

รายงานผู้ป่วย

ผลของการตั้งครรภ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี : รายงานผู้ป่วย 5 ราย และบทฟื้นฟูวิชาการ

กำธร พุกษานานนท์*

ไพโรจน์ วิจิตรพาณิชย์* ประเสริฐศรี เซ็นตระกูล*

กอบจิตต์ ลิมปพยอม* ธีรา ตัณฑวนิช*

Pruksananonda K, Witoonpanich P, Sentrakul P, Limpaphayom K, Tandavanich T. Pregnancy outcome of HIV positive women: Report of 5 cases and literature review. Chula Med J 1989 Mar; 33(3): 219-226

Five cases of asymptomatic pregnant women with HIV positive were detected from July-October 1988 at Chulalongkorn Hospital. All were addicted to intravenous drug abuse, such as Heroine, ranging from 8 months to 5 years. Most of them never came for antenatal care prior to delivery. The obstetrics complications were severe preeclampsia, PROM with fever, and premature labor in one case, precipitated labor in one case, breech presentation in two cases. All were delivered trans vaginally. No postpartum complication was detected. The 1 and 5 min APGAR scores of the babies were more than 7. Their birth weight were 2500 gm. or lower. Cord blood for anti HIV were positive in every case. One baby showed sign of drug withdrawal symptoms. Awareness and suspicion that HIV may be detected in pregnant women especially from the risk group should always be kept in mind.

Reprint request : Pruksananonda K, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. January 3, 1989.

Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) เป็นกลุ่มอาการของโรคซึ่งมีอันตรายอย่างยิ่ง อันเป็นผลเนื่องมาจาก Virus (HIV) ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง แต่เดิมกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงมักได้แก่ กลุ่มชาย Homosexual, ผู้ป่วย Hemophilia, ชาวไฮติ, กลุ่มผู้ติดยาเสพติด, หญิงบริการอาชีพพิเศษ ในปัจจุบันกลุ่มที่ได้รับความสนใจมากขึ้นคือกลุ่มคู่สมรสของผู้ที่มีอัตราเสี่ยงต่อ AIDS เหล่านี้ และทารกซึ่งคลอดจากมารดาซึ่งมีอัตราเสี่ยงต่อ AIDS สูง

ในเดือนธันวาคม 1985, Centers for Disease Control ในสหรัฐอเมริกา แนะนำให้สตรีซึ่งมีความเสี่ยงต่อ AIDS ซึ่งกำลังตั้งครรภ์ หรือที่คิดจะตั้งครรภ์ ควรได้รับการตรวจ antibody ต่อ human immunodeficiency virus (HIV)⁽¹⁾ ซึ่งทาง American College of Obstetricians and Gynecologists ได้ยอมรับนโยบายอย่างเป็นทางการเมื่อเดือนเมษายน 1987⁽²⁾ ดังนั้นสูติ-นรีแพทย์ในสหรัฐอเมริกาจะต้องเป็นผู้เผชิญกับกลุ่มผู้ป่วยที่ทราบว่าจะติดเชื้อ HIV แต่ไม่มีอาการจำนวนมาก, ในประเทศไทย แม้ว่าขณะนี้ยังไม่มีการใช้นโยบายดังกล่าว แต่สูติ-นรีแพทย์ จึงควรเตรียมพร้อมที่จะดำเนินการกับปัญหาทางสังคม, จริยธรรม, และปัญหาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเหล่านี้ นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อ HIV แต่กำเนิดจะมีโอกาสพบมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับทารกติดเชื้อแต่กำเนิดที่เป็นอันตรายอย่างอื่น

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 19 ปี ทำงานบ้าน บ้านอยู่กรุงเทพฯ นับถือศาสนาอิสลาม ตั้งครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 3 บุตรสองคนก่อนคลอดปกติ อายุ 5 ปี และ 3 ปีตามลำดับ ไม่ทราบน้ำหนักแรกคลอด ไม่เคยคุมกำเนิด ผ่าครรภ์ที่ศูนย์อนามัยกรุงเทพมหานครรวม 4 ครั้ง ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 14 สัปดาห์ ไม่พบความผิดปกติระหว่างการผ่าครรภ์ ผลการตรวจ VDRL พบ Non-reactive ไม่เคยมารับการตรวจครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ป่วยมาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2531 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ มีอาการเจ็บครรภ์ ประมาณ 6 ชั่วโมง โดยเจ็บครรภ์ถี่ และมีถุงน้ำคร่ำแตก 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ตรวจร่างกายทั่วไปพบรูปร่างปกติ ความดันโลหิตและชีพจรอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้ ซีดเล็กน้อย ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ปอดและหัวใจปกติ ระหว่างการตรวจร่างกายแพทย์สังเกตพบว่ามีรอยแผลเป็นตามแนวเส้น

เลือดดำที่หลังมือด้านซ้าย ผิวหนังบริเวณอื่นปกติ ตรวจหน้าท้อง พบมดลูกโต ขนาดครรภ์ใกล้ครบกำหนด พังเสียงหัวใจเด็กได้ปกติ ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิดหมด มีกันเป็นส่วนนำ อยู่ที่ระดับ + 2 ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว

ชักประวัติเพิ่มเติมหลังจากเห็นรอยแผลเป็นที่หลังมือข้างซ้าย ผู้ป่วยยอมรับว่าติดยาเสพติดเฮโรอีน โดยการฉีดเข้าเส้น เริ่มฉีดมาได้ประมาณ 1 ปี โดยสามีเป็นผู้นำมาให้และได้ฉีดมาตลอดการตั้งครรภ์ โดยใช้เข็มเก่าไม่เคยต้มหรือทำความสะอาด และใช้เข็มเดียวกับสามีและเพื่อนของสามี ผู้ป่วยฉีดยาโดยผสมกับน้ำประปาธรรมดา ฉีดเข้าเส้นวันเว้นวันและอ้างว่าหยุดฉีดก่อนการเจ็บครรภ์ประมาณ 10 วัน ปฏิเสธเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นนอกจากสามี สามีอายุ 32 ปี อาชีพเป็นครูสอนกอล์ฟรายได้ประมาณเดือนละ 3,000-4,000 บาท ติดยาเสพติดเฮโรอีนมา 3 ปี ไม่ได้เป็นพวกกร่วมเพศ เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(หนองใน) เมื่อ 2 ปีก่อน แต่รักษาหายแล้ว ไม่มีอาการผิดปกติอย่างอื่น ไม่เคยตรวจเลือด ไม่เคยตรวจหาโรค AIDS

เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติติดยาเสพติด ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HIV และไวรัสตับอักเสบบี จึงได้แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยก เจาะเลือดตรวจ Hematocrit (ได้ 25%), VDRL, HBsAg, และหา antibody ต่อ HIV ทำคลอดโดยใช้เครื่องมือที่แยกเป็นพิเศษ ผู้ทำใส่หมวก, สวมแว่นตา, ผูก mask, ผ่ากันเบือน, และชุดปราศจากเชื้อ, สวมถุงมือ 2 ชั้น ทำคลอดโดยวิธี Breech assisting โดยตัดฝีเย็บตามแนวเฉียง (Right mediolateral episiotomy) ได้ทารกเพศชายน้ำหนัก 2,400 กรัม ตัวยาว 47 เซนติเมตร คะแนน Apgar ที่ 1 นาที = 7 และที่ 5 นาที = 8 ทารกร้องได้เอง รกหนัก 500 กรัม ลักษณะปกติ สายสะดือยาว 46 เซนติเมตร

หลังคลอดผู้ป่วยมีอาการปกติ ใต้อุณหภูมิห้องแยกในหอพักผู้ป่วย วันรุ่งขึ้นได้รับการตรวจเลือด พบ Positive Anti HIV ทั้ง ELISA และ Western blot ผล HBsAg Negative, VDRL 1 : 1, TPHA Non-reactive ไม่มีอาการแสดงของการขาดยาเสพติด ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยให้น้ำนมมารดาแก่บุตร ให้แยกของใช้ทุกชนิด และแยกการใช้ห้องสุขาจากผู้ป่วยคนอื่น ทำหมันโดยวิธี Pomeroy ในวันที่ 3 หลังคลอด โดยใช้ Ketamine Hydrochloride ฉีดเข้าเป็นยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 6 หลังคลอด

ทารกหลังคลอดมีอาการค่อนข้างซึม ร้องเสียงเบา กุมารแพทย์ให้การวินิจฉัยว่า มีอาการขาดยาเสพติดอย่าง

อ่อน ให้การรักษาโดยเฝ้าดูอาการในห้องแยก และแยก
เครื่องมือเครื่องใช้ทุกชนิด เจาะเลือดตรวจพบ Anti HIV
และ VDRL Non-reactive

ได้ตามสามีเพื่อรับการตรวจเลือด แต่สามีไม่ยอม
มารับการตรวจ

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้ เป็นผู้ป่วยรายที่ 4 จากจำนวนผู้ป่วย
5 ราย ในระยะ 4 เดือน (กรกฎาคมถึงตุลาคม 2531) นับ
ตั้งแต่ได้เริ่มตรวจคัดกรองหา Anti HIV ในผู้ที่มาคลอดที่
ห้องคลอดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่พบว่าอยู่ในกลุ่มที่มี
อัตราเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HIV โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม

ผู้ติดยาเสพติด ได้ส่งเลือดมาตรวจหา Anti HIV ทั้งสิ้น
14 ราย ตรวจพบผล Anti HIV positive 5 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 35.7 ของเลือดที่ส่ง และคิดเป็นร้อยละ 0.11 ของ
ผู้มาคลอดซึ่งนับว่าอย่างน้อยก็ต่ำกว่าอุบัติการณ์จากการตรวจที่
สหรัฐอเมริกาซึ่งพบประมาณร้อยละ 2.0⁽³⁾ ผู้ป่วยเหล่านี้
ล้วนไม่มีอาการผิดปกติที่แสดงออกถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
อุบัติการณ์ที่แท้จริงในสตรียังไม่เป็นที่ทราบแน่ แต่ประมาณ
การว่าจะพบการติดเชื้อ HIV ในสตรี 1 คนต่อการพบการ
ติดเชื้อ HIV ในผู้ชาย 3 คน⁽⁴⁾ สตรีส่วนมากที่มีการติดเชื้อ
HIV ได้แก่สตรีที่ติดยาเสพติดชนิดฉีดหรือมีเพศสัมพันธ์
กับผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเช่นเดียวกับในผู้ป่วยทั้ง 5 ราย
ที่ตรวจพบนี้

Table 1. Pregnant women with HIV infection. Jul-Oct 1988

	Number	%
Deliveries	4,952	100
At risk of HIV infection	14	0.28
Anti HIV positive	5	0.11

anti HIV positive 35.7% of suspected cases.

Table 2. Obstetrics history.

Case No.	PARA	AGE	Gest ⁿ age	ANC	Delivery	BW	Sex	Risk	Remark
1	2-0-0-2	28	Term	No	Spont Breech	2,500	F	IV.Heroine 2 Yrs.	
2	0-0-0-0	24	28 wk	1	Low F/E	2,200	M	IV.Heroine 3 Yrs.	- Severe pre eclampsia - PROM with Fever - Premature Labor
3	2-0-0-2	30	Term	No	NL	2,340	F	IV.Heroin 8 Mo.	- Delivered in a Taxi
4	2-0-0-2	19	37 wk	4	Breech assisting	2,400	M	IV.Heroine 1 Yr.	
5	2-0-0-2	29	Term	No	NL	2,250	M	IV.Heroine 5 Yrs.	

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการทำหมันหลังคลอด

Table 3. Laboratory findings.

Case No.	VDRL	TPHA	Hct. or Hb.	Platelets
1	NR	NR	Hct 32% Hb 10.9 gm%	Adq.
2	Weakly reactive	NR	Hb 7.2 gm%	Adq.
3	NR	NR	Hct 37%	Adq.
4	1 : 1	NR	Hct 25%	Adq.
5	NR	NR	Hct 30%	Adq.

Table 4. The newborn babies and placentas.

Case No.	BW	Length cm.	Placental wt.gm.	Cord Length	Apgar 1 min.	Apgar 5 min.	VDRL	Anti HIV	Remark
1	2,500	47	580	53	8	10	NR	+ve	
2	2,200	46	500	46	9	10	NR	+ve	
3	2,340	45	500	36	-	-	NR	+ve	Delivered in a Taxi
4	2,400	47	500	46	7	8	NR	+ve	Baby shows drug withdrawal symptom
5	2,250	48	420	70	9	10	NR	+ve	

ผลของ HIV infection ต่อการตั้งครรภ์

Antepartum (ระยะก่อนคลอด)

ในผู้ป่วยทั้ง 5 รายนี้ ตรวจพบว่ามี การติดเชื้อ HIV เมื่อผู้ป่วยจะคลอดแล้วในกรณีที่ สามารถตรวจคัดกรองได้ตั้งแต่แรก ไม่ควรให้ตั้งครรภ์ โดยใช้การคุมกำเนิดอย่างเหมาะสม ถ้าตั้งครรภ์แล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการให้คำปรึกษา และเป็นผู้เลือกเองว่าจะตั้งครรภ์ต่อไปหรือไม่⁽⁵⁾ แพทย์ผู้ดูแลควรปรับการตรวจฝากครรภ์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และควรคำนึงถึงผลกระทบทางจิตใจด้วย

HIV เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสามารถติดต่อไปยังทารกได้ ดังนั้นจึงควรตรวจคัดกรองหาโรคที่สามารถติดต่อไปโดยวิธีเดียวกัน นอกเหนือจากโรคหนองในแท้ และ ซิฟิลิสที่ตรวจเป็นประจำอยู่แล้ว ควรได้รับการ

ตรวจหา Chlamydia ดับอีกเสบ ควรตรวจหา Mycobacterium tuberculosis ด้วย นอกจากนั้น Cytomegalo Virus และ Toxoplasmosis ก็สามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มี seropositive โรคเหล่านี้มีผลต่อทารกในครรภ์ ดังนั้นจึงควรตรวจหา titer เหล่านี้ไว้ในระหว่างการตั้งครรภ์ด้วย⁽⁶⁾

ในช่วงตั้งครรภ์นั้น ผู้มีครรภ์ที่มีผลบวก HIV อาจมีอาการและอาการแสดงที่ไม่เฉพาะของโรค ซึ่งแยกได้ยากจากอาการของการตั้งครรภ์ อาการอ่อนเพลีย และน้ำหนักลดพบได้บ่อยในระยะแรกของการตั้งครรภ์ แต่ก็อาจเป็นอาการของ ARC (Aids Related Complex) ได้ ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้รายงานความผิดปกติทุกชนิดระหว่างการตั้งครรภ์แก่แพทย์ และควรได้รับคำแนะนำเรื่องโภชนา

การ เพื่อให้มีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม และควรหลีกเลี่ยงภาวะ
เครียด และการติดเชื้ออื่น ๆ

การรักษา opportunistic infection ในผู้ป่วยที่เป็น
AIDS มักมีความยุ่งยากเนื่องจากมักไม่ตอบสนองต่อยา
ปฏิชีวนะธรรมดา ทำให้จำเป็นต้องใช้ยาใหม่ ๆ ซึ่งยังไม่
ทราบผลต่อทารกที่แน่ชัด จึงพบพิษจากยาได้มากกว่าผู้ตั้ง
ครรภ์ปกติ และเวลาในการรักษาที่นานกว่าปกติด้วย การ
ติดเชื้อที่พบได้บ่อยได้แก่⁽⁷⁾ Pneumocystis carinii Pneu-
monia, Herpesviruses, Toxoplasmosis, Candidiasis,
Tuberculosis ซึ่งยังไม่พบในผู้ป่วยทั้ง 5 รายนี้

Intrapartum (ระยะคลอด)

ความสำคัญในระยะการคลอดคือ การป้องกันกา
แพร่กระจายของเชื้อ HIV ภายในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะ
สูติแพทย์และบุคลากรผู้เกี่ยวข้องมีโอกาสที่จะปนเปื้อนต่อ
สิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น เลือด, น้ำคร่ำ และสิ่งคัดหลั่ง
ต่าง ๆ ภายในช่องคลอด จึงควรมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน
ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV
ทุกราย แม้ว่าจะยังไม่ทราบผลการตรวจเลือดก็ตาม ผู้ทำ
คลอดต้องสวมเสื้อคลุม ใส่ถุงมือ 2 ชั้น และสวมแว่นตา
ผู้ให้การดูแลเด็กก็ควรสวมถุงมือเช่นกัน และควรล้างมือ
บ่อย ๆ ซึ่งได้ใช้มาตรการระมัดระวังดังกล่าวในผู้ป่วยทุก
ราย แต่ในผู้ป่วยรายที่ 3 ซึ่งคลอดในรถ Taxi อาจมีโอกาส
ปนเปื้อนเชื้อ HIV ไปยังผู้อื่นได้มากที่สุด

การให้การดูแลทางสูติศาสตร์ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ
HIV ไม่แตกต่างไปจากผู้คลอดอื่น ยังไม่มีรายงานว่าการ
คลอดวิธีต่าง ๆ จะมีผลต่อการถ่ายทอดโรคต่างกันหรือไม่
แต่เชื่อว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่ได้ป้องกันการถ่าย
ทอดไปยังบุตร^(8,9)

การทำ Fetal scalp blood sampling เพื่อหา pH
และการใส่ scalp electrode เพื่อทำ internal monitoring
อาจเพิ่มโอกาสติดเชื้อแก่ทารก⁽⁶⁾ ดังนั้นจึงควรใช้เพียง
external monitoring เท่านั้น และในการดูดเมือกจากปาก
ทารกแรกเกิดไม่ควรใช้ De Lee suction เพราะอาจมีการ
ติดต่อกับเชื้อเข้าปากผู้ดูดได้ ควรใช้เพียงลูกยางแดงหรือ
เครื่องดูดเท่านั้น

การเปลี่ยนแปลงทางภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วยเหล่านี้
ทำให้กลุ่มผู้ตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อ HIV มีโอกาสเกิดภาวะ
ไข่และน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์ได้มากขึ้น ดังเช่นในผู้ป่วยราย
ที่ 2 พบภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ ซึ่งเป็นภาวะแทรก
ซ้อนที่พบได้บ่อย จากรายงานของ Minkoff^(9,10) พบร้อยละ

56 (18 จาก 32 ราย) ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 12 (4 จาก
32 ราย) พบมี chorioamnionitis ร่วมด้วย จึงจำเป็นต้อง
ใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่าปกติ ดังในผู้ป่วยรายที่ 2 ได้ให้
Penicillin G Sodium วันละ 12 ล้านหน่วย ร่วมกับ Gen-
tamicin ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 80 มก. ทุก 8 ชั่วโมง และพบ
ว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นในเวลาต่อมา ภาวะแทรกซ้อนทางโรค
เลือดที่อาจพบบ่อยในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ได้แก่ภาวะเกร็ด
เลือดต่ำ^(6,9,10) ซึ่งอาจพบได้ถึงร้อยละ 10 สาเหตุของภาวะ
เกร็ดเลือดต่ำยังไม่เป็นที่ทราบกันแน่ชัด เชื่อว่าอาจเกี่ยวข้องกับ
antiplatelet antibodies และ nonspecific binding โดย
immune complexes การที่มี antiplatelet antibody อาจ
ทำให้เกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำในทารกแรกเกิดได้ด้วย นอก
จากนั้นอาจพบ lupus-like anticoagulant ร่วมกับการติด
เชื้อ HIV เมื่อตรวจ partial thromboplastin time และ
bleeding time พบว่าเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และอาจพบ clot
formation ที่ผิดปกติและพบ platelet aggregation ได้
จึงควรระมัดระวังโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีการทำสูติศาสตร์
หัตถการหรือผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้อง ภาวะโลหิตจาง
พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HIV และอาจเกิดภาวะ
แทรกซ้อนได้ง่ายระหว่างการคลอดซึ่งในบางรายอาจจำเป็น
ต้องให้เลือด ผู้ป่วยทั้ง 5 รายที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
พบว่า 2 ใน 5 ราย มีภาวะซีด แต่ไม่พบเลือดออกผิดปกติ
และไม่มีรายใดจำเป็นต้องได้รับเลือด

Postpartum (ระยะหลังคลอด)

ช่วงหลังคลอดเป็นอีกช่วงหนึ่งที่มีการถ่ายทอด
โรคได้ เชื่อว่าน้ำนมเป็นทางผ่านของเชื้อที่สำคัญอีกอย่าง
หนึ่ง และในปัจจุบันได้แนะนำให้งดการให้น้ำนมมารดาแก่
บุตรในมารดาซึ่งมีการติดเชื้อ HIV^(1,11) เช่นเดียวกับใน
ผู้ป่วยทั้ง 5 รายนี้ อย่างไรก็ตาม อัตราเสี่ยงที่แท้จริงของ
ทารกที่จะได้รับการถ่ายทอดเชื้อผ่านทางน้ำนมยังไม่เป็น
ที่ทราบกันแน่ชัด

ในผู้ป่วยทั้ง 5 รายนี้ พบว่าในช่วงหลังคลอดไม่
มีความผิดปกติ เช่นเดียวกับรายงานของ Minkoff^(9,10) แต่
ถ้าติดตามไปเป็นระยะเวลานานพอ จะพบอาการผิดปกติของ
ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องเกิดขึ้นได้บ่อย จึงควรได้รับการ
ติดตามโดยแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค AIDS โดยเฉพาะด้วย

ผลของ HIV ต่อทารก

ปัญหาใหญ่อีกเรื่องหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ

HIV คือผลต่อทารกในครรภ์ Constantopoulos⁽¹²⁾ พบทารกตายในครรภ์ร้อยละ 4 (1 ใน 24 ราย), คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 20 (5 ใน 24 ราย) ส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยพบถึงร้อยละ 60 (15 ใน 24 ราย) เช่นเดียวกับที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบคลอดก่อนกำหนด 1 ใน 5 ราย และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย 3 ใน 5 ราย ภาวะการผิดปกติแต่กำเนิดของทารกอาจพบได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่บริเวณใบหน้า^(13,14) ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลเนื่องมาจากการติดเชื้อ HIV หรือจากยาเสพติดที่ใช้ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ในผู้ป่วยทั้ง 5 รายนี้ ไม่พบความผิดปกติของทารกแต่อย่างใด

การตรวจเลือดจากสายสะดือทารกทั้ง 5 รายพบว่า Anti HIV positive แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าทารกจะต้องเป็น HIV ด้วยทุกราย ทั้งนี้เพราะ antibody ซึ่งเป็น IgG สามารถผ่านรกไปยังเด็กได้ ทำให้สามารถตรวจพบทั้งโดยวิธี ELISA และ Western blot⁽¹⁵⁾ และอาจพบค้างอยู่ได้นานถึง 15 เดือน การตรวจที่เฉพาะเจาะจงกว่านี้ เช่นการตรวจ IgM หรือตรวจ HIV antigen ทำได้ยาก และการตรวจยังมีความไวไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างจริงจัง ดังนั้นการตรวจติดตามทารกจึงเป็นสิ่งสำคัญ Berrebi⁽¹³⁾ รายงานพบอุบัติการณ์ถ่ายทอดมายังทารกร้อยละ 50 Scott⁽¹⁶⁾ ได้ติดตามมารดา 20 คนที่ได้ให้กำเนิดทารกที่มี HIV positive มาแล้ว พบว่าในครรภ์ต่อไปจะพบทารกที่มี HIV positive ร้อยละ 65 Mendez⁽¹⁷⁾ พบว่าเด็กทารกมีอาการผิดปกติร้อยละ 40 (9 ใน 23 ราย) ภายหลังจากการติดตามไปนาน 4.4 เดือน แต่อย่างไรก็ตามอาการบางอย่างที่พบในเด็กอาจไม่เกี่ยวข้องกับ HIV ก็ได้ Cohen⁽¹⁸⁾ พบว่ามีการติดเชื้อ HIV ร้อยละ 23 (3 ใน 13 ราย) จากทารกที่มี antibody จากสายสะดือเป็นผลบวก Mok⁽¹⁹⁾ ได้ติดตามทารก 71 รายที่มารดามีการติดเชื้อ HIV เป็นเวลานานเฉลี่ย 6 เดือน (1-15 เดือน) พบอาการของ AIDS หรือ ARC ในทารก 5 ราย และต่อมาทารกเสียชีวิต 3 ราย อายุเฉลี่ยของทารกที่ antibody จากมารดาจะหมดไปคือ 10 เดือน และร้อยละ 75 จะพบว่า antibody จากมารดาจะหมดไปใน 12 เดือน แต่การที่ antibody จากมารดาหมดไปก็ไม่ได้หมายความว่าไม่มีการติดเชื้อ⁽¹⁹⁾ ผลต่อทารกในผู้ป่วยทั้ง 5 รายนี้ จึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจติดตามต่อไป ยังไม่สามารถสรุปได้

ผลของการตั้งครรภ์ต่อ HIV

เป็นปัญหาที่น่าสนใจว่า การตั้งครรภ์จะทำให้ HIV

เลเวลหรือไม่ ทั้งนี้เพราะเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า การตั้งครรภ์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยจะลดปฏิกิริยาตอบสนองของ Lymphocyte และลดระดับของ helper T cell⁽²⁰⁾ และพบว่าโรคติดเชื้อจากไวรัสต่าง ๆ ในช่วงตั้งครรภ์อาจมีอาการรุนแรงขึ้น เช่น ไข้หวัดใหญ่, วัณโรค, โปลิโอ, cytomegalovirus และหัดเยอรมัน แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่า HIV จะเป็นการติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งเช่นกัน แต่ก็ยังไม่มีหลักฐานว่าการตั้งครรภ์จะทำให้โรคนี้อาการรุนแรงขึ้น จากการติดตามหญิงตั้งครรภ์ซึ่งไม่มีอาการ (แต่พบว่าทารกมีอาการ) ในช่วงเวลา 28 ถึง 30 เดือนหลังคลอด พบว่าร้อยละ 45 ถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยจะมีอาการเกิดขึ้น^(10,16) ซึ่งนับว่ามากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์อาจบดบังอาการของ HIV ได้ จึงไม่ค่อยมีรายงานของภาวะโรคที่รุนแรงขึ้นจากไม่มีอาการกลายเป็นมีอาการระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งในผู้ป่วยทั้ง 5 รายนี้ก็ยังไม่พบว่ารายใดมีความผิดปกติ ซึ่งเป็นอาการของโรค AIDS หรือ ARC การติดตามต่อไปมีความสำคัญยิ่ง

ความเสี่ยงของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย HIV

บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสูติแพทย์ มีโอกาสต่อการปนเปื้อนและติดเชื้อ HIV ได้ เนื่องจากเป็นการยากที่จะทราบได้ว่าในบรรดาผู้ที่คลอดรายใดบ้างที่มีการติดเชื้อ HIV อยู่ ในการพยายามลดปัญหาดังกล่าว อาจทำได้ 2 วิธีคือ⁽²¹⁾

1) เพิ่มการตรวจคัดกรอง HIV ให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งในประเทศที่พบเชื้อ HIV มาก เช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา มีหลายรายงานซึ่งสนับสนุนให้ตรวจคัดกรองในสตรีที่มาฝากครรภ์ทุกราย แต่ในประเทศไทยอุบัติการณ์ที่พบน้อยกว่าวันในกลุ่มที่ติดยาเสพติด ดังนั้นจึงอาจจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มที่พบมีปัจจัยเสี่ยง

2) เพิ่มมาตรการระวังการปนเปื้อนต่อเลือดและสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ ของผู้ป่วยทุกคน โดยไม่คำนึงว่าทราบผล HIV หรือไม่ (Universal precautions)

Gerberding⁽²¹⁾ พบว่า อุบัติการณ์ของการถ่ายทอดมายังบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยพบน้อยกว่าร้อยละ 0.1 ต่อปี และการถูกเข็มที่เปื้อนเชื้อตำมีโอกาสติดเชื้อน้อยกว่าร้อยละ 0.5 ใด ๆ ก็ตาม มีรายงานการติดเชื้อของบุคลากรจากผู้ป่วยโดยที่ไม่ทราบแน่ชัดว่าติดเชื้อมาได้อย่างไร ซึ่งแม้ว่าอุบัติการณ์ที่พบจะน้อยมาก แต่มีอันตรายสูงจึงควรเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ

สรุป

รายงานผู้ป่วยและสรุปข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของผู้ป่วย HIV positive 5 ราย ที่ตั้งครรภ์และมาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ป่วยทั้ง 5 รายติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจเลือดหา HIV เนื่องจากสูติแพทย์ตรวจพบรอยเข็มฉีดยาที่แขนของผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายไม่มีอาการของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง แต่ตรวจพบอาการซีด 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ได้แก่ Severe preeclampsia, น้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์และมีไข้ 1 ราย ทารกคลอดต่ำกว่า 2 ราย และคลอดก่อนกำหนด 1 ราย ทารกทุกรายมีน้ำหนักตัวไม่เกิน 2,500 กรัม คะแนน Apgar ที่ 1 และ 5 นาทีเกิน 7 มีทารก 1 รายมีอาการแสดงของการขาดยาเสพติด

ทารกทั้ง 5 รายได้รับการตรวจเลือดพบ anti HIV เป็นผลบวกทุกราย ได้รวบรวมรายงานผลของการติดเชื้อ HIV ที่มีต่อการตั้งครรภ์, ผลของ HIV ต่อทารก, ผลของการตั้งครรภ์ต่อ HIV, และความเสี่ยงของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย HIV เหล่านี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ นิกร ดุสิตสัน หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์รีเวชวิทยา ที่อนุญาตให้นำผู้ป่วยมารายงาน และขอขอบคุณ คุณสุภารัตน์ ศิริสมบัติ ที่ได้กรุณาช่วยพิมพ์ต้นฉบับ

อ้างอิง

- Centers for Disease Control. Recommendations for assisting in the prevention of perinatal transmission of human T-lymphotropic virus Type III/Lymphadenopathy-associated virus and acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 1985 Dec 6;34(48) : 721-732
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Prevention of human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Statement 1978, 1-8
- Landesman S, Minkoff H, Holman SJ, McCalla S, Sijin O. Serosurvey of human immunodeficiency virus infection in parturients, implications for human immunodeficiency virus testing programs of pregnant women. JAMA 1987 Nov 20;258 (19) : 2701-2708
- Centers for Disease Control. HTLV-III/LAV antibody prevalence in U.S. military recruit applicants. MMWR 1986 Jul 4;35(26) : 421-428
- Merger C, Blanc B, Ruf H. AIDS and pregnancy; management of the seropositive female. Rev Fr Gynecol Obstet 1987 Oct; 82(10) : 569-572
- Feinkind L, Minkoff HL. HIV in pregnancy. Clin Perinatol 1988 Jun; 15(2) : 189-202
- Kaplan LD, Wofsy CB, Volberding PA. Treatment of patients with acquired immunodeficiency syndrome and associated manifestations. JAMA 1987 Mar 13;257(10) : 1367-1374
- Lapointe N, Michaud J, Pekovik D, Chauseau JP, Dupuy JM, Sainte-Justine H. Transplacental transmission of HTLV-III virus. N Engl J Med 1985 May 16;312(20) : 1325-1326
- Minkoff HL, Nanda D, Menez R, Fikrig S. Pregnancies resulting in infants with acquired immunodeficiency syndrome or AIDS - related complex. Obstet Gynecol 1987 Mar; 69(3 pt 1) : 285-287
- Minkoff HL, Nanda D, Menez R, Fikrig S. Pregnancies resulting in infants with acquired immunodeficiency syndrome of AIDS-related complex: follow-up of mothers, children and subsequently born siblings. Obstet Gynecol 1987 Mar; 69 (3 pt 1) : 288-291
- 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
- Constantopoulos P, Gabaude B, Duforestel, Fuzidbet JG, Mourey C, Lefebvre JC. Positive HIV (human immunodeficiency virus) serology in the pregnant women : current data on its management. Apropos of a continuous series of 56 cases. Rev Gynecol Obstet 1987 Jul-Sep; 82(7-9) : 453-462
- Berrebi KA, Puel J, Federlin M, Gayet C, Watrigant MP, Monrozies X. HIV seropositivity and pregnancy. Apropos of 48 cases (how should they be managed at the present time ?). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1987; 16(2) : 201-205
- Marison RW, Wiznia AA, Hutcheon G, Rubinstein A. Human T-cell lymphotropic virus type III

- (HTLV-III) embryopathy : a new dysmorphia syndrome associated with intrauterine HTLV - III infection. *Am J Dis Child* 1986 Jul;140(7) : 638-640
15. Pyun KH, Ochs HD, Dufford MTW, Wedgwood RJ. Perinatal infection with human immunodeficiency virus : specific antibody responses by the neonate. *N Engl J Med* 1987 Sep 3;317(10) : 611-614
16. Scott GB, Fishl MA, Klimas N, Fletcher MA, Dickinson GM, Levine RS, Parks WP. Mothers of infants with the acquired immunodeficiency syndrome : evidence for both symptomatic and asymptomatic carriers. *JAMA* 1985 Jan 18;253(3) : 363-366
17. Mendez H, Willoughby A, Hittelman J. Human immunodeficiency virus (HIV) infection in pregnant women and their offspring. *Pediatr Res* 1987;21 : 1466
18. Cohen F, Webber JS, Moore EC. Longitudinal study of HIV antibody and antigen in infants and children. *Pediatr Res* 1987;21 : 1466
19. Mok JQ, Giaquinto C, DeRossi A, Grosch-Worner I, Ades AE, Peckham CS. Infants born to mothers seropositive for human immunodeficiency virus : preliminary findings from a multicentre European study. *Lancet* 1987 May 23;1(8543) : 1164-1168
20. Sridama V, Pacini F, Yang SL, Moawad A, Reilly M, DeGroot LJ. Decreased levels of helper T cells : a possible cause of immunodeficiency in pregnancy. *N Engl J Med* 1982 Aug 5; 307(6) : 352-356
21. Gerberding JL, Henderson DK. Design of rational infection control policies for human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis* 1987 Dec; 156(6) : 861-864