหล่านี้ได้มากขึ้นก็คงเป็นผลจากนโยบายการเจาะเลือดตรวจในผู้ป่วยคลอดทุกราย

เคยมีผู้เสนอจะให้เจาะเลือดตรวจเฉพาะในรายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น ซึ่งก็พบว่าจะทำให้ไม่สามารถตรวจพบความชุกชุมของโรคที่แท้จริงได้ เนื่องจากในสตรีกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงก็สามารถตรวจพบการติดเชื้อได้เช่นกัน<sup>(2,3)</sup> ขณะเดียวกันการเจาะเลือดตรวจหาการติดเชื้อทุกรายจะเป็นโอกาสอันดีที่จะทำให้สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ติดเชื้อทั้งในเรื่องการปฏิบัติตน การเข้าอยู่ร่วมในสังคม การปฏิบัติต่อคู่สมรส การลดพฤติกรรมเสี่ยง การเลี้ยงดูบุตร ตลอดจนการวางแผนในการมีบุตรครั้งต่อไป และเป็นโอกาสดีที่ทารกจะได้รับการติดตามและให้การรักษาที่เหมาะสม<sup>(4)</sup>

ดังได้กล่าวแล้วว่าการฝากครรภ์จะเป็นโอกาสดีที่จะค้นพบผู้ป่วยที่มีเชื้อเอชไอวีบวก แต่ก็พบว่ามีสตรีกลุ่มหนึ่งที่ไม่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลตากสินพบว่า ตลอดเวลา 3 ปี พบอุบัติการณ์ของสตรีที่มาคลอดโดยไม่ฝากครรภ์ 1,210 ราย จาก 18,052 ราย เท่ากับร้อยละ 6.7 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ดูในกลุ่มที่ไม่มาฝากครรภ์ พบว่าสตรีเหล่านี้มีผลเลือดเอชไอวีบวกเท่ากับ 41 ราย หรือเท่ากับร้อยละ 3.4 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มาฝากครรภ์จะพบเพียงร้อยละ 0.9 ซึ่งจะเห็นว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ค่า p เท่ากับ 0.05) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Donegan, Lindsay และคณะ<sup>(5,6)</sup> ดังนั้นถ้าสามารถส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์ทุกรายมาฝากครรภ์ แม้จะเพียงแค่ครั้งเดียว

เพื่อให้ได้มีการตรวจเลือดและตรวจร่างกาย ก็จะเป็นโอกาสอันดีที่เราจะค้นพบผู้ป่วยเอชไอวีบวก และสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้ดีขึ้น

เมื่อมาดูถึงอายุและจำนวนครรภ์ของผู้ป่วยในกลุ่มเอชไอวีบวกจะพบว่า เกือบร้อยละ 90 อยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 29 ปี และร้อยละ 20 เป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (13 - 20 ปี) ซึ่งจะเห็นว่าสตรีอายุน้อยๆเหล่านี้จะเป็นปัญหาในการแพร่กระจายโรคต่อไป เนื่องจากมักมีความถี่ในเรื่องเพศสัมพันธ์บ่อย ขณะเดียวกัน ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคน้อย<sup>(4)</sup> ดังนั้น ในกลุ่มสตรีอายุน้อยเหล่านี้ควรจะได้รับคำแนะนำความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆอย่างเคร่งครัด<sup>(7)</sup> ซึ่งน่าจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาได้

ในแง่ของจำนวนครรภ์ เกือบร้อยละ 90 ของสตรีที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกจะมีจำนวนครรภ์เท่ากับหรือน้อยกว่า 2 และร้อยละ 63 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ถึงแม้มาตรการการทำหมันและการทำแท้งที่น่าจะเป็นหนทางหนึ่งในการควบคุมการแพร่กระจาย แต่ก็คงเป็นวิธีที่ผู้ป่วยยอมรับเฉพาะรายที่มีบุตรเพียงพอหรือหลายคนแล้ว

โรงพยาบาลตากสินไม่มีนโยบายทำแท้งในสตรีเหล่านี้ แต่การทำแท้งก็ถือเป็นทางออกหนึ่งที่แนะนำแก่ผู้ป่วยในขณะให้ Pre-test counselling<sup>(6)</sup>

โรงพยาบาลตากสินมีนโยบายที่จะพยายามให้ผู้ป่วยเหล่านี้ทำหมันทุกราย ส่วนจะทำหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความยินยอมของผู้ป่วยโดยไม่มีการบังคับ แต่เมื่อมาดูสถิติการทำหมันในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีบวกพบว่า มีผู้ป่วยยินยอมทำหมันเพียง 14 ราย หรือเท่ากับร้อยละ 6.9

การที่ผู้ป่วยปฏิเสธการทำหมันอาจเป็นเพราะอายุน้อย และยังคงการมีบุตรอีก ดังนั้นการให้



การศึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย (safe sex) จึงเป็นมาตรการสำคัญที่ทางโรงพยาบาลจะต้องรณรงค์ในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ นอกเหนือจากการทำหมันและการทำแท้ง

เมื่อมาดูวิธีการคลอด จะพบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยในกลุ่มเอชไอวีบวกจะเป็นการคลอดปกติทางช่องคลอด คือ ร้อยละ 84.7 โดยมีอัตราช่วยคลอดโดยวิธีต่างๆ เช่น ผ่าตัดคลอด คีมช่วยคลอด เครื่องดูดสุญญากาศ และช่วยคลอดท่าก้น เป็นอัตราร้อยละ 15.3 ซึ่งจะแตกต่างจากในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีลบอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เพราะในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีบวกทางโรงพยาบาลมีนโยบายที่จะให้มีการคลอดปกติทางช่องคลอดโดยให้มีบาดแผลต่อมารดาและทารกน้อยที่สุด และจะให้การช่วยคลอดเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น

มีบางคนเชื่อว่า การติดต่อยังทารกในครรภ์มักจะเกิดในระยะท้ายของการตั้งครรภ์และจากช่องคลอด และแนะนำว่าการทำผ่าตัดคลอดอาจจะช่วยลดอุบัติการณ์การติดต่อยังทารกได้ แต่ก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป การช่วยคลอดควรจะทำเมื่อมีข้อบ่งชี้และให้มีบาดแผลน้อยที่สุด และการใช้คีมช่วยคลอดจะดีกว่าใช้เครื่องดูดสุญญากาศ<sup>(9,10)</sup>

น้ำหนักแรกเกิดของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ พบว่าร้อยละ 78.7 มีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม มีภาวะทารกตายในครรภ์ 3 ราย (ทั้ง 3 รายเป็นการตายในครรภ์ตั้งแต่การตั้งครรภ์ไตรมาสที่สอง) มี 2 รายที่ทารกมี APGAR Score ต่ำกว่า 6 ใน 1 นาที ซึ่งผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อการตั้งครรภ์นั้น บางรายงานกล่าวว่าอาจจะก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และมีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์สูง<sup>(11)</sup> แต่บางรายก็พบว่าทารกในกลุ่มที่มีเอชไอวีบวกโดยยังไม่มีอาการของเอดส์มักจะไม่ค่อยมีข้อแตกต่าง

ต่างในน้ำหนักแรกเกิด อายุครรภ์ ขนาดเส้นรอบวงศีรษะเด็กและ APGAR Score เมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป<sup>(12)</sup> ยกเว้นสตรีที่มีอาการของโรคเอดส์ จะมีอัตราเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์สูง<sup>(1)</sup> ซึ่งผลของการติดเชื้อเอชไอวีต่อการตั้งครรภ์คงจะต้องทำการศึกษารวมในโอกาสต่อไป

ที่น่าสนใจคือ ในกลุ่มผู้ป่วย 202 รายที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกนั้น สามารถจะนำสามีมาตรวจเลือดได้เพียง 52 ราย จากผู้ป่วย 161 ราย ที่พบในคลินิกฝากครรภ์ ทั้งๆที่ทางโรงพยาบาลได้พยายามแนะนำและชี้ให้เห็นความสำคัญของการเจาะเลือดสามีแต่ส่วนใหญ่ก็ยังไม่ยอมมา ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากผู้ป่วยไม่กล้าบอกผลเลือดให้สามีทราบ เพราะกลัวการไม่ยอมรับและการถูกทอดทิ้ง ส่วนผลการเจาะเลือดสามีพบว่าใน 52 รายมีผลเลือดเอชไอวีบวก 36 ราย และเอชไอวีลบ 16 ราย ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมักมีประวัติเคยแต่งงานมาก่อนและมาแต่งงานใหม่

จะเห็นได้ว่าปัญหาของคู่สมรสนั้นเป็นปัญหาใหญ่ในการที่จะแพร่กระจายโรค เพราะฉะนั้นจะต้องมีความพยายามแก้ไขปัญหานี้ โดยเริ่มตั้งแต่การเจาะเลือดก่อนการแต่งงานทุกครั้ง ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ทั้งสตรีที่มาฝากครรภ์และคู่สมรส แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อตัวเองต้องเป็นโรคหรือคู่สมรสเป็นโรค เพื่อป้องกันการหย่าร้างหรือการถูกทอดทิ้ง ขณะเดียวกันการโอบอุ้มผู้ป่วยเหล่านี้โดยสถาบันต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทางออก มีความกล้าในการจะเปิดเผยต่อคู่สมรส และสามารถจะดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม.



## เอกสารอ้างอิง

1. Ruder RW, Nsa W, Hassing SE, et al. Parinatal transmission of the human immunodeficiency virus type 1 to infants of seropositive women in Zaire. *N Eng J Med* 1989;320:1637-1642.
2. Barbacci M, Repke JT, Chaisson RE. Routine prenatal screening for HIV infection. *Lancet* 1991;337:709-711.
3. Landesman SH, Minkoff HL, Holman S, et al. Serosurvey of human immunodeficiency virus infection in parturients. *JAMA* 1987;258:2701-3.
4. Michael K, Lindsay. Human immunodeficiency virus and the obstetrician. *Clin Obstet Gynecol* 1993;36:821-831.
5. Donegan SP, Steger KA, Recla , et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus in parturients at Boston City Hospital: implications for public health and obstetric practice. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:622-629.
6. Lindsay MK, Feng TI, Peterson HB, et al. Routine human immunodeficiency virus infection screening in unregistered and registered inner-city parturients. *Obstet Gynecol* 1991;77:599-603.
7. Lindsay MK, Johnson N, Peterson HB, et al. Human immunodeficiency virus infection among inner-city adolescent parturients undergoing routine voluntary screening, July 1987 to March 1991. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:1096-1099.
8. Minkoff HL. Care of pregnant woman infected with human immunodeficiency virus. *JAMA* 1987;258:2714-2717.
9. Hudson CN, Sharp F. AIDS and obstetrics and gynecology. Ashton-under-Lyne: Peacock Press Ltd, 1988.
10. ประทักษ์โอประเสริฐสวัสดิ์. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์. ใน: วินิต พัวประดิษฐ์, บรรณาธิการ. การบริหารครรภ์เสี่ยงสูง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, 2533:308-309.
11. Gloeb DJ, Sullivan MJ, Efantis J. Human immunodeficiency virus infection in women: the effect of human immunodeficiency virus on pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1988; :756-761.
12. Minkoff HL, Henderson C, Monlez H, et al. Pregnancy outcomes among mothers infected with human immunodeficiency virus and uninfected control subjected. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1598-1604.