

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายงาน

การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

- ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (CD4+ ต่ำ) โดยตรวจไม่พบการติดเชื้อ HIV
สหรัฐอเมริกา

426

สาระสำคัญในฉบับ

Highlight

ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (CD4+ ต่ำ) โดยตรวจไม่พบการติดเชื้อ HIV
สหรัฐอเมริกา

บทความฉบับนี้กล่าวถึงรายงานเบื้องต้นของอาการทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในผู้ป่วยที่มีอาการบกพร่องของภูมิคุ้มกันที่ตรวจไม่พบภาวะการติดเชื้อของไวรัสเอดส์ จำนวน 5 ราย โดยศูนย์ควบคุมป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี 1989 เป็นต้นมา พบว่าอาการของผู้ป่วยมีลักษณะร่วมกัน 3 อย่าง ได้แก่ 1. จำนวน CD4+ T-cell ต่ำ, 2. ตรวจไม่พบภาวะการติดเชื้อของไวรัสเอดส์ และ 3. ภาวะการติดเชื้อที่น่าจะบ่งชี้เอดส์ ได้แก่ เชื้อรา เป็นต้น การค้นพบเพิ่งอยู่ในรายแรก ยังคงต้องอาศัยความร่วมมือในการรายงานจากทุกหน่วยงาน

ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (CD4+ ต่ำ) โดยตรวจไม่พบการติดเชื้อ HIV สหรัฐอเมริกา

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 เป็นต้นมา มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 21 ราย ที่ตรวจพบว่ามีค่า CD4+ ต่ำ โดยหาสาเหตุไม่ได้ และตรวจไม่พบการติดเชื้อไวรัส HIV (1-12) ในบทความนี้ได้รายงานผู้ป่วยที่มีภูมิต่ำนาอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศอื่นอีก 6 ประเทศ ซึ่งเข้ารับการรักษาอาการที่มักเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยบางรายได้ถูกรายงานในการประชุมโรคเอดส์นานาชาติ ครั้งที่ 8/การประชุมสมัชชาโลกเกี่ยวกับกามโรคครั้งที่ 3 ที่เมืองอัมสเตอร์ดัม นอกจากนี้แล้ว ศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติ (CDC) ยังได้รับรายงานผู้ป่วยอีก 5 ราย จาก 3 มลรัฐ ซึ่งตรวจพบค่า CD4+ ต่ำ แต่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ HIV หรือโรคและการรักษาอื่นใดที่จะอธิบายถึงการที่มีค่า CD4+ ต่ำ ผู้ป่วยบางรายในกลุ่ม 5 รายนี้ มีการติดเชื้อแบบฉวยโอกาสบ่อยๆ คล้ายที่พบในผู้ป่วยโรคเอดส์ บทความนี้รายงานผลการตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นจากการสอบสวนโรคโดย CDC

ผู้ป่วยรายที่ 1 ในเดือนมีนาคม 2534 ผู้ป่วยชายอายุ 70 ปี ป่วยด้วยโรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* อาการดีขึ้นจากการรักษาด้วย Trimethoprim/Sulfamethoxazole แม้ว่าผลการตรวจภูมิคุ้มกันต่อ HIV จะให้ผลลบ แต่การตรวจ CD4+ นับได้เพียง 50 เซลล์/ML. หลังจากรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีการติดเชื้อรา ต่อมาในเดือนเมษายน 2535 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีมะเร็งของกระเพาะปัสสาวะ grade II จนถึงเดือนกรกฎาคม 2535 ผู้ป่วยยังไม่มีอาการอื่นใด ผลการตรวจภูมิคุ้มกันต่อ HIV ยังให้ผลลบ และค่า CD4+ ขึ้นมาปกติ ผู้ป่วยปฏิเสธการกรู๊มเพศ หรือการใช้ยาเสพติดใน พ.ศ. 2530 ผู้ป่วยได้รับเลือด 3 หน่วย จากเลือดออกในลำไส้ส่วนต้น การสอบสวนใน พ.ศ.2535 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยขาดเลือดทั้ง 3 ราย ไม่มีการติดเชื้อทั้ง HIV-1 หรือ HIV-2 และผลการตรวจ CD4+ ปกติ และมีสุขภาพดี

ผู้ป่วยรายที่ 2 ในเดือนตุลาคม 2527 ผู้ป่วยชายอายุ 38 ปี ทำงานในโรงพยาบาล ป่วยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ *Cryptococcus* ได้รับการรักษาด้วย Amphotericin B และ 5-FU ในเดือนมกราคม 2528 ผู้ป่วยป่วยด้วยโรคเรื้อรังเฉพาะที่ ในเดือนกรกฎาคม 2528 โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบกลับเป็นซ้ำอีกครั้ง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด เอกกอน *Cryptococcus* ออกจากเนื้อสมอง และได้รับยาต้านเชื้อราอีก 1 ครั้ง หลังจากนั้นผู้ป่วยมีสุขภาพทั่วไปดี นอกจากการมีผื่นที่ผิวหนังที่หายได้เอง ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย และลมชักที่รักษาด้วย phenytoin ในเดือนธันวาคม 2530 และธันวาคม 2531 ผู้ป่วยได้รับการตรวจ CD4+ ซึ่งผลการนับเท่ากับ 152 และ 84 เซลล์/ML. ตามลำดับ ผลการตรวจภูมิคุ้มกันต่อ HIV ด้วยวิธี EIA ให้ผลลบในเดือนเมษายน 2532 จวบจนเดือนกรกฎาคม ศกนี้ ผู้ป่วยยังไม่มีอาการอะไร

ผู้ป่วยปฏิเสธประวัติครอบครัวยุติหรือประวัติส่วนตัว ของโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือการติดเชื้อผิดปกติอื่นใด และปฏิเสธการกรู๋ร่วมเพศหรือการใช้ยาเข้าเส้น ไม่เคยได้รับเลือด และการรักษาโดยใช้เครื่องมือสอดใส่ในร่างกาย และไม่มีประวัติของการสัมผัสเลือดเข้าเส้นเลือดหรือต่อเยื่อเมือกของร่างกาย นอกจากนี้ภรรยาของผู้ป่วยก็มีสุขภาพดี

ผู้ป่วยรายที่ 3 ในเดือนตุลาคม 2532 ผู้ป่วยหญิงอายุ 58 ปี ป่วยด้วยโรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน และได้รับการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นปอดบวมที่ไม่ทราบเชื้อที่เป็นสาเหตุและเป็นเชื้อรา *Candida* ในช่องคลอด ซึ่งอาการป่วยดีขึ้นจากการใช้ยาปฏิชีวนะ การตรวจภูมิคุ้มกันต่อ HIV ด้วยวิธี EIA ให้ผลลบในระหว่างการอยู่ในโรงพยาบาล การตรวจติดตามในเดือนธันวาคม 2532 ผลภูมิคุ้มกันเปลี่ยนกลับมาให้ผลลบ แต่การตรวจด้วยวิธี Western blot ยังพบแถบ p24 การตรวจนับ CD4+ เท่ากับ 86 เซลล์/ML. ผู้ป่วยไม่มีอาการอะไร การตรวจซ้ำในเดือนมกราคม 2534 การตรวจภูมิคุ้มกันต่อ HIV ให้ผลลบอีก 2 ครั้ง แต่การนับ CD4+ ยังต่ำอยู่ (103 เซลล์/ML.) จนกระทั่งเดือนกรกฎาคม 2535 ผู้ป่วยไม่มีอาการอะไร

ผู้ป่วยให้ประวัติการรับเลือดหลายครั้ง ในช่วงตั้งแต่ พ.ศ.2493 เป็นต้นมา และการปวดประจำเดือน ประมาณช่วงระหว่าง 2513-2523 ไม่มีประวัติของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือการติดเชื้อผิดปกติอื่นใดในครอบครัว ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยาเข้าเส้น สามมีสุขภาพดี

ผู้ป่วยรายที่ 4 ในเดือนพฤศจิกายน 2529 ผู้ป่วยชายอายุ 45 ปี เข้ารับการรักษาด้วยโรคผิวหนังจากเชื้อ *Molluscum contagiosum* แบบแพร่กระจาย ในเดือนเมษายน 2532 การตัดชิ้นเนื้อปอด เพื่อวินิจฉัยก่อนที่พบจากการเอกซเรย์ปอด ผลการตรวจเข้าได้กับ Asbestosis แม้ว่าจะไม่มีประวัติการสัมผัสแอสเบสตอสก็ตาม ในเดือนกุมภาพันธ์และสิงหาคม 2532 การตรวจภูมิคุ้มกันต่อ HIV ให้ผลลบ อย่างไรก็ตาม การตรวจ CD4+ นับได้เพียง 96 และ 68 เซลล์/ML. ตามลำดับ การติดตามถึงเดือนกรกฎาคม 2535 ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ

ประวัติครอบครัวและประวัติส่วนตัว ไม่มีโรคภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือการติดเชื้อซ้ำซ้อนหรือผิดปกติอื่นใด ผู้ป่วยปฏิเสธประวัติการกรู๋ร่วมเพศหรือการใช้ยาเสพติดเข้าเส้น หรือการรับเลือด ภรรยาดีมีสุขภาพดีและการตรวจนับ CD4+ ปกติ

ผู้ป่วยรายที่ 5 ในเดือนธันวาคม 2526 ผู้ป่วยหญิงอายุ 70 ปี ถูกรับไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการโรคเรื้อรังที่ผิวหนัง แบบแพร่กระจาย ในเดือนธันวาคม 2531 ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ และเจ็บหน้าอก การตรวจพบต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดโต และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Histoplasmosis โดยการผ่าตัดชิ้นเนื้อปอดไปตรวจ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Amphotericin B

และ Ketoconazole ซึ่งตอบสนองได้ดี เห็นได้จากอาการดีขึ้น และต่อมาน้ำเหลืองเล็กน้อย ถึงแม้ว่า การตรวจภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ HIV ให้ผลลบ แต่การนับ CD4+ มี 275 เซลล์/MI. ในเดือน กุมภาพันธ์ 2532 การตรวจ CD4+ ซ้ำ นับได้ 499 เซลล์/MI. ต่อมาในเดือนเมษายน 2534 ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ การตรวจเอกซเรย์ปอด พบการอักเสบของปอด การตรวจนับ CD4+ ได้ 199 เซลล์/MI. ถึงแม้ว่า การตอบสนองต่อการรักษาด้วย Ciprofloxacin จะมีอาการดีขึ้น แต่ การเพาะเชื้อจากเสมหะก็ยังขึ้นเชื้อ *Mycobacterium avium-intracellulare* (MAI) ใน เดือนกันยายน 2534 อาการทางปอดกลับเป็นอีกครั้ง ร่วมกับการตรวจพบจากเอกซเรย์ปอด พบการอักเสบของเนื้อปอด การเพาะเชื้อน้ำล้างหลอดลมขึ้น MAI อีก อาการของผู้ป่วยดีขึ้น จากการรักษาด้วย Ciprofloxacin, Rifampin และ Ethambutol ในเดือนมกราคม 2535 ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ และได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีแผลและก้อนในกระเพาะอาหาร การตัดชิ้นเนื้อตรวจพบว่าเป็นเชื้อ *Histoplasma* และการเพาะเชื้อขึ้น *Helicobacter pylori* การรักษาด้วย Fluconazole ได้รับผลตอบสนองดี การติดตามในเดือนกรกฎาคม 2535 ผู้ป่วยไม่มีอาการ

ผู้ป่วยมีสุขภาพดีและไม่มีประวัติครอบครัวหรือประวัติส่วนตัวเกี่ยวกับภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือการติดเชื้อผิดปกติอื่นใด ปฏิเสธการใช้ยาเสพติดเข้าเส้นและไม่ได้รับเลือด สามปีเสียชีวิตใน พ.ศ. 2527 จากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันและมะเร็งของไต

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตัวอย่างเลือดของผู้ป่วยทุกราย ถูกส่งมาตรวจที่ CDC และได้รับการยืนยันว่ามีผล CD4+ ต่ำ (< 300 เซลล์/MI.) และตรวจภูมิคุ้มกันต่อ HIV-1, HIV-2 ให้ผลลบ ต่อวิธี EIA และ Western blot การเพาะเชื้อจาก Mononuclear cell ในเลือด (Peripheral blood mononuclear cells - PBMC) ในผู้ป่วยรายที่ 1 - 4 ด้วย PBMC ปกติ และ/หรือ lymphoid cell line ให้ผลลบต่อ cytopathicity, syncytia และการสร้าง Reverse transcriptase โดยวิธีมาตรฐาน การตรวจภูมิคุ้มกันต่อ Human T - cell Lymphotropic Virus (HTLV-1) และ HTLV-2 ให้ผลลบ การตรวจหาทั้ง HIV-1 และ HIV-2 related DNA sequence ไม่พบด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) ในผู้ป่วยรายที่ 1 - 4 การตรวจตัวอย่างเลือดผู้ป่วยรายที่ 5 ยังไม่เสร็จสิ้น

รายงานโดย :

Division of HIV/AIDS, National Center for Infectious Disease, CDC

(อ่านต่อหน้า 435.)

ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (CD4+ ต่ำ) โดยตรวจไม่พบการติดเชื้อ HIV

สหรัฐอเมริกา

(ต่อจากหน้า 428)

บทบรรณาธิการ

กลุ่มอาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่รายงานในบทความนี้มีความหลากหลายพอสมควร อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเหล่านี้มีลักษณะสำคัญร่วมกัน 3 ประการคือ (1) มีการลดต่ำของ CD4+ T-cell อย่างต่อเนื่อง (2) ไม่ปรากฏการติดเชื้อ HIV โดยการตรวจภูมิคุ้มกัน, เพาะเชื้อ หรือ PCR และ (3) การติดเชื้อที่แพทย์สงสัยว่าจะเกิดจากการติดเชื้อ HIV

จากการทบทวนข้อมูลในผู้ป่วย 26 ราย (5 รายในบทความนี้ และ 21 ราย มีการรายงานในวารสารอื่นๆ) (1-12) ไม่สามารถชี้แจงถึงความเกี่ยวพันทางระบาดวิทยา ผู้ป่วยที่มีลักษณะของการลดต่ำของ CD4+ ที่อธิบายสาเหตุไม่ได้ มีรายงานมาจากประเทศออสเตรเลีย (1) เดนมาร์ก (2) อังกฤษ (3,4) ฝรั่งเศส (5-7) เยอรมัน (8) สเปน (9) และสหรัฐอเมริกา (10-12) ในจำนวนผู้ป่วย 26 รายนี้ 5 ราย ได้รับเลือดก่อนการเกิดอาการป่วย 5 ราย มีประวัติกรูมเพศ และอีก 16 รายที่เหลือ ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ HIV ในบทความนี้การสอบสวนติดตามผู้บริจาคเลือด แก่ผู้ป่วยรายที่ 1 พบว่าภูมิคุ้มกันต่อ HIV ให้ผลลบ ภาวะภูมิคุ้มกันปกติ และมีสุขภาพดี ผู้ป่วยอีก 2 ราย ที่ CDC ได้รับรายงานไม่ได้นำมารวมอยู่ในรายงานนี้ เนื่องจากพบว่าสาเหตุของการลดต่ำของ CD4+ เกิดจากการรักษาโดยเคมีบำบัด

แม้ว่าภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่รายงานในผู้ป่วยเหล่านี้ จะคล้ายกับการติดเชื้อด้วย HIV-1 และ HIV-2 แต่จากการสอบสวนโรค ก็ไม่มีหลักฐานที่จะแสดงการติดเชื้อจากไวรัสทั้ง 2 ดังนั้น สาเหตุของการลดต่ำของ CD4+ ในผู้ป่วยดังกล่าวจึงไม่ทราบ นอกเหนือจากนี้อาการที่ปรากฏดังกล่าวข้างต้น จะถือเป็นกลุ่มอาการเดียวกันได้หรือไม่ก็ยังไม่ทราบเช่นกัน

อย่างไรก็ตามได้มีการตั้งสมมุติฐานของสาเหตุไว้ 2 ประการ ได้แก่

(1) การลดต่ำของ CD4+ อย่างต่อเนื่องอาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อบางอย่างหรือการสัมผัสกับปัจจัยอื่นบางประการ การลดต่ำของ CD4+ ชั่วคราวพบได้หลังการติดเชื้อบางอย่าง ซึ่งการลดต่ำนี้อาจจะต่อเนื่องไปในระยะยาวก็อาจเป็นไปได้ (13,14) ในผู้ป่วยบางรายหรือทุกรายที่มีการลดต่ำของ CD4+ โดยหาสาเหตุไม่ได้ อาจเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมานานแล้ว แต่ยังไม่ถูกค้นพบ แต่เนื่องจากในปัจจุบันมีการใช้เครื่องตรวจ T-cell อย่างแพร่หลาย จึงทำให้มีการตรวจพบมากขึ้น

(2) ในผู้ป่วยบางรายอาจจะเป็นลักษณะหนึ่งของกลุ่มอาการภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดร่วมกับการลดต่ำของ CD4+

ในรายงานเบื้องต้น 2 ฉบับ ที่เพิ่งตีพิมพ์มาไม่นานนี้ได้รายงานผู้ป่วยที่มีการลดต่ำของ CD4+ และการตรวจภูมิคุ้มกันต่อ HIV-1 และ HIV-2 ให้ผลลบ ซึ่งบ่งว่าอาจเกิดจาก Retrovirus ตัวอื่น (11,12) ความเกี่ยวพันระหว่างสิ่งที่พบในรายงานดังกล่าวกับภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในผู้ป่วยที่ปรากฏในรายงานต่างๆ ยังไม่สามารถบอกได้ในขณะนี้

References:

1. Gatenby PA. Reduced CD4+ T-cells and candidiasis in absence of HIV Infection. *Lancet* 1989;1:1027-8.
2. Hansen ER, Lisby S, Baadsgaard O, Ho VC, de Villers EM, Vejsgaard GL. Abnormal function of CD4+ helper/inducer T lymphocyte in a patient with widespread human papillomavirus type 3-related infection. *Arch Dermatol* 1990;126:1604-8.
3. Pankhurst C, Peakman M. Reduced CD4+ T-cells and severe oral candidiasis in absence of HIV infection. *Lancet* 1989;1:672.
4. Jowitt SN, Love EM, Liu Yin JA, Pumphrey RSH. CD4 lymphocytopenia without HIV infection in patient with cryptococcal Infection. *Lancet* 1991;337:500-1.
5. Cozon G, Greenland T, Ravillard JP. Profound CD4+ lymphocytopenia in the absence of HIV infection in a patient with visceral leishmaniasis. *N Engl J Med* 1990;322:132.
6. Seligmann M, Aractingi S, Oksenhendler E, Rabian C, Ferchal F, Gonnot G. CD4+ lymphocytopenia without HIV in patient with cryptococcal disease. *Lancet* 1991;337:57-8.
7. Gautier V, Chanaz P, Vendrell JP, et al. Unexplained CD4-positive T-cell deficiency in non-HIV patients presenting as a *Pneumocystis carinii* pneumonia. *Clin Exp Allergy* 1991;21:63-6.
8. Dause H, Schwarze G, Radtke H. Reduced CD4+ count, infections, and immune thrombocytopenia without HIV infection. *Lancet* 1989;2:559-60.
9. Castro A, Pedreira J, Soriano V, et al. Kaposi's sarcoma and disseminated tuberculosis in HIV-negative individual. *Lancet* 1992;339:868.

10. Daar Es, Moudgil T, Ho DD. Persistently low T-helper (CD4+) lymphocyte counts in HIV-negative symptomatic men. Western Society of Clinical Investigation meeting, February 1990.
11. Gupta S, Ribak CE, Gollapudi S, Kim CH, Salahuddin SZ. Detection of a human intracisternal retroviral particle associated with CD4+ T-cell deficiency. Proc Natl Acad Sci USA (in press).
12. Laurence J, Siegal FP, Schattner E, Gelman IH, Morse S. Acquired Immune deficiency without evidence of infection with human Immunodeficiency virus types 1 and 2. Lancet 1992 (in press).
13. Scalzini A, Castelnuovo F, Puoti M, Cristini G. A case of cryptococcal meningoencephalitis and focal cerebral vasculitis with transient immunodeficiency. Acta Neurol (Napoli) 1990;12: 301-4.
14. Lehmann PF, Glibbons J, Senitzer D, Ribner BS, Freiman EH. T lymphocyte abnormalities in disseminated histoplasmosis, AM J Med 1983;75:790-4.

เรียบเรียงโดย:

นายแพทย์ครรชิต ลิ้มปกาญจนารัตน์ ศูนย์ความร่วมมือการวิจัยโรคเอดส์

จาก:

Centers for Disease Control. Unexplained CD4+ T-lymphocyte Depletion in Persons without Evident HIV Infection-United States. MMWR 41(30) 541-545, July 31, 1992.

#####

สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ ประจำวัน ที่ 15 สิงหาคม 2535

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

ตั้งแต่เริ่มมีรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ.2527 กองระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ 1 ราย และในปีต่อมา จนถึง วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ.2535 ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งหมด 748 ราย เป็นผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ รวม 1,005 ราย

ในปี พ.ศ.2534 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รวม 371 ราย มีผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ 356 ราย

ในปี พ.ศ.2535 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ 267 ราย ได้รับรายงานผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ 300 ราย