

รายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๓๘ : ๒๐ กันยายน ๒๕๓๘ VOLUME 27 : NUMBER 38 : SEPTEMBER 20, 1996 ISSN 0125-7447

สารบัญ CONTENTS

โรคเอดส์ในเด็ก, ประเทศไทย, พ.ศ. 2531-2538

501

โรคเอดส์ในเด็ก, ประเทศไทย, พ.ศ. 2531-2538

Pediatric AIDS, Thailand

นพ.ธนรักษ์ ผลิพัฒน์

Dr. Tanarak Plipat

บทนำ

โรคเอดส์ (AIDS) หมายถึง โรคที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำผิดปกติ ซึ่งมีผลมาจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์ในระยะเวลาที่ยาวนาน แม้ว่าในเด็ก การติดเชื้อดังกล่าวสามารถเกิดได้จากการรับเลือด, การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ^(1,2,3) แต่การติดต่อของเชื้อเอดส์ในเด็กที่สำคัญที่สุดในประเทศไทยได้แก่ การติดจากการคลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์^(4,5)

จำนวนผู้ป่วยเอดส์ในเด็กจะขึ้นอยู่กับ 1) จำนวนมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ และ 2) โอกาสการติดเชื้อเอดส์ของทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์

โอกาสการติดเชื้อเอดส์ของทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยพบว่า มีอัตราประมาณร้อยละ 21-42^(6,7) ถ้าอัตราการถ่ายทอดเชื้อนี้มีอัตราที่คงที่ จำนวนผู้ป่วยเอดส์ในเด็กจะขึ้นอยู่กับจำนวนมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ ในปัจจุบัน จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อจำนวนเด็กที่ติดเชื้อเอดส์

การศึกษานี้จะทำการทบทวนสถานการณ์โรคเอดส์ในเด็ก โดยอาศัยข้อมูลจากระบบการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ ของกองระบาดวิทยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวโน้มสถานการณ์ของโรคเอดส์ในเด็ก
2. เพื่อศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนาของโรคเอดส์ในเด็กในประเทศไทย ในด้านบุคคล, เวลา และสถานที่

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาข้อมูลการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ในเด็ก ตั้งแต่พ.ศ. 2531-2538 จากฐานข้อมูลโรคเอดส์ ซึ่งจัดทำโดย กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ กองระบาดวิทยา โดยทำการศึกษาโดยอาศัยข้อมูลที่ update ครั้ง

สุดท้ายในเดือน ตุลาคม 2538 เลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี และมีปัจจัยเสี่ยงจากการติดเชื้อ คือ "คลอดจากแม่ที่ป่วยหรือติดเชื้อ HIV"

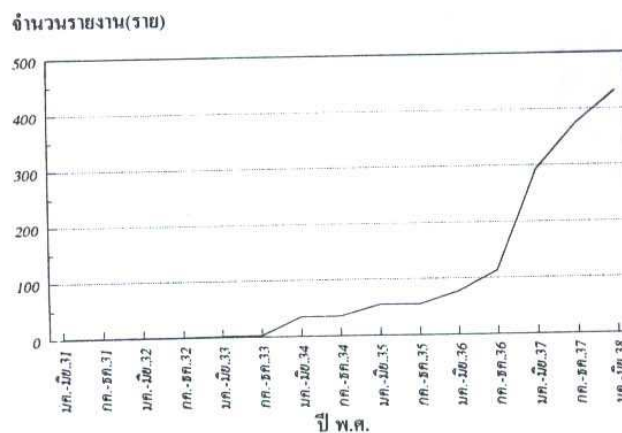
2. ทบทวนรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ และสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปีของกองระบาดวิทยา

3. ศึกษาข้อมูลอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ของกองระบาดวิทยา ผลการศึกษา

1. แนวโน้มของการรายงานผู้ป่วย

เริ่มพบรายงานผู้ป่วยรายแรกในปีพ.ศ. 2531 โดยพบมีรายงานผู้ป่วยเอดส์ในเด็กจำนวน 2 ราย การรายงานผู้ป่วยในระยะ 3 ปีแรกยังไม่มากนัก ในปี 2534 การรายงานเริ่มเพิ่มมากขึ้น ต่อมาในเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2536 ได้มีการปรับปรุงนิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการใหม่ หลังจากที่มีการปรับปรุงนิยามผู้ป่วย กองระบาดวิทยาได้รับรายงานเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปีพ.ศ. 2536 มีการรายงานผู้ป่วย 190 ราย ปีพ.ศ. 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 667 ราย ในปีพ.ศ. 2538 รวบรวมข้อมูลถึงเดือน มิถุนายน พบมีการรายงานผู้ป่วย 432 ราย ดังแสดงในรูปที่ 1.

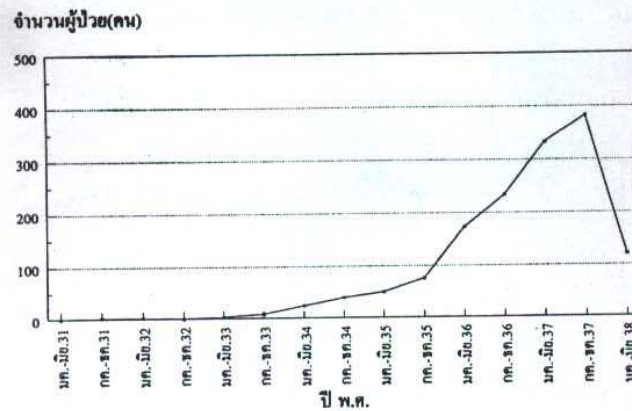
รูปที่ 1. แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ในเด็กจำแนกตามวันที่กองระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วย, ประเทศไทย, พ.ศ. 2531-2538.



2. แนวโน้มการป่วยตามวันที่ได้รับการวินิจฉัย

เริ่มมีการวินิจฉัยผู้ป่วยรายแรกในปีพ.ศ. 2531 ในระยะปีพ.ศ. 2531-2533 ยังมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากนัก ผู้ป่วยเริ่มเพิ่มมากขึ้นในปีพ.ศ. 2534 และเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปีพ.ศ. 2536 ในปี พ.ศ. 2537 มีการวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์จำนวน 716 ราย ดังแสดงในรูปที่ 2 ส่วนในปีพ.ศ. 2538 ช่วงต้นปีที่เห็นมีจำนวนลดลงนั้น น่าจะมีผลมาจากการส่งรายงานล่าช้า.

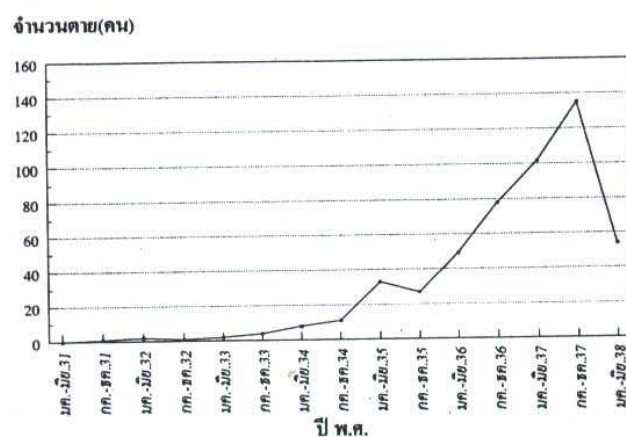
รูปที่ 2.แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามวันที่ได้รับการวินิจฉัย, ประเทศไทย, พ.ศ. 2531-2538.



8. แนวโน้มการตายด้วยโรคเอดส์ในเด็ก

มีการรายงานการตายในผู้ป่วยเด็กรวมทั้งสิ้นเพียง 507 รายเท่านั้น รายงานการตายด้วยโรคเอดส์ในเด็กแรกเริ่มในปีพ.ศ. 2531 เช่นกัน เช่นเดียวกับการป่วย รายงานการตายในระยะ 3 ปีแรกมีการเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ แนวโน้มการตายมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปีพ.ศ. 2536 โดยมีรายงานการตายด้วยโรคเอดส์ 60 รายในปีพ.ศ. 2536 และในปีพ.ศ. 2537 มีเด็กตายจากโรคเอดส์ 237 ราย ดังแสดงในรูปที่ 3 จะเห็นว่ารายงานการตายที่ส่งมายังกองระบาดจะต่ำกว่ารายงานการป่วยมาก แต่ก็สามารถให้ภาพแนวโน้มที่ใกล้เคียงกันได้

รูปที่ 3. จำนวนการตายจากโรคเอดส์ในเด็กจำแนกตามปีที่ตาย, ประเทศไทย, พ.ศ. 2531-2538.



4. อายุและเพศ

จากจำนวนผู้ป่วย 1448 ราย พบเป็น ผู้ป่วยเพศชาย 763 ราย (52.7%) และพบผู้ป่วยเพศหญิง 685 ราย (47.3%) กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี (824 คน) ผู้ป่วยร้อยละ 80.26 จะได้รับการรายงานเป็นผู้ป่วยเอดส์ก่อนอายุ 2 ปี ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อยที่สุดจากการรายงานคือมีอายุ 7 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1.

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ในเด็กจำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 1 ปี	824	56.91
1 ปี ถึง 1 ปี 11 เดือน	338	23.35
2 ปี ถึง 2 ปี 11 เดือน	137	9.46
3 ปี ถึง 3 ปี 11 เดือน	83	5.73
4 ปี ถึง 4 ปี 11 เดือน	42	2.9
5 ปี ถึง 5 ปี 11 เดือน	21	1.45
6 ปี ถึง 6 ปี 11 เดือน	2	0.14
7 ปี ขึ้นไป	1	0.06
รวม	1448	100.00

เมื่อพิจารณาอายุของเด็กที่มีการรายงานสถานภาพการมีชีวิตอยู่ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่(ร้อยละ 82.8)จะตายก่อนมีอายุครบ 2 ปี ส่วนผู้ป่วยที่มีการรายงานการตายที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 6 ปี ดังแสดงในตารางที่ 2.

ตารางที่ 2. แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในเด็กจำแนกตามอายุที่มีการรายงานการตาย,

ประเทศไทย,2531-2538

กลุ่มอายุ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 1 ปี	334	65.88
1 ปี ถึง 1 ปี 11 เดือน	86	16.96
2 ปี ถึง 2 ปี 11 เดือน	43	8.48
3 ปี ถึง 3 ปี 11 เดือน	24	4.73
4 ปี ถึง 4 ปี 11 เดือน	16	3.16
5 ปี ถึง 5 ปี 11 เดือน	3	0.59
6 ปี ถึง 6 ปี 11 เดือน	1	0.20
7 ปี ขึ้นไป	0	0
รวม	507	100.00

การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ

LABORATORY SURVEILLANCE

ตารางที่ 3 สรุปผลการแยกเชื้อจุลินทรีย์และปรสิตที่ทำให้เกิดโรค ประเทศไทย
ประจำสัปดาห์ที่ 34 (18 - 24 สก. 2539)

Table III Summary-Identification of Specified Bacteria,Virus and Protozoa ,
Thailand,Week ending , August 18 - 24, 1996 (34th week)

Organism	Total	Cum	Positive		Province*	Cum positive **	
	exam.	exam.	no.	%	(number)	no.	%
Rabies	0	0	0	0	0	0	0
B.anthraxis	57	2152	0	0	0	10	0.46
B.pertussis	23	2518	0	0	0	0	0
C.diphtheriae	508	16788	2	0.39	1	17	0.1
E.histolytica	516	22779	2	0.39	2	155	0.68
Escherichia coli	499	31060	22	4.41	7	978	3.15
Salmonella spp.	665	35910	12	1.8	6	544	1.51
Salmonella typhi	565	32795	0	0	0	42	0.13
Shigella spp.	556	34146	7	1.26	5	326	0.95
S.aureus	1982	70035	69	3.48	10	2127	3.04
Streptococcus spp.	1772	66352	38	2.14	7	1443	2.17
Vibrio para.	598	34696	36	6.02	8	791	2.28
Plasmodium falciparum	3374	106868	6	0.18	4	682	0.64
Plasmodium vivax	3374	106868	3	0.09	3	187	0.17
Plasmodium unspecified	3374	106852	0	0	0	6	0.01
Trichinella spiralis	278	12821	0	0	0	0	0

Province* = จำนวนจังหวัดที่ตรวจพบเชื้อ, Cum positive** = จำนวนพบเชื้อสะสมตั้งแต่ต้นปี
แหล่งข้อมูล : หน่วยชันสูตรสาธารณสุข กองมาตรฐานชันสูตรสาธารณสุข

โรคเอดส์ในเด็ก, ประเทศไทย, พ.ศ. 2531-2538

(ต่อจากหน้า 504)

5. การกระจายของการเกิดโรคตามสถานที่

เมื่อพิจารณาการเกิดโรคตามพื้นที่ พบว่า พื้นที่ที่มีการรายงานผู้ป่วยมากได้แก่ พื้นที่ภาคเหนือตอนบน (ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่, เชียงราย, พะเยา, ลำปาง, ลำพูน เป็นต้น) ในขณะที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่ยังมีการรายงานผู้ป่วยน้อย นอกจากนี้ ยังมีอยู่ 4 จังหวัดที่ยังไม่มีรายงานผู้ป่วยเอดส์ในเด็กเลย ได้แก่ จังหวัดชัยนาท, มุกดาหาร, อุทัยธานี และปัตตานี ดังแสดงในตารางที่ 3. ซึ่งลักษณะการกระจายของการเกิดโรคตามพื้นที่นี้ มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผลการสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงมีครรภ์

ตารางที่ 3. แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามรายจังหวัด, ประเทศไทย, พ.ศ. 2531-2538.

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย (คน)	จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย (คน)
10 กรุงเทพมหานคร	109	51 ลำพูน	47
11 สมุทรปราการ	22	52 ลำปาง	74
12 นนทบุรี	11	53 อุตรดิตถ์	2
13 ปทุมธานี	10	54 แพร่	6
14 อุดรธานี	14	55 น่าน	25
15 อ่างทอง	3	56 พะเยา	76
16 ลพบุรี	4	57 เชียงราย	238
17 สิงห์บุรี	2	58 แม่ฮ่องสอน	15
18 ชัยนาท	0	60 นครสวรรค์	9
19 สระบุรี	15	61 อุทัยธานี	0
20 ชลบุรี	32	62 กำแพงเพชร	13
21 ระยอง	15	63 ตาก	4
22 จันทบุรี	16	64 สุโขทัย	2
23 ตราด	4	65 พินบุรี	5
24 ฉะเชิงเทรา	9	66 พิจิตร	5
25 ปราจีนบุรี	7	67 เพชรบูรณ์	5
26 นครนายก	6	70 ราชบุรี	21
27 สระแก้ว	5	71 กาญจนบุรี	23
30 นครราชสีมา	12	72 สุพรรณบุรี	2
31 บุรีรัมย์	4	73 นครปฐม	12
32 สุรินทร์	5	74 สมุทรสาคร	11
33 ศรีสะเกษ	8	75 สมุทรสงคราม	4
34 อุบลราชธานี	12	76 เพชรบุรี	7
35 ยโสธร	9	77 ประจวบคีรีขันธ์	10
36 ชัยภูมิ	13	80 นครศรีธรรมราช	9
37 อำนาจเจริญ	3	81 กระบี่	3
39 หนองบัวลำภู	2	82 พังงา	5
40 ขอนแก่น	23	83 ภูเก็ต	4
41 อุครธานี	11	84 สุราษฎร์ธานี	12
42 เลย	4	85 ระนอง	7
43 หนองคาย	4	86 ชุมพร	2
44 มหาสารคาม	15	90 สงขลา	34
45 ร้อยเอ็ด	10	91 สตูล	1
46 กาฬสินธุ์	8	92 ตรัง	2
47 สกลนคร	4	93 พัทลุง	3
48 นครพนม	4	94 ปัตตานี	0
49 มุกดาหาร	0	95 ยะลา	3
50 เชียงใหม่	297	93 นราธิวาส	5

๖. ลักษณะของอาการและโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในผู้ป่วยเด็ก

นิยาม ผู้ป่วยสำหรับการวินิจฉัยโรคเอดส์ในเด็กของประเทศไทย ได้มีการปรับปรุงแก้ไขอยู่เสมอ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ ในปัจจุบันนิยามผู้ป่วยที่ใช้ คือ ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 4 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2536 ซึ่งคณะกรรมการพิจารณาว่านิยามและแนวทางการเฝ้าระวังโรคเอดส์ของประเทศไทย ได้จัดทำขึ้น

การวินิจฉัยโรคเอดส์ในเด็กสามารถวินิจฉัยได้โดย 1. การตรวจพบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสตามนิยาม ผู้ป่วยประเภทที่ 1 ซึ่งมีอยู่ 25 โรค หรือ 2. ตรวจพบว่า มี CD- 4 ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ หรือ 3. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 15 เดือน ก็สามารถวินิจฉัยได้ด้วยการใช้นิยามผู้ป่วยประเภทที่ 3 ได้ ซึ่งนิยาม ผู้ป่วยประเภทที่ 3 นี้ ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้การเฝ้าระวังโรคเอดส์ในเด็ก มีความไวในการวินิจฉัยผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาข้อมูลพบว่า การวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์ในเด็กตามนิยามผู้ป่วยประเภท 1 มีค่อนข้างน้อย โรคที่พบได้บ่อยที่สุดในนิยามผู้ป่วยประเภท 1 คือ นิยามข้อ 20 โรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* (82 ราย) รองลงมาคือ นิยามข้อ 19 Pneumonia recurrent (bacteria) (56 ราย) นิยามข้ออื่นๆ มีการวินิจฉัยค่อนข้างน้อย ดังแสดงในตารางที่ 4.

นอกจากนี้ พบว่า มีการใช้นิยามผู้ป่วยประเภทที่ 2 ในการวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์ในเด็กด้วย กล่าวคือมีเด็ก 21 รายวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเอดส์ในเด็กด้วยการตรวจพบว่า มี CD-4 น้อยกว่า 200 ต่อไมโครลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง

การวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์ในเด็กส่วนใหญ่อาศัยนิยามผู้ป่วยประเภทที่ 3 ในกลุ่ม Major criteria พบว่ามีการใช้นิยามข้อที่ 1 (คือ Weight loss or failure to thrive) มากที่สุด ส่วนนิยามข้อที่มีการใช้น้อยที่สุดคือ ข้อที่ 3 Chronic/recurrent fever more than 1 month ในส่วนของ minor criteria พบว่า นิยามข้อที่ 6 (Confirmed maternal or children HIV infection) มีการรายงานเข้ามา 900 ราย ซึ่งนิยามข้อนี้เป็นข้อที่จำเป็นต้องพบในกรณีที่รายงานผู้ป่วยเอดส์ในเด็กด้วยนิยามประเภทที่ 3 ส่วนข้ออื่นๆ พบว่า นิยามข้อที่ 1 (Generalized lymphadenopathy or hepatosplenomegaly) และข้อที่ 2 (Oral thrush) มีการวินิจฉัยค่อนข้างมาก ในขณะที่การวินิจฉัยข้อ 5 Generalized dermatitis มีการรายงานน้อยที่สุด(ตาราง ที่ 5)

อนึ่ง ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง (143 ราย) ที่ไม่ได้บันทึกรายละเอียดการวินิจฉัยไว้ในคอมพิวเตอร์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้ จะเป็นผู้ป่วยเอดส์ในเด็กในระยะแรกที่มีการเฝ้าระวังโรค

ตารางที่ 4. แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในเด็กจำแนกตามการวินิจฉัยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์, ประเทศไทย, พ.ศ. 2531-2538.

การวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์	จำนวน
1 Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม	9
2 Invasive cervical cancer	0
3 Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจาย	0
4 Cryptococcosis	5
5 Cryptosporidiosis และมีอุจจาระร่วงนานมากกว่า 1 เดือน	11
6 โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง	12
นอกเหนือจากตับม้ามและต่อมน้ำเหลือง	
7 Cytomegalovirus retinitis	1
8 HIV encephalopathy	6
9 Herpes simplex	1
10 Histoplasmosis	0

การวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์	จำนวน
11 Isosporiasis	3
12 Kaposi's sarcoma	1
13 Lymphoma, Burkitt's	0
14 Lymphoma, immunoblastic	0
15 Lymphoma, primary in brain	0
16 <i>Mycobacterium avium</i> complex หรือ <i>M. kansasii</i>	1
17 <i>Mycobacterium</i> , other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary	2
18 <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , Pulmonary or extrapulmonary	17
19 Pneumonia recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี	56
20 โรคปอดบวมจากเชื้อ <i>Pneumocystis carinii</i>	82
21 ติดเชื้อ <i>Penicillium marneffei</i>	12
22 Progressive multifocal leukoencephalopathy	0
23 <i>Salmonella</i> septicemia ซ้ำๆ	8
24 Toxoplasmosis ในสมอง	2
25 Wasting syndrome (emaciation, slim disease)	27
การวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์ประเภท 2	21

ตารางที่ 5. แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามนิยามผู้ป่วยเอดส์ในเด็กประเภทที่ 3, ประเทศไทย, พ.ศ. 2531-2538.

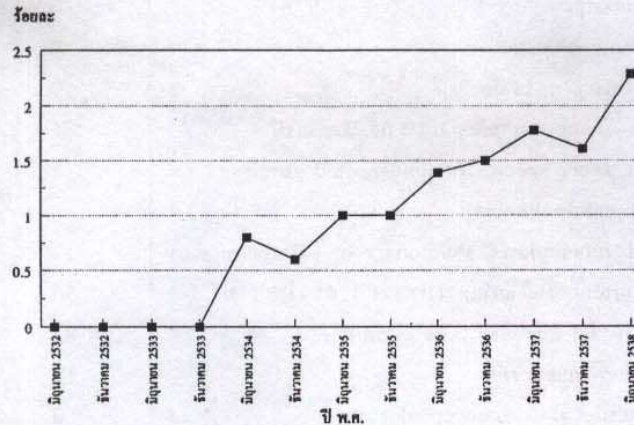
Major Criteria	จำนวน
1 Weight loss or failure to thrive	712
2 Chronic/Recurrent diarrhea more than 1 month	450
3 Chronic/Recurrent fever more than 1 month	439
4 Persistent or severe lower respiratory tract infection	630
Minor Criteria	จำนวน
1 Generalized lymphadenopathy or hepatosplenomegaly	557
2 Oral thrush	550
3 Repeated common infections (otitis, pharyngitis)	278
4 Chronic cough	342
5 Generalized dermatitis	197
6 Confirmed maternal or children HIV infection	900

7. อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์

จากการสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ของกองระบาดวิทยา ซึ่งเริ่มต้นทำการสำรวจรอบแรกในเดือนมิถุนายน 2532 พบว่า ร้อยละ 0 ของหญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อเอชไอวี เริ่มพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกในปีพ.ศ. 2534 หลังจากนั้น อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในการสำรวจในรอบที่ 13 เดือนมิถุนายน

2538 พบว่าร้อยละ 2.29 ของหญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อเอชไอวี ดังแสดงในรูปที่ 4.

รูปที่ 4. อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์,
ประเทศไทย, มิถุนายน 2532-มิถุนายน 2538.



วิจารณ์

การระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย เริ่มมีการแพร่กระจายเข้ามาในสถาบันครอบครัวมากขึ้นเรื่อยๆ หญิงตั้งครรภ์เริ่มมีอัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้น ผลกระทบที่แน่นอนคือ จะมีเด็กติดเชื้อเอดส์เพิ่มมากขึ้น และจะมีเด็กป่วยและตายด้วยโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการประสานงานจัดเก็บรายงานข้อมูลการป่วยด้วยโรคเอดส์, วัณโรค, แผลผล และนำเสนอผลที่ได้ในรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์⁽⁸⁾

ในการรายงานผู้ป่วยเอดส์นั้น กองระบาดวิทยาได้จัดทำนิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการขึ้นเพื่อให้การรายงานอยู่ภายใต้มาตรฐานการวินิจฉัยเดียวกัน นิยามผู้ป่วยที่ใช้ในปัจจุบันเป็นฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 4 จัดทำในเดือนสิงหาคม 2536 ตามนิยามที่มีการแก้ไขและปรับปรุงใหม่ ทำให้การวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์ในเด็กสามารถกระทำได้ง่ายขึ้น⁽⁸⁾

ประเทศไทยเริ่มมีรายงานผู้ป่วยเอดส์ในเด็กรายแรกในปี 2531 การรายงานผู้ป่วยในระยะปีแรกๆ พบว่า ยังมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากนัก การรายงานผู้ป่วยเริ่มมากขึ้นในปีพ.ศ. 2534-2535 โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากที่มีการเปลี่ยนนิยามผู้ป่วยในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2536 การรายงานผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ดี จำนวนผู้ป่วยที่กองระบาดวิทยาได้รับรายงาน ยังต่ำกว่าความเป็นจริงอยู่ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก 1. ความไวของนิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ในเด็กยังต่ำอยู่ 2. แพทย์ไม่ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์ในเด็ก (ทั้งทั้งที่เด็กป่วยด้วยโรคเอดส์) และ 3. ที่สำคัญที่สุดคงจะเป็นการที่โรงพยาบาลต่างๆ ที่ให้การรักษามียุทธศาสตร์ไม่รายงานผู้ป่วยเข้ามายังกองระบาดวิทยา⁽⁹⁾

แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเอดส์ในเด็กไปพร้อมกับผลการสำรวจการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งในปัจจุบันเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทำให้เชื่อได้ว่า ถ้าไม่มีมาตรการควบคุมป้องกันที่มีประสิทธิภาพมาใช้ ในอนาคตปัญหาเอดส์ในเด็กจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

เมื่อไม่นานมานี้ได้มีผลการศึกษาของ ACTG (AIDS Clinical Trials Group) พบว่า การให้ยา Zidovudine ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เลือกสรรแล้วและในทารกที่คลอดออกมา สามารถลด

อัตราการถ่ายทอดเชื้อสู่ทารกได้ถึงประมาณสองในสาม อย่างไรก็ตาม การใช้ยาดังกล่าวได้ผลดีในเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีบางกลุ่มเท่านั้น และผลข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดกับเด็กในระยะยาวยังไม่เป็นที่ยืนยันชัดเจน⁽¹⁰⁾ สำหรับประเทศไทยกำลังเริ่มทดลองนำวิธีการนี้มาใช้ ซึ่งถ้าได้ผลจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในเด็กคงจะมีแนวโน้มลดลง

ปัญหาโรคเอดส์ในเด็ก เป็นเพียงปัญหาด้านหนึ่งเท่านั้นของปัญหาการติดเชื้อเอดส์ ในกลุ่มชายหญิงวัยเจริญพันธุ์ของประชากรไทย ปัญหาที่สำคัญอีกด้านหนึ่งที่ไม่ควรลืมคือ ปัญหาของเด็กกำพร้าจากการที่พ่อและแม่ของเด็กตายจากโรคเอดส์ การนำยา Zidovudine มาใช้เป็นเพียงการลดปัญหาด้านหนึ่งเท่านั้น⁽¹¹⁾ แนวทางในการแก้ปัญหาเอดส์ในเด็กในอุดมคติ น่าจะเป็นการป้องกันเพศหญิง โดยเฉพาะหญิงในวัยเจริญพันธุ์ให้ปลอดภัยจากเชื้อเอชไอวี^(10,11)

ผู้รายงาน: นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ (Dr.Tanarak Plipat)

บรรณานุกรม

1. สุรพล สุวรรณกุล. โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. ใน: นลินี อัสวโกที, บรรณาธิการ. Current therapy of common infectious diseases. กรุงเทพฯ: บริษัท ที. พี. พรินท์ จำกัด, 2537.
2. วิรัตน์ ศิริสนั่น. เอดส์ในเด็ก. ใน: นลินี อัสวโกที, บรรณาธิการ. Current therapy of common infectious diseases. กรุงเทพฯ: บริษัท ที. พี. พรินท์ จำกัด, 2537.
3. Wara DW. Pediatric Aids. In: Rudolph AM, Hoffman JIE, Rudolph CD, editors. Rudolph's Pediatrics. Norwalk: Appleton & Lange, 1991.
4. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2538. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2538; 24(12s): 145-155.
5. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2536. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538.
6. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. โรคเอดส์ในเด็กและการป้องกันการติดเชื้อจากมารดาไปสู่บุตร. ใน: สมบัติ แทนประเสริฐสุข, บรรณาธิการ. รวมบทบรรยายการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2538.
7. อุไรวรรณ ตะรุโณทัย. การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีใน : วชิรพยาบาล. วชิรเวชสาร 2537; 38(3): 157-161.
8. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวัง. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2536; 24(2s): 1-12.
9. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, ยุภาพร ศรีจันทร์, สุจิตร์ สิทธิบุญ, สยาม ศรีสุคนธ์, อรพรรณ แสงวรรณลอย, วนัสสนันท์ รุจิวิวัฒน์, และคณะ. ความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการตามระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของจังหวัดพะเยา. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2538; 26(36): 457-471.
10. Centers for disease control and prevention. Recommendations for the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. MMWR 1994; 43(No. RR-11):1-20.
11. สุพร เกิดสว่าง. การป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่ไปสู่ลูก. ใน: สมบัติ แทนประเสริฐสุข, ปาริชาติ จันทรจิรัส, บรรณาธิการ. รวมบทบรรยายสัมมนาเรื่องโรคเอดส์แห่งชาติครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2535.