

# ทารกแรกเกิดจากมารดาติดยาเสพติดเฮโรอีนและมีแอนติบอดีต่อ เชื้อไวรัสเอดส์: รายงานผู้ป่วย 3 ราย

เสาวนีย์ จำเดิมเพ็ญจติก\*

ตำหรี จิตตินันท์\*

ประพันธ์ ภาณุภาค\*\*

อุษา ทิสยากร\*

ศศิธร ลิขิตนุกุล\*

พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์\*

สุภาสินี กังวาลเนาวรัตน์\*

**Chumdermpadetsuk S, Chittinand S, Likitnukul S, Phanuphak P, Thaithumyanon P, Tisyakorn U, Kungwarlnonvarat S. Thai newborn offsprings of intravenous heroin addicted and HIV antibody positive mothers : 3 case report. Chula Med J 1989 Jan; 33 (1) : 43-52**

*Three newborn offsprings of intravenous heroin addicted and HIV antibody positive mothers were admitted at the Department of Pediatrics, Chulalongkorn Hospital, during July to August 1988. They were the first three cases reported in Thailand. The mothers were asymptomatic and shared needles with other addicts. The infants had positive IgG HIV antibody by Elisa & Western Blot tests. They all manifested heroin withdrawal symptoms. Two had jaundice requiring phototherapy, and the third had partial exchange transfusion. Isolation, blood body fluid precaution were strictly practiced. Breast feeding was not recommended because of methadone ingestion and possible transmission of HIV through breast milk. The infants were discharged after 4-6 weeks in the hospital in good condition. Close follow up at home and in the hospital will be required to study the natural course and outcome. The psychosocial aspects of these mothers were complex. Special support to help them care for their babies at home was tailored to meet individual needs.*

*It is apparent that I.V. drug abuse is the main mode of HIV transmission. Policy setting, active family planning, education in AIDS prevention, elimination of I.V. drug abuse are important tools in controlling AIDS in Thailand.*

Reprint request : Chumdermpadetsuk S, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. October 10, 1988

\* ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรคเอดส์ในประเทศไทย ยังมีอุบัติการณ์ต่ำ พบเพียง 9 ราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527<sup>(1)</sup> จนถึงปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อโดยพบว่า มีแอนติบอดี 898 ราย ใน 4 ปี ไม่มีผู้ใดเคยรายงานว่ามีหญิงไทยมีครรภ์ติดเชื้อเสพติด และมี แอนติบอดีต่อ HIV ไวรัสให้กำเนิดบุตรซึ่งมีผลเลือดบวกเช่นกัน รายงานนี้เป็นรายงานผู้ป่วยทารกแรกเกิด 3 รายแรกของประเทศไทย เพื่อทบทวนการวางแผนทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแต่ละรายศึกษาระบาดวิทยาของประชากรกลุ่มนี้และเสนอแนวทางการควบคุมการระบาดของโรคอันอาจจะมีต่อไป โดยวางนโยบายและมาตรการการควบคุมโรคให้สอดคล้องกับสภาวะการระบาดของโรคในประชากรกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูง

## รายงานผู้ป่วย ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย คลอดครบกำหนดน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัม คลอดทำกันเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2531 มารดาอายุ 28 ปี ติดเชื้อโรอินมาเป็นเวลา 2 ปี เสพเชื้อโรอินวันละ 120 บาท ด้วยวิธีฉีดเข้าเส้นโดยใช้เข็มและกระบอกยา ร่วมกับผู้อื่น และเปลี่ยนมาใช้ของตัวเองเมื่อตั้งครรภ์ผู้ป่วยขณะตั้งครรภ์ไม่เคยฝากครรภ์ ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 ของสามีคนปัจจุบัน คนแรกยกให้ผู้อื่นไป มีบุตรอีก 2 คน เกิดกับสามีคนที่หนึ่งซึ่งเลิกกันไป อายุ 10 และ 7 ปีตามลำดับ ขณะนี้อยู่กับย่าเด็ก มารดาเคยต้องโทษจำคุก 2-3 ครั้ง ข้อหารับจ้างขายเฮโรอิน

ตรวจร่างกายหลังคลอด ความยาว 47 ซม. วัดรอบศีรษะ 32.5 ซม. วัดรอบอก 30.5 ซม. Apgar score 8 และ 10 ที่ 1 และ 5 นาที ตามลำดับ ผิวหนังมีรอยแดงที่เข้า 2 ข้าง ร้องกวน ริเฟลกซ์ไวกว่าปกติ การตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยเกิดอาการของการถอนยาอย่างชัดเจนภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยร้องกวน ร้องเสียงแหลม หิวบ่อย กำลังกล้ามเนื้อเพิ่มเล็กน้อย มีอาการสั่นเล็กน้อย ริเฟลกซ์ไวกว่าปกติ ผิวหนังบริเวณเข้าแดง ถ่ายเหลวเล็กน้อย และได้รับการรักษาด้วย phenobarbital ในวันที่สองเกิดมี bullous lesions ขึ้นที่บริเวณกัน 5-6 ตุ่มย่อยมีสิแกรมพบแต่เม็ดเลือดขาวทั้งสองชนิดนิวโทรฟิล และลิมโฟไซต์ ไม่พบแบคทีเรียการตรวจ Tzanck's smear ให้ผลลบได้ให้การรักษาด้วย cloxacillin เพราะวินิจฉัยว่าเป็นพู่ของ ผู้ป่วยตอบสนองดีต่อการรักษา แม้ว่าผลเพาะเชื้อจาก bleb ที่กลับมารายหลังขึ้นเป็น Acinetobacter lwoffii ตรวจเลือดพบมีเม็ดเลือดขาว 14,530/มม<sup>3</sup> นิวโทรฟิล 58 %, ลิมโฟไซต์

35 %, อีโอสิโนฟิล 1 %, M 6 %, E rosette 72 %, OKT4 42 %, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบ opiates metabolite ในปัสสาวะเมื่ออายุ 2 วัน VDRL ของแม่และลูกให้ผลลบ anti HIV ให้ผลบวกทั้งแม่และลูกโดยวิธี ELISA และ Western blot ได้ย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยแรกคลอดมายังห้องแยกในหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เมื่อทราบผลตรวจเลือดของมารดา, เมื่ออายุ 13 วัน มีเชื้อราในปาก ได้ให้การรักษาด้วย mycostatin เป็นเวลา 19 วัน ผ่าขาวในปากจางหายไปอาการถอนยาค่อย ๆ ลดลง จนสามารถลดขนาดของยา และหยุดยา phenobarbital ได้ภายใน 4 สัปดาห์ มารดาซึ่งไม่มีที่อยู่อาศัยและได้ทำสัญญายกบุตรให้กรมประชาสงเคราะห์ในขั้นต้นได้กลับใจ และได้รับความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ในเรื่องการหาที่อยู่, ให้นม และเงินอุดหนุนเพื่อยังชีพจึงสามารถส่งเด็กไปอยู่กับมารดาเมื่ออายุ 6 สัปดาห์ เด็กมีพัฒนาการปกติและไม่มีการร้องของ การติดเชื้อโรคเอดส์ เมื่อมาตรวจซ้ำอายุ 8 สัปดาห์ เด็กปกติดีจึงให้วัคซีนคอตีบ ไอกรน และบาดทะยัก และตับอักเสบบี

## ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยเด็กชายไทย น้ำหนักแรกเกิด 2,200 กรัม คลอดเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2531 คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ โดยใช้เข็มช่วย เนื่องจากมารดาเป็น pre-eclampsia รุนแรง มีน้ำเดินก่อนคลอด 19 ชั่วโมง และมีไข้ 38.2 เซลเซียส ขณะคลอด มารดาอายุ 24 ปี เด็กเป็นบุตรคนแรก ฝากครรภ์ที่ศูนย์เพียงครั้งเดียว เสพเชื้อโรอินมานาน 2 ปี วันละ 50 บาท โดยฉีดเข้าเส้น ใช้เข็มและกระบอกฉีดยา ร่วมกับเพื่อนผู้หญิง และลดขนาดลงเหลือวันละ 30 บาท เมื่อตั้งครรภ์ได้ 3 เดือน สามีติดยาเสพติดไม่เคยตรวจเลือด ทั้งคู่เคยต้องโทษจำคุกด้วยข้อหาค้าเฮโรอิน

ตรวจร่างกายหลังคลอด ความยาว 46 ซม. วัดรอบศีรษะ 33 ซม. วัดรอบอก 29 ซม. Apgar score 9 และ 10 ที่ 1 และ 5 นาทีตามลำดับ ผิวหนังมีรอยคิมที่แก้มทั้งสองข้าง การตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากมารดาติดเชื้อโรอิน และมีไข้ก่อนคลอด จึงให้การรักษาด้วยยา penicillin และ gentamicin หลังจากทำการเพาะเชื้อจากเลือด และให้ phenobarbital ผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการถอนยาเมื่ออายุ 2 วัน โดยมีแขน, ขาสั่น จามบ่อย, หายใจเร็ว กำลังของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และริเฟลกซ์ไวกว่าปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ VDRL ของมารดาและบุตรให้ผลลบ anti HIV ให้ผลบวกทั้งมารดาและบุตรโดยวิธี ELISA และ Western Blot และผลเพาะเชื้อ

แบคทีเรียจากเลือดให้ผลลบ อายุ 4 วัน มีอาการตัวเหลือง ระดับบิลิรูบินสูงสุด 17.6 มก/ดล. ได้ให้การรักษาด้วยแสงบำบัด (Phototherapy) อาการเหลืองลดลงเหลือ 12 มก/ดล. เมื่ออายุ 6 วันจึงหยุดให้แสง อาการถอนยาค่อย ๆ ลดลง เมื่ออายุ 4 สัปดาห์ สามารถหยุดยา phenobarbital ได้ น้ำหนักตัวเพิ่มเป็น 3650 กรัม เมื่ออายุ 6 สัปดาห์ ก่อนกลับไปหัดขึ้นตัวอีกสัปดาห์ และบิซิจิ

เมื่อให้มารดาออกจากโรงพยาบาล ได้แสดงความไม่ต้องการออกจากโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีที่อยู่อาศัย และไม่ได้มารับ methadone จากโรงพยาบาล เข้าใจว่ากลับไปเสพติดต่อใหม่อีก นักสังคมสงเคราะห์และจิตแพทย์จะร่วมกันวางแผนเพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองได้

แต่เมื่อให้มารดากลับบ้าน นักสังคมสงเคราะห์ได้ไปติดตาม พบว่ามารดาและบิดาอาศัยอยู่ใต้ต้นไม้ และริมเขื่อน ได้กลับไปฉีดเฮโรอีนใหม่ เมื่อนักสังคมสงเคราะห์ไปติดตามดู พบว่าทั้งมารดาและบิดาถูกคุมขัง 10 วัน เพราะข้อหาเสพเฮโรอีน

### ผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย น้ำหนักแรกเกิด 2,340 กรัม คลอดเองก่อนกำหนดบนรถแท็กซี่ เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2531 มารดาอายุ 30 ปี ไม่ได้ฝากครรภ์ มารดาเสพเฮโรอีน โดยฉีดยาเข้าเส้นมา 9 เดือน โดยใช้เข็มหัวกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น วันละ 50 บาท ฉีดครั้งสุดท้ายก่อนคลอด 10 ชั่วโมง ผู้ป่วยเป็นบุตรคนแรกของสามีคนปัจจุบัน มีบุตร 2 คน กับสามีคนแรก อายุ 12 และ 5 ปี ขณะนี้อยู่กับยาย บิดาของผู้ป่วยติดยาเสพติดมานานมีอาชีพรับซื้อของเก่า เคยต้องโทษจำขังข้อหาปล้น ไม่เคยตรวจเลือด

การตรวจร่างกายหลังคลอด ความยาว 45 ซม. วัตรอบศีรษะ 31 ซม. วัตรอบอก 31 ซม. อายุครรภ์ประมาณ 36 สัปดาห์ ร่องกวน รีเฟลกซ์ไว การตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยเกิดอาการของการถอนยาหลังคลอดประมาณ 11 ชั่วโมง แขน-สัน ร่องกวน กำลึงกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น รีเฟลกซ์ไว ได้ให้การรักษาด้วย Phenobarbital อายุ 2 วัน มีฮีมาโตคริตจากเส้นเลือดดำสูง 78 % เพราะได้รับเลือดจากรก (placento-fetal transfusion) น้ำหนักตัวขึ้นเป็น 2,600 กรัม เมื่ออายุ 2 สัปดาห์ ขณะนี้อยู่ในระหว่างการลดยา phenobarbital เพื่อควบคุมอาการถอนยา มารดาได้รับการสนับสนุนให้มีความผูกพันกับทารก โดยอนุญาตให้มารดามาเลี้ยงบุตรที่หอผู้ป่วยเด็กทุกวัน และให้การช่วย

เหลือด้านค่าใช้จ่ายในการนี้เพื่อป้องกันการละทิ้งบุตร และส่งเสริมให้เด็กเกิดความอบอุ่น เมื่ออาการทั่วไปดีขึ้น ภายหลัง 4 สัปดาห์ได้ส่งเด็กกลับบ้าน หลังฉีดวัคซีนตับอักเสบบี และบิซิจิ และให้ความสงเคราะห์จากโรงพยาบาลตามความจำเป็น เช่น 2 รายแรก

การติดตามดูแลเพื่อเฝ้าระวังโรคเอดส์และผลเสียจากการมีมารดาติดยาเสพติด จะทำโดยหน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ร่วมกับจิตแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์และศูนย์อนามัยแม่และเด็ก โดยเยี่ยมบ้านเป็นระยะ ๆ

### วิจารณ์

#### การดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย เป็นทารกแรกเกิด ซึ่งมีน้ำหนักตัวน้อย มารดาทั้ง 3 คนติดยาเสพติดโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และใช้เข็มร่วมกับผู้ที่มีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV แม้ทั้ง 3 รายติดเชื้อยังไม่แสดงอาการ จัดอยู่ในกลุ่มที่มีผลเลือดบวกอย่างเดียว แต่เชื้อไวรัสสามารถผ่านสู่ทารกเป็น vertical transmission ได้ อย่างไรก็ตามปัญหาเรื่องการติดเชื้อไม่ว่าจะเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดหรือภายหลังคลอด ยังไม่ใช่ปัญหารีบด่วนที่จะทำให้ทารกเสียชีวิต ปัญหาที่เกิดขึ้นกับทารกทั้ง 3 ราย คือภาวะถอนยาเสพติด<sup>(2-6)</sup> ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ อาจพบได้ และอยู่นานถึง 6-8 เดือน ทางภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใช้การให้คะแนนความรุนแรงของอาการถอนยาตามวิธีของ Lipsitz<sup>(7)</sup> ดังตารางที่ 1

การรักษาอาการถอนยาในทารกแรกเกิด นิยมใช้ paregoric (anhydrous morphine 0.4 มก/มล) ด้วยขนาด 0.2 มล - 0.5 มล ทางปาก ทุก 3-4 ชม. จนกว่าจะควบคุมอาการถอนยาได้ หรือให้ phenobarbital 5-10 มก/กก/วัน ซึ่งใช้ได้ผลดีและมีข้อเสียน้อยกว่ายาตัวอื่น ๆ ที่ใช้รักษาอาการถอนยา แต่ยา phenobarbital ไม่แก้อาการถอนยาทางระบบทางเดินอาหารต้องให้ยา paregoric แทน ควรค่อย ๆ ลดขนาดยาลงเมื่อควบคุมอาการถอนยาได้คงที่ทุก 3-5 วัน การใช้คะแนนอาการถอนยา (ตารางที่ 2) และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ช่วยเป็นแนวทางในการเพิ่มหรือลดขนาดยาที่ใช้รักษา อาการสั่น กระวนกระวาย และหลับน้อย อาจคงอยู่ได้นานถึง 6 เดือน ไม่ควรให้ยารักษาแก่ทารกต่อที่บ้าน เนื่องจากบิดามารดาอาจให้ยาน้อยหรือมาก

Table 1 Neonatal Drug Withdrawal Scoring System<sup>(7)</sup>

	Score			
	0	1	2	3
Tremor (muscle activity of limbs)	Normal	Minimally when hungry disturbed	Moderate or marked when undisturbed subside when fed or held snugly	Marked continuous even when undisturbed, going on to seizure-like movements
Irritability (excessive crying)	None	Slightly	Moderate to severe when disturbed or hungry	Marked even when undisturbed
Reflexes	Normal	Increased	Markedly increased	
Stools	Normal	Explosive, but normal frequency	Explosive, more than eight/day	
Muscle tone	Normal	Increased	Rigidity	
Skin abrasions	No	Redness of knees and elbows	Breaking of the skin	
Respiratory rate/min	55	55-75	76-95	
Repetitive sneezing	No	yes		
Repetitive yawning	No	yes		
Vomiting	No	yes		
Fever	No	yes		

From Lipsitz PJ : A proposed narcotic withdrawal score for use with newborn infants. Clin Ped. 1975; 14 : 592

ทารกในกลุ่มที่แม่เสพยาจะได้คะแนนเกิน 5 และเพิ่มความรุนแรงของอาการถอนยาหากไม่ได้รับการรักษา ทารกที่ไม่มีอาการถอนยาจะคะแนนไม่เกิน 5

การให้คะแนนนี้มีความแม่นยำประมาณร้อยละ 77

เกินกว่าที่ควรให้ และอาจเอายาของบุตรไปใช้เอง

จำเป็นต้องให้น้ำให้พอโดยให้ทางปาก หรือเข้าเส้น ในรายที่สูญเสียน้ำมาก เพราะทารกอาจตายจากภาวะขาดน้ำ ปอดบวม ชัก ถ้าไม่ได้รับการรักษา และอัตราการตายอาจลดได้เป็นศูนย์ถ้าให้การดูแลดีพอ

ปัญหาของการมีมารดาซึ่งติดเชื่อโรคเอดส์ โดยไม่มีอาการ คือ เด็กมีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นโรคได้ร้อยละ 33-50

ซึ่งมักจะเกิดอาการของโรคภายใน 4 เดือน ถึง 6-7 เดือน<sup>(9)</sup> ต้องถือว่าเลือดและน้ำคัดหลังของเด็กอาจมีเชื้อโรคเอดส์ และผ่านต่อให้ผู้อื่นได้ โดยมีอุบัติการณ์น้อยมาก แต่เนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้ถึงแก่ชีวิตและไม่มีการรักษา ไม่มีวัคซีนป้องกัน บุคลากรผู้ดูแลเด็กจะต้องได้รับการป้องกันจากโอกาสเสี่ยงนี้โดยมาตรการที่เคร่งครัดตามมาตรฐานของกองควบคุมโรคติดต่อ<sup>(10)</sup> รวมทั้งแยกเด็กและมารดาจากผู้ป่วยอื่น

พร้อมทั้งวางมาตรการโดยภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คือ

### มาตรการในการควบคุมดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรค AIDS, ARC หรือมีผลเลือดบวก

#### 1. นโยบายหลัก

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ยังไม่มีนโยบายรับโรค AIDS ไว้รักษาที่หอผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กทุกรายจะส่งต่อให้โรงพยาบาลบาราศนราดูร ถ้าสงสัยหรือมีหลักฐานว่าเป็น AIDS หรือ HIV antibody ให้ผลบวกยกเว้นในกรณีพิเศษคือทารกแรกเกิด\*

#### 2. การดูแลทารกแรกเกิดที่มารดาติดเชื้อโรคเอดส์ (HIV + ve) หรือสงสัย\*

2.1 เมื่อทราบว่ามารดามีประวัติเสพยาโดยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น หรือสงสัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์เมื่อคลอดขอให้ผู้ทำคลอดเก็บเลือดทางสายสะดือส่งตรวจ HIV (ติดป้าย Biohazard)

2.2 แยกเด็กไว้ในห้องแยกในหน่วยทารกแรกเกิด และดูแลเด็กอย่างผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรงไว้ก่อน จนกว่าผลเลือดจะปรากฏว่ามารดาไม่ติดเชื้อโรคเอดส์ (HIV +ve)

2.3 เมื่อทราบผลเลือด HIV +ve ในมารดาและลูก และแจ้งกรรมการโรคติดต่อของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้วรายงานกองควบคุมโรคติดต่อ

2.4 ย้ายเด็กไปแยกไว้ในหน่วยโรคติดต่อของภาควิชา

2.5 สังเกตอาการถอนยาเสพติด ถ้าวินิจฉัยว่าเด็กมีอาการถอนยาให้การรักษาจนกว่าจะหายจากอาการถอนยา แล้วให้มารดาจับกลับภายหลัง 4 อาทิตย์ เพื่อความปลอดภัยของทารกแรกเกิดกลุ่มที่อาจมีอาการถอนยาซ้ำกว่าปกติ

2.6 ถ้ามารดาไม่สามารถจะเลี้ยงลูกได้ ให้ทำสัญญาฝากเลี้ยง และนักสังคมสงเคราะห์พามารดาไปเซ็นยกบุตรให้ต่อหน้าเจ้าหน้าที่กรมประชาสงเคราะห์ เพื่อประโยชน์ในการรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรม แต่ถ้าป้องกันกรณีเช่นนี้ได้จะใช้มาตรการต่าง ๆ ป้องกันการละทิ้งบุตร หรือยกบุตรให้รัฐ

ในรายที่มารดาไม่มีอาการป่วย ให้มาเลี้ยงลูกที่หอผู้ป่วยในระหว่างที่รอการส่งทารกกลับบ้าน เพื่อให้มีความผูกพันระหว่างทารกและมารดา

2.7 ให้สุศึกษาและความช่วยเหลือบำรุง

สุขภาพกายและใจของมารดาและทารก โดยความร่วมมือของกุมารแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอื่น ๆ

2.8 ขอให้กรมประชาสงเคราะห์รับเด็กไปเลี้ยงในบ้านกึ่งวิถี เมื่อเด็กไม่ปรากฏอาการโรคเอดส์ และติดตามตรวจเลือดโดยหน่วยงานที่เหมาะสมจนทราบว่าเด็กปลอดโรคเอดส์ แล้วจึงดำเนินการหาบิดา-มารดาอุปถัมภ์ให้เด็กต่อไป

2.9 รายใดที่ปรากฏอาการโรคเอดส์ และผลทางห้องปฏิบัติการ สนับสนุนการวินิจฉัยให้ส่งเด็กต่อไปยังโรงพยาบาลบาราศนราดูร

2.10 ในรายที่เด็กพิการแต่กำเนิดหรือเขียว จะให้การรักษาเหมือนเด็กที่ไม่มีผลเลือดบวก การช่วยชีวิตฉุกเฉินจะทำในหอผู้ป่วยเด็กโรคติดต่อ ไม่ย้ายเข้า I.C.U. แต่ให้การรักษาในห้องแยก โดยให้ออกซิเจน และ/หรือ CPAP ฯลฯ ตามความจำเป็น

2.11 ถ้าทารกเสียชีวิต จัดการตามมาตรการของผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง

3. ผู้ป่วยเด็กอื่น ๆ ที่มี HIV antibody ให้แจ้งคณะกรรมการโรค AIDS ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และอาจารย์ประจำหน่วยโรคติดต่อของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ พร้อมทั้งแจ้งกระทรวงสาธารณสุข และไม่รับไว้ในหอผู้ป่วยเด็ก

#### 4. Blood-Body fluid precaution<sup>(10)</sup>

4.1 ไม่ต้องสวมผ้าปิดปาก

4.2 ใส่เสื้อคลุมถ้าคาดว่าจะถูกเลือดหรือน้ำคัดหลั่ง

4.3 ใส่ถุงมือเมื่อจับต้องเลือดหรือน้ำคัดหลั่ง

4.4 ล้างมือทันทีถ้าถูกเลือดหรือน้ำคัดหลั่ง และก่อนจับต้องผู้ป่วยคนอื่น

4.5 วัสดุที่เปื้อนให้ทิ้งในถุงแดงเพื่อนำไปเผาหรือถ้าจะนำมาใช้ใหม่ให้แช่น้ำยา sodium hypochlorite 0.4 %

4.6 เลือดและน้ำคัดหลั่งต่าง ๆ ถ้าหกเปื้อนบนเบื่อน เช็ดด้วยน้ำยา sodium hypochlorite 0.5 %

4.7 ใช้น้ำฆ่าเชื้อโรค aldehyde แช่เครื่องมือโลหะ 10 นาที-1 ชม. ก่อนนำไปอบฆ่าเชื้อหรือถ้าผ่านความร้อนไม่ได้ให้ใช้ได้โดยไม่ต้องอบฆ่าเชื้อฆ่าเชื้อ

- 4.8 เข็มฉีดยาเมื่อใช้แล้วจะไม่สวมเข้าปลอกเข็มใหม่ แต่ให้ทิ้งในกระป๋องโลหะปิดฝาและนำไปเผา
- 4.9 ประทับตรา Biohazard บนฉลากขวดเลือด น้ำคัดหลัง ฯลฯ ก่อนส่งห้องปฏิบัติการ

นอกจากนี้เราจะไม่ให้หมมารดาเลี้ยงบุตร เนื่องจากมารดาได้รับประทาน methadone และสามารถผ่านเชื้อไวรัสให้บุตรได้<sup>(11,12)</sup> ในขณะที่เดียวกันแพทย์จะต้องพยายามประเมินสภาพจิตความต้องการความช่วยเหลืออื่น ๆ ของมารดา โดยประสานงานกับสูติแพทย์ จิตแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อสนับสนุนให้มีความผูกพันระหว่างมารดาและบุตร ให้ทารกช่วยเป็นกำลังใจกระตุ้นให้มารดาต้องการเลิกยาเสพติดอย่างถาวร ทั้งนี้โดยอาศัยความช่วยเหลือจากสถาบัน องค์กรต่าง ๆ หรือเอกชน ส่วนกุมารแพทย์จะต้องติดตามดูแลอาการเด็กอย่างใกล้ชิด เพื่อสนับสนุนสุขภาพทั้งกายและใจ และตรวจหาหลักฐานของการเกิดโรคติดเชื้อ HIV ไวรัส และการติดเชื้ออื่น ๆ การรักษาโรคแทรกซ้อนจะช่วยลดอัตราการตาย และยืดอายุเด็กจนกว่าจะมียารักษาหรือลด activity ของการติดเชื้อในเด็กได้

มาตรการดังกล่าวเป็นมาตรการชั่วคราว ซึ่งต้องทบทวนตามระดับวิทยา ทรัพยากรที่มี ความช่วยเหลือจากภาคเอกชนและรัฐ นโยบายควบคุมโรคของรัฐบาล ความรู้เรื่องโรคเอดส์ซึ่งเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ปฏิบัติการของสังคม และปัจจัยอื่น ๆ มาเป็นเหตุผลในการพิจารณาดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก นอกจากนี้เด็กยังมีโอกาสต่อการติดเชื้อตัวอีกเสบปีด้วย จึงต้องตรวจกรองทั้งมารดาและบุตรและให้การรักษา เช่นปกติ

**2. ระบาดวิทยา** ดังได้กล่าวแล้วว่ายังไม่เคยมีรายงานในประเทศไทย เกี่ยวกับทารกแรกเกิดมีผลเลือดบวกต่อ HIV ไวรัส โดยผ่านจากมารดาที่มีผลเลือดบวก และติดเชื้อโรอื่นฉีดเข้าหลอดเลือดดำมาก่อน ทั้งนี้เป็นเพราะสตรีติดยาเสพติดมักมีโอกาสตั้งครรรภ์น้อยลง หรือมีอัตราทารกตายในครรภ์สูงกว่ามารดาปกติ<sup>(13)</sup> และจำนวนหญิงที่ยอมรับว่าติดยาเสพติดมาตลอดจำนวนน้อย เพียงประมาณ 5 ราย ต่อปีที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์<sup>(14)</sup> คณะกรรมการโรคเอดส์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เริ่มการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคเอดส์ในหญิงติดยาเสพติดเดือนเมษายน 2531 ถึงปัจจุบันเป็นจำนวน 10 ราย ให้ผลบวก 4 ราย เป็นหญิงมีครรภ์ 4 ราย 3 ใน 4 รายได้คลอดทารก 3 คน ตามรายงานนี้ อุบัติ

การดังกล่าวอาจเป็นเพียงส่วนของภูเขาน้ำแข็งซึ่งไหลออกมาให้เห็นในระยะเวลาไม่กี่เดือน เราไม่สามารถคำนวณได้ว่าฐานของภูเขาน้ำแข็งที่ซ่อนอยู่นั้นจะมากน้อยเพียงใด เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคใหม่ซึ่งรู้จักในสหรัฐมา 6 ปี<sup>(15)</sup> และในประเทศไทยเพียง 4 ปี<sup>(16)</sup> ถ้าจะใช้สถิติของคนติดยาเสพติดในประเทศไทย และจำนวนคนที่ตรวจแล้วให้ผลบวกมาประมาณอุบัติการณ์ก็อาจมากกว่าที่เป็นจริงเพราะในการตรวจเลือกผู้รายงานอาจเลือกกลุ่มประชากรเสพติดยาที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงกว่าผู้ติดยาทั่วไป เพราะมีการใช้เข็มร่วมกับผู้อื่นมีอาชีพบริการและหรือเคยต้องโทษ อัตรานี้คือร้อยละ

4.5 จากการตรวจผู้เสพติดจำนวน 7,615 คน<sup>(17)</sup> และร้อยละ 37.7 (20/53) จากตารางที่ 2 จะพบว่ากลุ่มที่ให้ผลเลือดบวกมากที่สุดคือ พวกติดยาเสพติดฉีดเข้าหลอดเลือดดำมีผลเลือดบวกถึงร้อยละ 82 (776/934) รองลงมาคือชายรักร่วมเพศ (80/934 = 8.6 %) ส่วนหญิงรักต่างเพศ ซึ่งคงเป็นหญิงบริการ มีผลเลือดบวกร้อยละ 2.4 (22/934 = 2.4 %) จากการตรวจผู้บริจาคเลือดจำนวน 147,000 ราย ไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ HIV ไวรัสเลย<sup>(17)</sup> ดังนั้นจึงเห็นได้เด่นชัดว่าการระบาดของเชื้อไวรัสนี้ต่างจากรายงานของสหรัฐอเมริกาหรือแอฟริกา ถ้าคิดอัตราผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์คือมีอาการแน่นอนและผู้ติดเชื้อทั้ง ARC ต่อผู้ที่มีผลเลือดบวกเท่านั้น คือ 36 : 934 หรือ = 1 : 26 คือถ้ามีเอดส์หรือ ARC 1 รายจะคำนวณได้ว่ามีผู้ติดเชื้อแล้ว 26 ราย ส่วนการติดเชื้อชนิด Vertical และ perinatal transmission คือจากแม่สู่ทารกในครรภ์เรายังไม่ทราบอัตราเสี่ยงที่แท้จริงในประเทศไทยเนื่องจากผู้ป่วยในรายงานนี้เป็น 3 รายแรกที่ตรวจพบ จึงจำเป็นต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดต่อไป แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีผู้รายงานโรคเอดส์ในเด็กอายุน้อยในประเทศนี้จึงพออนุมานได้ว่าโรคไม่น่าจะชุกชุมมาก และคงต้องตรวจเลือดหญิงมีครรภ์ที่อยู่ในกลุ่มปัจจัยเสี่ยงสูงต่อไปเพื่อการวินิจฉัยและการป้องกัน ปัญหาที่สำคัญของทารกจากมารดามีผลเลือดบวก คือ ทารกมีโอกาสติดโรคเอดส์ได้สูง ถึงร้อยละ 33-50 อาการจะเกิดช้าหรือเร็ว ขึ้นกับภาวะโภชนาการ การเลี้ยงดูที่ได้รับ และการติดเชื้อโรคอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้ภูมิคุ้มกันของเด็กลดลง จึงแสดงอาการของโรคเอดส์เร็ว แต่โอกาสที่ทารกจะผ่านเชื้อให้ผู้อื่นนั้นน้อยมาก<sup>(18)</sup> แพทย์จึงจำเป็นต้องช่วยป้องกันเด็กและมารดาจากการถูกสังคมรังเกียจ และในขณะที่เดียวกันก็ต้องช่วยป้องกันสังคมจากการติดเชื้อด้วย หน้าที่ดังกล่าวขัดแย้งกันในตัว จึงต้องอาศัยอยู่ที่เกี่ยวข้องด้วยหลายฝ่ายช่วยกันให้การศึกษาต่อประ-

ชากรเป้าหมาย ช่วยให้ความสงเคราะห์กับเด็กและมารดาตามความจำเป็นการดูแลสุขภาพทั่วไป การให้วัคซีนควรกระทำร่วมกันโดยกุมารแพทย์ของโรงพยาบาล ศูนย์อนามัย

แม่และเด็กโดยมีนักสังคมสงเคราะห์ นักสังคมศาสตร์ช่วยติดต่อประสานงานและติดตามผล

Table 2 AIDS Prevalence in Thailand (up to June 30, 1988).

Risk factors	No. of patients			Total
	definite diagnosis	related symptoms	Contact	
Homosexual or Bisexual male	8	18	54	80
Heterosexual male	0	2	1	3
Heterosexual female	0	5	17	22
Narcotic abuser (IV)	0	0	776	776
Blood transfusion	1	0	5	6
Unknown	0	2	45	47
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>27</b>	<b>898</b>	<b>934</b>
Living in Thailand	4	24	895	923

From Center of AIDS Prevention and Control.  
Department of Communicable Disease Control of Thailand<sup>(1)</sup>.

### 3. การควบคุมการระบาดของ HIV ไวรัสผู้ทารกแรกเกิด

จากการศึกษาของ รศ.นพ.ประพันธ์ ภานุภาค หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงสุด คือผู้ที่ติดเชื้อเสฟติดฉีดเข้าหลอดเลือดดำที่ใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 30 ของหญิงที่มาตรวจทั้งหมด 10 คน โดยติดเชื้อ 4 คน และใน 4 คน ตั้งครรภ์แก่ทั้ง 4 คน มีเลือดบวก 3 ราย เราไม่อาจทำการลดอัตราเสี่ยงของ vertical transmission ได้ เนื่องจากยังมีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ได้รับการตรวจหาหลักฐานการติดเชื้อ แต่ถ้ามีการศึกษาหญิงติดเชื้อเสฟติดทั้งหมด และให้ความรู้กับหญิงเหล่านั้นให้ถูกวิธี จนสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้จนให้เลิกเสฟติดจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุด รองลงมาคือให้เปลี่ยนมาใช้ยาปรับประเทาน methadone มีผู้เสนอแนะให้แพทย์สอนวิธีใช้ยาฉีดเข้าเส้นด้วยวิธีปลอดเชื้อ ใช้เข็มและกระบอกฉีดปลอดเชื้อ ซึ่งเป็นวิธีที่ดีน้อยที่สุด เพราะขณะที่ผู้ติดยามีความต้องการยาอย่างรุนแรงผู้ป่วยติดยาจะไม่สนใจว่าจะเกิดโรคหรือแม้แต่เสียชีวิต ดังนั้นประชากรกลุ่มนี้จะ

ต้องได้รับการวางแผนครอบครัวอย่างเคร่งครัด ป้องกันการตั้งครรภ์ในขณะที่ยังใช้ยาเสฟติดเข้าเส้นเลือดหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะติดเชื้อ หรือมีเลือดบวก การใช้ยาปรับประเทานคุมกำเนิด ไม่น่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสม เพราะขาดความร่วมมือจากหญิงติดยาเสฟติด การฝังยาคุมกำเนิด d-norgestrel ซึ่งมีฤทธิ์คุมกำเนิดได้ 5 ปี หรือการทำหมันถาวรน่าจะเหมาะสมกว่า และควรมีผู้ทำการศึกษาต่อไป การทำแท้งในหญิงซึ่งมีผลเลือดบวกเมื่อครรภ์อ่อน อาจจำเป็นในบางรายโดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการและผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ตรวจภายในก่อนหรือขณะตั้งครรรภ์ต้องผ่านการฆ่าเชื้ออย่างถูกวิธีโดยการอบ แต่ชิ้นส่วนของเครื่องมือที่อบไม่ได้ เช่น หลอดไฟของเครื่อง scope ใช้ยา aldehyde แช่ 10 นาที - 1 ชั่วโมง การเปลี่ยนเชื้อในห้องคลอดสู่บุคลากรและผู้ป่วยอื่น ผู้ที่ไม่สมควรจะมีบุตรต่อไปควรได้รับการผ่าตัดทำหมันถาวรภายหลังคลอด

ส่วนหญิงอาชีพบริการควรได้รับการตรวจตราสม่ำเสมอ และให้การศึกษาเรื่องวิธีการป้องกันตัวเองจาก

การติดเชื้อ คือ ไม่ทำออร์ลเซกซ์ ไม่รวมเพศทางทวารหนัก และสนับสนุนให้ผู้ให้บริการใส่ปลอกชนิดที่ทำด้วยลาเทกซ์ ไม่ใช่จากสารธรรมชาติ ใส่สารหล่อลื่นที่มี nonoxynol 9 อย่างน้อย 65 มก. การใช้ปลอกต้องถูกวิธี<sup>(10)</sup> ส่วนพวกที่มีเลือดบวก<sup>(19)</sup> ต้องได้รับการบอกเล่าว่าสามารถติดเชื้อจากผู้อื่นได้ง่ายเมื่อภูมิคุ้มกันต่ำ และสามารถผ่านเชื้อ HIV ให้ผู้อื่นด้วย สามียของหญิงที่มีเลือดบวกต่อ HIV ไวรัสควรทราบโอกาสเสี่ยงติดเชื้อต่อตนเอง และบุตรที่จะเกิดได้

จึงควรร่วมมือกันป้องกันอย่างจริงจัง

วัคซีนโรคเอดส์ จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อในพลโลก แต่เข้าใจว่าจะไม่สามารถนำมาใช้ได้ก่อนปี 2533<sup>(20)</sup> วัคซีนที่ดีจะต้องทำให้เกิด neutralizing antibody เมื่อใช้ร่วมกับการป้องกันการติดเชื้อด้วยวิธีอื่น ๆ น่าจะควบคุมโรคได้ดีกว่าปัจจุบัน เราพอสรุปการควบคุมและการรักษาโรคเอดส์ได้ ดังตารางที่ 3

**Table 3 Control and Therapeutic Tactics Against AIDS**

- A. Prevention**
1. Intensive education programs to reduce risk
    - Safe sex
    - No shared needles
    - Safe blood supply
  2. Deferment of pregnancy among high-risk subjects
  3. HTLV-III/AV vaccine
- B. Treatment of HTLV-III/LAV infection : chemotherapy against retrovirus เช่น zidovudine (Retrovir)<sup>(22)</sup>**
- C. Therapy of HTLV-III/LAV infection sequelae**
1. Immunologic reconstitution
    - Bone marrow transplantation
    - Transfer of immune competent cells
  2. Immunologic enhancement
    - Cytokines (e.g., interleukin-2 and interferon)
    - Immunologic adjuvants
  3. Aggressive treatment of infection and malignancy
  4. New therapy of refractory infections
    - Mycobacterium avium-intracellulare
    - CMV
    - Cryptosporidiosis
    - Pneumocystis carinii
  5. Prophylaxis against pneumocystis with trimethoprim sulfamethoxazole
  6. Gammaglobulin infusion
    - ? Treatment for lymphocytic interstitial pneumonitis (LIP)
    - ? Protection against bacterial and viral sepsis

สำหรับข้อ B คือยาตัวใหม่นี้ ผศ.พญ. มัทนา หาญพานิชย์ และ รศ.นพ.ประพันธ์ ภาณุภาค ได้ทำการทดลอง ในประชากรไทย พบว่าส่วนใหญ่ของคนไทยที่ได้รับยานี้ทนยาขนาดสูงไม่ได้ดีเท่าคนอเมริกัน แต่ถ้าทนยาได้ อาการทั่วไปมักดีขึ้น<sup>(23)</sup>

## สรุป

ผู้ป่วยเด็กแรกเกิด 3 รายรับไว้ในภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2531 มารดาของทารกทั้ง 3 ติดเชื้อโรันโดยเข้าหลอดเลือดดำและใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น มารดามีผล



เลือดบวกต่อ HIV ไวรัสโดยไม่มีอาการของโรคเอดส์ ทารกทั้ง 3 รายมีแอนติบอดีต่อ HIV ไวรัสเมื่อตรวจด้วยวิธี Elisa และ Western blot เด็กมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย มีอาการถอนยา รายที่ 2 ตัวเหลืองรักษาด้วยการฉายแสง ส่วนรายที่ 3 มีฮีมาโตคริตสูง 78 % จากการ placentofetal transfusion ต้องทำการถ่ายเปลี่ยนเลือดบางส่วน (partial exchange transfusion) และฉายแสง ทุกคนได้รับยา phenobarbital เพื่อระงับอาการถอนยา แต่ไม่ได้รับประทานนมมารดา เพราะมารดาได้รับยา methadone และอาจจะถ่ายทอดเชื้อโรคเอดส์ทางน้ำนม บุคลากรของโรงพยาบาลได้รับการศึกษาเพื่อลดความกลัวการติดเชื้อและปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการกระจายเชื้อจากเลือดและน้ำคัดหลั่งต่าง ๆ ทารก 3 ราย มีพัฒนาการและอาการทั่วไปปกติดีเมื่อให้กลับบ้าน

ปัญหาการเสพติด เศรษฐฐานะ สภาพจิตของมารดา เจตคติของสังคมต่อโรคเอดส์ เป็นปัญหาสลับซับซ้อน แพทย์ผู้รักษาต้องให้การดูแลแบบเบ็ดเสร็จร่วมกับสูติ-แพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักสังคม-

ศาสตร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐเพื่อควบคุมไม่ให้มีการกระจายเชื้อสู่ผู้อื่น แต่ก็ต้องระวังไม่ให้สังคมรังเกียจจนเกิดปฏิกิริยาต่อต้านรุนแรง ส่วนใหญ่การติดเชื้อโรคเอดส์ในทารกอาจยังไม่เกิดอาการจนถึง 4 เดือน - 8 ปี หลังคลอด จึงต้องเฝ้าระวังเพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพ เช่นทารกปกติและรักษาเมื่อมีโรคแทรกซ้อนทันที

ในประเทศไทยการกระจายของโรคเอดส์ส่วนใหญ่เกิดจากยาเสพติด ดังนั้นหญิงติดยาเสพติดด้วยเจริญพันธุ์จึงจำเป็นต้องได้รับการวางแผนครอบครัวอย่างดีก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์อ่อน และหลังคลอดเพื่อกันไม่ให้เกิด vertical และ perinatal transmission ต่อทารก และด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ควรเลิกฉีดเฮโรอีนเข้าหลอดเลือดดำ และเลิกยาเสพติดอย่างถาวรจะช่วยยับยั้งการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยได้วิธีหนึ่ง ส่วนหญิงบริการควรได้รับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ และให้ความรู้ถึงวิธีป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโรคจากชายผู้ให้บริการ และเมื่อติดเชื้อแล้วจะต้องเปลี่ยนอาชีพด้วยความช่วยเหลือของหน่วยงานต่าง ๆ พร้อมทั้งคุมกำเนิดเพื่อกันการส่งต่อเชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์

## อ้างอิง

1. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ เดือนมิถุนายน 2531
2. Shute E, Davis ME. The effect on the infant of morphine administered in labor. Surg Gynecol Obstet 1933 Dec; 57(6) : 727-736
3. Glass L, Rajegowda BK, Evans HE. Absence of respiratory distress in syndrome premature infants of heroin-addicted mothers. Lancet 1971 Sep 25; 2 (7726): 685-686
4. Zelson C, Lee S, Casalino M. Neonatal narcotic addiction : comparative effect of maternal intake of heroin and methadone. N Engl J Med 1973 Dec 6; 289 (23): 1216-1220
5. Reddy AM, Harper RG, Stern G. Observations on heroin and methadone withdrawal in the newborn Pediatrics 1971 Sep ; 48(3) : 353-358
6. Rajegowdsa BK, Glass L, Evans HE, Maso G, Swarty DP. Methadone withdrawal in newborn infants. J Pediatr 1972 Sep; 81(3) : 532-534
7. Lipsitz PJ. A proposed narcotic withdrawal score for use with newborn infants: a pragmatic evaluation of its efficacy. Clin Ped 1975 Jun; 14 (6) : 592-594
8. American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics 1983 Dec ; 72 (6) : 895-902
9. Kamani N, Lightman H, Leiderman I, Krilov LR. Pediatric acquired immunodeficiency syndrome related complex : clinical and immunologic features. Pediatr Infect Dis 1984 Jun; 7 (6) : 383-388
10. American Academy of Pediatrics. Report of the Committee on Infectious Disease. 20<sup>th</sup> ed. Elk Grove Village, Illinois : 1988.
11. Thiry L, Sprecher-Goldberger S, Jonckheer T, Levy J, Henrivaux P, Clumeck N. Isolation of AIDS virus from cell-free breast milk of three healthy virus carriers. Lancet 1985 Oct 19; 2 (8460) : 891-892
12. Ziegler JB, Cooper DA, Johnson RO, Gold J. Postnatal transmission of AIDS-associated retrovirus from mother to infant. Lancet 1985 Apr 20 : 1 (8434) : 896-897
13. Behrman RE, Vaushan VC, Nelson WE, eds. The Fetus : Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia : W.B. Saunders, 1987. 367-373
14. Pongsvej S : personal communication.
15. CDC Update. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). United States. MMWR 1984 Nov 30; 33(47) : 661-664

16. Wilde H, Locharoenkul C, Phanuphak P. Acquired immune deficiency syndrome in Thailand. *Asian Pac J Allergy Immunol* 1985 Jun; 3(1) : 104-107
17. Thongcharoen P. AIDS and Asia. *Asian Pac J Allergy Immunol* 1988 Jun; 6(1) : 1-2
18. Recommendations for prevention of HIV transmission in health. Care settings. *MMWR* 1987 Jul ; 36(25) : 3S-18S
19. Koop CE. Physician leadership in preventing aids. *JAMA* 1987 Oct 16; 258(15) : 2111-2112
20. Public Health Service. Plan for the prevention and control of acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Public Health Rep* 1985 May; 100(5) : 453-455
21. Barbour SD. Acquired immunodeficiency syndrome of childhood. *Pediatr Clin North Am* 1987 Feb; 34(1) : 247-274
22. Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, Gottlier MS, Volberding PA, Laskin OL, Leedom JM, Groopman JE, Mildvan D. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex : a double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med* 1987 Jul 23; 317(4) : 185-191
23. Harnipanich M. Phanuphak P : personal communication.