

## ผลการเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ใน 16 จังหวัด

(1 มกราคม 2544 – 31 ธันวาคม 2552)

นิรมล ปัญสุวรรณ

สำนักระบาดวิทยา

### บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สถาบันครอบครัว ในปี พ.ศ. 2532 เริ่มมีการรายงานผู้ป่วยเอดส์ในเด็กรายแรกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี และจากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ พบว่า เริ่มตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2534 ความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นสูงสุดถึง ร้อยละ 2.29 ในปี พ.ศ. 2538 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงจนถึงปัจจุบันความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ลดลงเหลือ ร้อยละ 0.87<sup>(1)</sup> กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้ ดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยดำเนินการครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ซึ่งปัจจุบันมีโรงพยาบาล จำนวน 900 แห่งที่ให้บริการ โดยได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยมีกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรมได้แก่ การให้การคำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ ให้การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์โดยความสมัครใจ การให้ยาแอสซิทรีซินในแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี และการให้นมผสมแทนนมมารดาเป็นเวลา 12 เดือน<sup>(2)</sup> ในปี พ.ศ. 2547 ได้มีการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเป็นเริ่มให้ยา AZT เมื่อตั้งครรภ์ 28 สัปดาห์ และ NVP 1 ครั้งเมื่อมาคลอด และยาน้ำ AZT 1 หรือ 6 สัปดาห์ แก่ทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อ เอชไอวี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก และในปี พ.ศ. 2549 ได้เพิ่มการให้ยาต้านไวรัสสูตร HAART เช่น GPOvir<sup>®</sup> หรือ GPOvir-Z<sup>®</sup> ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีข้อบ่งชี้ที่ต้องใช้ยาต้านไวรัสเพื่อการรักษาโรคเอดส์ นโยบายปัจจุบันจึงยังคงมีองค์ประกอบหลัก 4 กิจกรรมดังกล่าวร่วมกับเพิ่มการให้ยา AZT+3TC ต่ออีก 7 วันแก่มารดาหลังคลอดที่ได้รับยา NVP ในช่วงคลอด เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อเอชไอวี ดื้อยา NVP ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก<sup>(3)</sup> (WHO) นอกจากนี้มารดาและครอบครัวที่ติดเชื้อ เอชไอวี ต้องถูกส่งต่อบริการการดูแลรักษาเอชไอวีต่อเนื่องต่อไป<sup>(4)</sup>

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคขึ้นมา เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการตามมาตรการดังกล่าว โดยระบบเฝ้าระวังนี้จะเป็นแหล่งความรู้ที่สำคัญ ในการติดตามการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงาน การให้ยาต้านไวรัส AZT ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่จังหวัดสามารถนำไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดทำโครงการศึกษานำร่องเพื่อการพัฒนาเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่ 4 จังหวัดได้แก่ จังหวัดเชียงราย สงขลา อุบลราชธานี และเพชรบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ในปี พ.ศ. 2546 มีการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังบูรณาการกับระบบการติดตามเด็กของกรมอนามัย ในจังหวัดหนองคาย และแพร่ และขยายพื้นที่การเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติด

เชื้อเอชไอวีเพิ่มอีก 8 จังหวัดเพื่อให้เป็นตัวแทนเขตๆละ 1 จังหวัด ได้แก่จังหวัดจันทบุรี นครนายก ชัยภูมิ นครราชสีมา พระนครศรีอยุธยา บุรีรัมย์ นครศรีธรรมราช และสุโขทัย ปี 2549 มีถ่ายทอดองค์ความรู้ในการดำเนินงานเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีมีจังหวัดที่สนใจร่วมเข้าเป็นหน่วยเฝ้าระวังอีก 2 จังหวัดคือกรุงเทพมหานคร และปัตตานี รวมพื้นที่การเฝ้าระวังทั้งหมดจำนวน 16 แห่ง

การเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นกระบวนการค้นหาปัญหาและติดตามผลกระทบของการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ตามลักษณะของบุคคล เวลา สถานที่ และติดตามการเข้าถึงบริการและการใช้บริการในโครงการใช้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

## วิธีการเฝ้าระวัง

รูปแบบของการเฝ้าระวังเป็น hospital base surveillance โดยอาศัยการจดทะเบียนเด็กทุกคนที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีและติดตามเด็กดังกล่าวเป็นเวลา 2 ปี เพื่อทราบสถานภาพการติดเชื้อในเด็ก

ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือ เด็กทุกคนที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2544 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทุกแห่งใน 6 จังหวัด ได้แก่จังหวัดเชียงราย สงขลา อุบลราชธานี เพชรบุรี นongคาย และแพร่

เด็กทุกคนที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2546 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทุกแห่งใน 8 จังหวัด ได้แก่จังหวัดจันทบุรี ชัยภูมิ อยุธยา นครราชสีมา นครนายก บุรีรัมย์ นครศรีธรรมราช และสุโขทัย

เด็กทุกคนที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2549 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทุกแห่งใน 2 จังหวัด ได้แก่จังหวัดกรุงเทพมหานคร และปัตตานี

เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวัง ได้แก่ แบบรายงานการเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี (แบบรายงาน 506/1ก) ทะเบียนเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี (E0/506/1ก) และฐานข้อมูลเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ในระดับจังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลโดย โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับระบบเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี โปรแกรม Epi info คำนวณค่าสถิติ ร้อยละ

## ผลการเฝ้าระวัง

จากการเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2544 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 พบว่า มีเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี มารับบริการที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 8,883 ราย ซึ่งเป็นการรายงานจากโรงพยาบาลทั้งหมด 220 แห่ง

แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 8,883 รายนั้น เป็นแม่ที่ฝากครรภ์ 8,171 ราย ไม่ฝากครรภ์ 652 ราย และไม่ทราบประวัติการฝากครรภ์ 60 ราย สำหรับแม่ที่มาฝากครรภ์นั้นเป็นแม่ที่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมาฝากครรภ์ จำนวน 5,647 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.1 รองลงมาคือ ก่อนตั้งครรภ์ จำนวน 1,969 ราย ร้อยละ 24.1 ขณะมาคลอด จำนวน 275 ราย ร้อยละ 3.3 และหลังคลอด จำนวน 187 ราย ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ แม่ที่ไม่มีการฝากครรภ์ส่วนใหญ่จะทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีขณะมาคลอด ร้อยละ 36.6 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีของแม่ จากการเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2544 ถึง 31 ธันวาคม 2552

ระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี	แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>แม่มีการฝากครรภ์</b>	<b>8,171</b>	<b>92.0</b>
เมื่อมาฝากครรภ์	1,969	24.1
ก่อนตั้งครรภ์	5,589	68.4
ขณะมาคลอด	275	3.3
หลังคลอด	187	2.2
ไม่ทราบ	93	1.1
<b>แม่ไม่ฝากครรภ์</b>	<b>652</b>	<b>7.4</b>
ก่อนตั้งครรภ์	179	27.4
ขณะมาคลอด	239	36.6
หลังคลอด	200	30.6
ไม่ทราบ	20	3.0
<b>ไม่ทราบประวัติการฝากครรภ์</b>	<b>60</b>	<b>0.7</b>

แม่ที่คลอดทั้งหมด 8,883 ราย ส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอด 7,165 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.6 รองลงมา คือ ผ่าตัดทางหน้าท้อง 1,560 ราย ร้อยละ 17.5

การได้รับนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล ไม่ได้รับนมแม่ จำนวน 8,477 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.4 ได้รับนมแม่ จำนวน 188 ราย ร้อยละ 2.1 (ตารางที่ 2 )

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละวิธีการคลอดและการได้รับนมแม่ของทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2544 ถึง 31 ธันวาคม 2552

วิธีการคลอด/การได้รับนมแม่ของทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาล	เด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี	
	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการคลอด		
• ทางช่องคลอด	7,165	80.6
• ผ่าตัดทางหน้าท้อง	1,560	17.5
การได้รับนมแม่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล		
• ได้รับ	188	2.1
• ไม่ได้รับ	8,477	95.4

การได้รับยาต้านไวรัสในกลุ่มแม่ที่มาฝากครรภ์ พบว่า ได้รับยาต้านไวรัสทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และในเด็กแรกเกิด จำนวน 6,290 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.9 ของแม่ติดเชื้อเอชไอวีที่มาฝากครรภ์ สำหรับกลุ่มแม่ที่ไม่มีการฝากครรภ์ การได้รับยาต้านไวรัสส่วนใหญ่พบว่า ทารกได้รับยาต้านไวรัสขณะแรกเกิด ร้อยละ 55.9 รองลงมาคือ แม่ได้รับขณะคลอดและทารกได้รับขณะแรกเกิด ร้อยละ 31.5 และไม่ได้รับยาต้านไวรัสใดๆ ร้อยละ 3.4 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละช่วงเวลาการได้รับยาต้านไวรัส จำแนกตามรายจังหวัด จากการเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2544 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552

การได้รับยาต้านไวรัส	แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี	
	จำนวน	ร้อยละ
<u>แม่มีการฝากครรภ์</u>		
ขณะแม่ตั้งครรภ์ คลอด และแรกเกิด	6,290	76.9
ขณะแม่ตั้งครรภ์ และแรกเกิด	517	6.3
ขณะแม่คลอด และแรกเกิด	560	6.8
ขณะแม่ตั้งครรภ์ และคลอด	16	0.2
ขณะแม่ตั้งครรภ์	23	0.3
ขณะแม่คลอด	3	0.03
แรกเกิด	539	6.5
ไม่ได้รับยาต้านไวรัส	78	0.9
ไม่ทราบ	145	1.7

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละช่วงเวลาที่รับยาต้านไวรัส จำแนกตามรายจังหวัด จากการเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2544 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 (ต่อ)

การได้รับยาต้านไวรัส	แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี	
	จำนวน	ร้อยละ
<u>แม่ไม่มีการฝากครรภ์</u>		
ขณะแม่ตั้งครรภ์ คลอด และแรกเกิด	33	5.0
ขณะแม่ตั้งครรภ์ และแรกเกิด	11	0.2
ขณะแม่คลอด และแรกเกิด	206	31.5
ขณะแม่ตั้งครรภ์ และคลอด	-	-
ขณะแม่ตั้งครรภ์	-	-
ขณะแม่คลอด	3	0.4
แรกเกิด	365	55.9
ไม่ได้รับยาต้านไวรัส	22	3.4
ไม่ทราบ	12	1.8

จากการติดตามเพื่อทราบสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 เดือน จำนวน 7,836 ราย มีรายงานการสรุปสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 6,353 ราย

ในเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 เดือน ที่มีรายงานการสรุปสถานภาพการติดเชื้อ จำนวน 6,353 รายนั้น สามารถสรุปสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีได้ทั้งหมด 5,244 ราย โดยไม่ติดเชื้อ 4,974 ราย ร้อยละ 94.8 ติดเชื้อ 270 ราย ร้อยละ 5.2 ไม่สามารถสรุปการสถานภาพการติดเชื้อได้ จำนวน 1,109 ราย เนื่องจากติดตามไม่ได้ 997 ราย และเสียชีวิตก่อนการวินิจฉัย 112 ราย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี จากการเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2544 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552

การสรุปสถานภาพการติดเชื้อของเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี	เด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี	
	จำนวน	ร้อยละ
เด็กอายุมากกว่า หรือเท่ากับ 18 เดือน	7,836	
• เด็กที่ยังไม่ได้รับรายงานส่วนที่ 2*	1,483	18.9
• เด็กที่มีรายงานส่วนที่ 2	6,353	81.1
เด็กที่สามารถสรุปสถานภาพของการติดเชื้อเอชไอวีได้	5,244	
• ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	4,974	94.8
• ติดเชื้อเอชไอวี	270	5.2
เด็กที่ไม่สามารถสรุปสถานภาพของการติดเชื้อเอชไอวีได้	1,109	
• ติดตามไม่ได้	997	89.9
• เด็กเสียชีวิตก่อนให้การวินิจฉัย	112	10.1

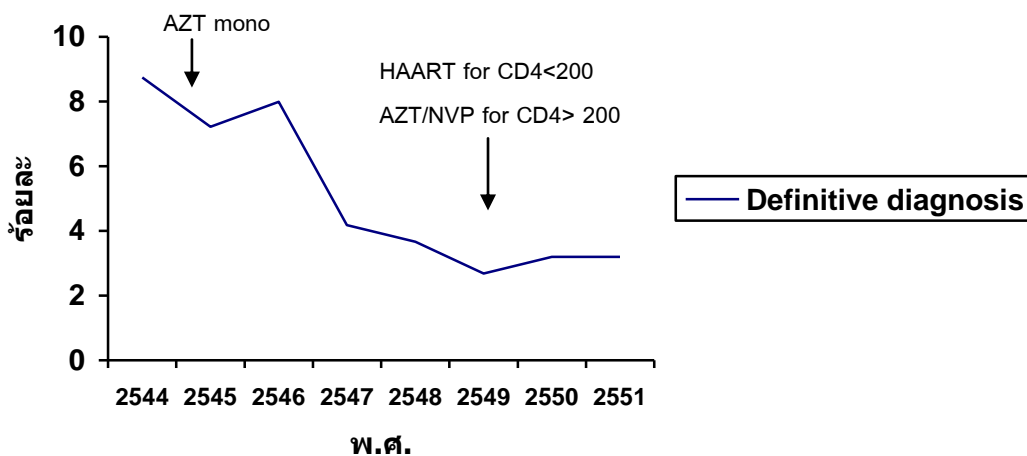
\*รายงานส่วนที่ 2 คือ เด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถสรุปสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีได้เมื่อมีผลการตรวจวินิจฉัยหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR เมื่ออายุ 2, 4, และ 6 เดือน และ Antibody เมื่ออายุ 12 และ 18 เดือน

ในปี พ.ศ. 2552 จำนวนเด็กที่สามารถสรุปสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีได้ทั้งหมด จำนวน 5,244 ราย ติดเชื้อเอชไอวี 270 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.2 เมื่อจำแนกอัตราการติดเชื้อเอชไอวีตามการได้รับยาต้านไวรัส พบว่า การได้รับยา AZT ครบทั้ง 3 ระยะ คือ ขณะตั้งครรภ์ ขณะรอดคลอด และแรกเกิด อัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 6.1 การได้รับยา ขณะตั้งครรภ์และแรกเกิด อัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 5.0 และการได้รับยาขณะรอดคลอดและแรกเกิด อัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 12.8 ส่วนการได้รับยา AZT ร่วมกับยาต้านไวรัสอื่น พบอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 3.3 และไม่ได้รับยาต้านไวรัสใด ๆ อัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 21.3 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำแนกตามมาตรการป้องกันรายจังหวัดจากการเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2544 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552

การได้รับยาต้านไวรัส	รวม		
	เกิด	ติดเชื้อ	ร้อยละ
จำนวนเด็กที่สามารถสรุป	5,244	270	5.2
<b>สถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีได้</b>			
ได้รับ AZT เท่านั้น	1,798	145	8.1
ขณะตั้งครรภ์ รอคอยคลอด แรกเกิด	1,139	69	6.1
ขณะตั้งครรภ์ และแรกเกิด	160	8	5.0
ขณะรอคลอด และแรกเกิด	148	19	12.8
ขณะตั้งครรภ์ และรอคลอด	1	1	100.0
ขณะตั้งครรภ์เท่านั้น	9	0	0
ขณะรอคลอดเท่านั้น	2	1	50.0
แรกเกิดเท่านั้น	285	41	14.4
ได้รับ AZT ร่วมกับยาต้านไวรัสอื่น	3,372	111	3.3
ได้รับยาต้านไวรัสอื่นอย่างเดียว	0	0	0
ไม่ได้รับยาต้านไวรัส	47	10	21.3

จากการดำเนินงานเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ถึง ปี พ.ศ. 2551 อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2544 ลดลงเหลือ ร้อยละ 3.2 ในปี พ.ศ. 2551



รูปที่ 1 อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จากการเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกรายปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 - 2551

## สรุปและอภิปรายผล

จากการเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ในจำนวนแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาคลอด 8,883 รายนั้น ยังคงมีหญิงที่ไม่ฝากครรภ์ ร้อยละ 7.4 และมีเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับนมแม่ขณะพักหลังคลอดในโรงพยาบาลถึง ร้อยละ 2.2 เนื่องจากการทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีหลังคลอดของแม่ที่ไม่ฝากครรภ์ถึง ร้อยละ 30.6 สำหรับหญิงที่มาฝากครรภ์ได้รับยาต้านไวรัส AZT เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 89.4 ช่วงเวลาในการได้รับยาครบทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ในขณะที่ตั้งครรภ์ รอคคลอด และทารกแรกเกิด ร้อยละ 76.9 ในหญิงที่ไม่ฝากครรภ์การได้รับยาต้านไวรัส AZT ได้เฉพาะในเด็กแรกเกิดเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.9 การให้คำปรึกษาในหญิงตั้งครรภ์เป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และสนับสนุนให้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี รวมทั้งแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับมาตรการการให้ยา เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และสร้างความรู้ความเข้าใจ ให้เห็นความสำคัญของการกินยาให้ได้รับประสิทธิภาพสูงสุด

เด็กอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 เดือน 7,836 ราย มีรายงานส่วนที่ 2 จำนวน 6,353 ราย สามารถสรุปสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีได้ 5,244 ราย คิดเป็น ร้อยละ 82.5 มีเด็กที่ไม่สามารถสรุปสถานภาพการติดเชื้อได้ถึง ร้อยละ 17.4 โดยส่วนใหญ่จะติดตามไม่ได้ ร้อยละ 89.9 ความสามารถในการสรุปการวินิจฉัยในเด็กให้ได้เร็วที่สุดมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อจำนวนเด็กที่จะสามารถให้การสรุปการวินิจฉัยได้ เนื่องจากระยะเวลาในการติดตามเด็กมีความสัมพันธ์กับจำนวนเด็กที่สามารถติดตามมาตรวจเลือดได้ ยิ่งระยะเวลาที่จะติดตามเด็กยาวออกไปจะมีเด็กที่ยังคงมาติดตามที่โรงพยาบาลลดลง จากการศึกษาการมาโรงพยาบาลตามนัดของเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า เด็กที่มีอายุ 6 เดือน ยังคงติดต่อกับโรงพยาบาลประมาณ ร้อยละ 93 เด็กที่อายุ 12 เดือน ยังคงมาติดต่อกับโรงพยาบาลประมาณ ร้อยละ 83 และเด็กที่มีอายุ 18 เดือน ที่ยังคงมาติดต่อกับโรงพยาบาลมีเพียง ร้อยละ 60<sup>(5)</sup>

เด็กที่สามารถสรุปสถานภาพการติดเชื้อได้ จำนวน 5,244 ราย พบอัตราการติดเชื้อ 270 ราย อัตราการถ่ายทอดเชื้อ เท่ากับ 5.2 ปัจจุบันการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กทารกสามารถตรวจด้วย PCR ได้ในช่วงเด็กมีอายุ 4 – 6 สัปดาห์<sup>(6)</sup> ซึ่งถ้าสามารถติดตามเด็กเพื่อมาตรวจเลือดได้ในช่วงอายุที่เด็กมารับบริการขั้นพื้นฐาน เช่น การรับวัคซีน การรับนมผสมแทนนมมารดา ได้จะทำให้ทราบอัตราการถ่ายทอดเชื้อที่แท้จริงได้

เมื่อจำแนกตามการได้รับยาต้านไวรัส พบว่า การได้รับยาต้านไวรัส AZT อย่างเดียวครบทั้ง 3 ระยะได้แก่ ขณะตั้งครรภ์ ขณะรอคลอด และเด็กแรกเกิด พบอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี 6.1 และการได้รับยาต้านไวรัส AZT ร่วมกับยาต้านไวรัสอื่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาเนวิราพีน (NVP) พบอัตราการถ่ายทอดเชื้อ 3.3 มีความครอบคลุมลดลงจาก ร้อยละ 83.0 เหลือเพียง ร้อยละ 64.3 ของแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี อาจเนื่องมาจากการปรับนโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยการเพิ่ม AZT+3TC นาน 7 วันหลังคลอดเพื่อลดการติดยา NVP และการให้ยาสูตร HAART ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีค่า CD4 ต่ำกว่า 200 cell/cu.mm หรือ มีอาการ



อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกมีแนวโน้มลดลงตามแนวทางการดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในปี 2544 อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ร้อยละ 8.7 โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อได้รับยา AZT เพียงตัวเดียว ปี 2547 มีการปรับเปลี่ยนนโยบายเพิ่มการให้ยา NVP อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีลดลงเหลือ ร้อยละ 4.1 และในปี 2549 มีการปรับเปลี่ยนนโยบายโดยการให้ยาสูตร HAART ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีค่า CD4 ต่ำกว่า 200 cell/cu.mm หรือ มีอาการ อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกลดลงเหลือ ร้อยละ 3.2

### ข้อเสนอแนะ

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ ร้อยละ 8 ที่มาฝากครรภ์ช้า หรือไม่ฝากครรภ์ จึงไม่ได้รับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์ และการได้รับยาต้านไวรัสไม่ครบในขณะตั้งครรภ์ รอคคลอด และทารกแรกเกิด ร้อยละ 21.3 ของหญิงติดเชื้อเอชไอวีที่มาคลอดทั้งหมด ซึ่งจะมีผลต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่ไปสู่ลูกได้

การวินิจฉัยการติดเชื้อ เอชไอวี ในเด็กยังไม่ครอบคลุม ประมาณ ร้อยละ 33 เนื่องจากเด็กขาดการติดตาม เสียชีวิต หรือการส่งรายงานล่าช้า ซึ่งอาจทำให้การคาดประมาณอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกคลาดเคลื่อน จึงควรมีการติดตามเด็กให้มีความครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งในปัจจุบันเด็กทุกคนที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR ได้ในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ โดยการสนับสนุนงบประมาณของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ และทบทวนการดูแลมารดาและทารก การเขียนบัตรรายงาน โดยศึกษาจากคู่มือการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี หรือสอบถามผู้รับผิดชอบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการให้คำปรึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อการเข้าถึงบริการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และการให้การปรึกษาเรื่องการใช้นมผสมเลี้ยงทารกแทนนมมารดา และการตรวจเลือดในเด็กทารกเพื่อสรุปสถานภาพการติดเชื้อ

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนาผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี เฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย รอบที่ 1 – 24 (พ.ศ. 2532 – 2551).
2. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายการดำเนินการและแนวทางการดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสำหรับประเทศไทย. เอกสารราชการเลขที่ สธ 0711.03/ ว9 ลงวันที่ 11 มกราคม 2543.
3. WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: Recommendations for a public health approach. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtct/en/index.html>. Accessed July 25, 2007.

4. แนวทางการปฏิบัติงานการดำเนินงานเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก และการดูแลแม่และลูกที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีนาคม 2549.
5. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายการดำเนินการและแนวทางการดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูกสำหรับประเทศไทย. เอกสารราชการเลขที่ สธ 0711.03/ ว9 ลงวันที่ 11 มกราคม 2543.
6. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. การประเมินโครงการนาร่องเพื่อการเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี. นนทบุรี: สำนักกระบาดวิทยา, พ.ศ. 2546.
7. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ. แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: การศาสนา; พ.ศ. 2551.