

ย่อวารสาร

AIDS : Window period in Thai blood donors

พิมล เชี่ยวศิลป์*, ลัดดา ฟองสดีชกุล**, ยุทธนา หมั่นดี วารสุข เอี่ยมศิลป์*, อริน พูลเกษม*, นิเวศน์ นันทจิต** การประชุมใหญ่วิชาการกลางปี วทท. และ สกท. 2534 : 21

เนื่องจากอัตราการติดเชื้อ HIV ในประชากรไทย โดยทางเพศสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงได้ทวีจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว สถิติของกระทรวงสาธารณสุข จนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2534 ระบุว่าผู้ติดเชื้อ HIV โดยวิธีดังกล่าวมีถึง 11,561 ราย หรือร้อยละ 36.4 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด ข้อมูลเหล่านี้เป็นสัญญาณอันตรายสำหรับการบริการโลหิตของประเทศโดยส่วนรวม เพราะบ่งบอกว่าอัตราของผู้บริจาคโลหิตที่อยู่ในระยะ window period (WP) ย่อมสูงตามไปด้วย เราจึงได้ศึกษาประโยชน์ของการตรวจกรองผู้บริจาคเหล่านี้โดยวิธี HIV P24 Ag assay ควบคู่กับการตรวจ anti-HIV วิธี second generation (SG) ที่ใช้กันทั่วไปตั้งแต่วันที่ 29 พฤศจิกายน 2533

ในจำนวนผู้บริจาคโลหิตที่รามาธิบดีทั้งหมด 3,432 ราย ได้พบข้อมูลเบื้องต้นคือมีอัตราความชุกของ HIV-Ag 1/3432 และ anti-HIV 5.5/1000 ยูนิต ในระยะเดียวกันได้ตรวจโลหิตผู้บริจาคของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 1,000 ยูนิต พบ HIV-Ag 5 ยูนิต ผู้บริจาคของรามาธิบดีที่พบ HIV-Ag นั้นไม่พบ anti-HIV เลยทั้งวิธี SG และ third generation (TG) ส่วนผู้บริจาคของเชียงใหม่ที่พบ HIV-Ag มี 1 รายพบ anti-HIV ด้วยโดยวิธี TG วิธีเดียว อีก 4 รายพบ anti-HIV ได้แล้วโดยวิธี SG การศึกษานี้แสดงว่าในประชากรที่มีอัตราความชุกของการติดเชื้อ HIV ที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงสูงเช่นประเทศไทย การเพิ่มการตรวจ HIV-

Ag ร่วมกับการตรวจ anti-HIV วิธี SG ทำให้พบ WP ในผู้บริจาคโลหิตของรามาธิบดีและเชียงใหม่ในอัตรา 1/3432 และ 1/1000 รายตามลำดับ การตรวจ anti-HIV โดยวิธี TG ทำให้พบผู้ติดเชื้อระยะแรกเริ่มได้เร็วขึ้นกว่า SG นั่นคือทำให้ WP แคบลง จึงมีข้อเสนอสำคัญ 2 ประการในการตรวจโลหิตผู้บริจาคในประชากรไทยและควรเป็นมาตรการเร่งด่วนในกลุ่มประชากรที่มีอัตราความชุกของ HIV สูง คือ 1. เพิ่มการตรวจ HIV-Ag 2. ใช้วิธี TG ในการตรวจ anti-HIV แทน SG

พิมล เชี่ยวศิลป์ และคณะ

การติดเชื้อ HIV จากการรับเลือดที่ตรวจกรอง HIV-Ab แล้ว : รายงานผู้ป่วย 2 ราย

ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา*, วีรวรรณ มหาพรรณณ*, พิมล เชี่ยวศิลป์**, อำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์*, พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์* การประชุมใหญ่วิชาการกลางปี วทท. และ สกท. 2534 : 19-20.

ผู้ติดเชื้อเอดส์มีจำนวนสูงขึ้นเป็นลำดับในประชากรไทย รวมทั้งผู้บริจาคโลหิตผู้รับเลือดที่ผ่านการตรวจ anti-HIV (HIV antibody) แล้วก็อาจติดเชื้อ HIV ได้ ในกรณีที่ผู้บริจาคเลือดอยู่ในระยะ window period คือ 6-8 สัปดาห์แรกของการติดเชื้อ ซึ่งมี antigen (Ag) ในเลือดแต่ร่างกายยังไม่สร้าง antibody

รายงานนี้ได้เสนอผู้ป่วย 2 ราย ซึ่งรับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลรามาธิบดี และติดเชื้อ HIV ในปี พ.ศ. 2534 จากเลือดที่ได้รับการตรวจ anti-HIV แล้ว

ทุกยูนิต

รายที่ 1 ชายไทย อายุ 16 ปี เป็นโรคฮีโมฟีเลีย เอ ชนิดรุนแรง (F VIII C 1%) ได้รับการผ่าตัดแก้ไขข้อเข่าขวาซึ่งพิการเหยียดตรงไม่ได้ เมื่อเดือนมิถุนายน 2534 ได้รับ F VIII ทดแทนในรูปของ factor VIII concentrate ชนิด solvent detergent ซึ่งปลอดภัยจากเชื้อ HIV อย่างแน่นอนใน 7 วันแรก และตามด้วย cryoprecipitate อีก 24 วันต่อมา รวมใช้ cryoprecipitate ทั้งสิ้น 493 ยูนิต (ถุง) เลือดทุกยูนิตได้ตรวจกรอง anti-HIV แล้ว

ผู้ป่วยได้รับการตรวจหา HIV-Ab ก่อนผ่าตัด ให้ผลลบ ในวันที่ 25 นับแต่เริ่มรับ cryoprecipitate ตรวจ HIV-Ag ในผู้ป่วยให้ผลบวก การตรวจ HIV-Ab โดย Western Blot ให้ผลยังไม่ชัดเจน (undetermined) แต่ให้ผลบวกโดยวิธี ELISA, Test pack HIV1/HIV2 (Abbott) และ Gelatin agglutination ในวันที่ 44 ตรวจ HIV-Ag ให้ผลลบ แต่ HIV-Ab โดย Western Blot ให้ผลบวก ชัดเจน ซึ่งยืนยันว่าผู้ป่วยติดเชื้อ HIV แน่แน่นอน

รายที่ 2 ชายไทย อายุ 18 ปี เป็นโรคฮีโมฟีเลีย เอ ชนิดรุนแรง (F VIII ต่ำกว่า 1%) ได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขข้อเข่าทั้งสองข้าง และข้อนิ้วกลางของมือขวา ซึ่งพิการเหยียดตรงไม่ได้ เมื่อเดือนกรกฎาคม 2534 และรับการรักษาด้วยกายภาพบำบัดต่อเนื่องหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับ factor VIII concentrate ในวันที่ 1-7 เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายแรก และเริ่มให้ cryoprecipitate ร่วมกับ fresh frozen plasma (FFP) ในวันที่ 4-71 ของการผ่าตัด (รวม 68 วัน) ในวันที่ 4-53 (50 วัน) รับ cryoprecipitate รวม 1069 ยูนิต และ FFP 12 ถุง ซึ่งตรวจ anti-HIV ทุกยูนิต แต่ตรวจ HIV-Ag บางยูนิต ในวันที่ 54-71 (18

วัน) รับ cryoprecipitate อีก 228 ยูนิต ซึ่งตรวจทั้ง HIV-Ag และ anti-HIV ทุกยูนิต รวมรับ cryoprecipitate ทั้งสิ้น 1297 ยูนิต และ FFP 12 ยูนิต

ผู้ป่วยได้รับการตรวจหา HIV-Ag และ/หรือ HIV-Ab ในเลือดเป็นระยะ ๆ คือ วันที่ 0 (ก่อนผ่าตัด) วันที่ 5,19,23,44 และ 47 ของการผ่าตัด ให้ผลลบมาตลอด แต่ในวันที่ 71 HIV-Ag ให้ผลบวก และการตรวจ HIV-Ag โดยวิธี ELISA, Gelatin Agglutination และ Western Blot ให้ผลบวกชัดเจน ซึ่งยืนยันว่าผู้ป่วยติดเชื้อ HIV เช่นเดียวกับรายแรก

ผู้ป่วยทั้งสองรายนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลตลอดเวลาระหว่างการรับเลือดจนตรวจพบว่าติดเชื้อ HIV cryoprecipitates ที่ให้ผู้ป่วยเตรียมจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย และโรงพยาบาลรามธิบดี

ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ

Mode of viral transmission in HIV infected infants at Ramathibodi Hospital

สมพร ศิรินาวิน, ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา
การประชุมใหญ่วิชาการกลางปี วทท. และ สกท.
2534 : 18

โรงพยาบาลรามธิบดีได้รับผู้ป่วยเด็กโรคเอดส์ รายแรกของประเทศไทยเมื่อเดือนสิงหาคม 2531 ระหว่างเดือนสิงหาคม 2531 - กันยายน 2534 มีผู้ป่วยเด็กที่ได้รับเชื้อ HIV จากมารดาทาง Perinatal transmission รวม 7 ราย ดังรายละเอียดดังนี้

ผู้ป่วย รายชื่อ	ผู้ป่วย		มารดา	บิดา
	อายุ(ต)	อาการนำ		
1	8	ท้องเสียเรื้อรัง	บริการทางเพศ	(ไม่ทราบ)
2	15	ปอดอักเสบเรื้อรัง	ครู, ติดจากสามี	ครู, ติดจากหญิงอื่น
3	2	เด็กถูกทิ้งข้างทาง	(ไม่ทราบ)	(ไม่ทราบ)
4	8	เด็กจากมูลนิธิ ฯ	บริการทางเพศ	(ไม่ทราบ)
5	2	พ่อเป็นวัณโรค	รับจ้าง, ติดจากสามี	รับจ้าง, ติดจากหญิงอื่น
6	12	Burkitt's Lymphoma	ครู, ติดจากการรับเลือด	(anti-HIV negative)
7	9	เด็กจากมูลนิธิ ฯ	นักร้อง, ? ติดจากสามี	ยาม, ? ติดจากหญิงอื่น

ผู้ป่วยทุกรายตรวจเลือด anti-HIV ให้ผลบวก จะเห็นว่า รายที่ 1 และ 4 พฤติกรรมของแม่เป็นทางนำเชื้อ HIV มาสู่เด็ก ส่วนรายที่ 2, 5, 7 นั้น พฤติกรรมของพ่อเป็นสาเหตุ รายที่ 6 บิดาตรวจ anti-HIV ให้ผลลบ สอบสวนต่อไปจึงพบว่าเชื้อ HIV แพร่มายังเด็กโดยแม่ได้รับเลือด ซึ่งเป็นรายแรกของเด็กไทยที่เป็นโรคเอดส์จากการที่แม่ได้รับเลือด รายที่ 3 เป็นตัวอย่างของเด็กที่ถูกทอดทิ้งข้างทาง อาจจะติดเชื้อเอดส์มาด้วย ควรตรวจหาเชื้อเอดส์ในเด็กที่ถูกทอดทิ้ง

การวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV ในเด็กจำเป็นต้องซักประวัติข้อมูลของทั้งครอบครัวอย่างดี การให้

counselling แก่บิดามารดาของเด็กคือทั้งสามี ภรรยา และญาติใกล้ชิดต้องทำด้วยความรอบคอบ ละมุนละม่อม ละเมียดละไม มีคุณธรรม และเหมาะสมกับสถานการณ์ ทั้งด้านจิตใจ สังคม รวมทั้งสถาบันครอบครัวและเพื่อนบ้าน ซึ่งมีความสำคัญมากในการรักษาความเป็นครอบครัว และช่วยให้ผู้ป่วย บิดามารดา รวมทั้งครอบครัวสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ปัญหาในการดูแลเด็กติดเชื้อ HIV ที่ถูกทอดทิ้ง จำเป็นต้องเตรียมการรองรับที่ดี

สมพร ศิรินาวัน และคณะ