

Elimination of HIV mother to child transmission

การป้องกันการถ่ายทอดการติดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก



รศ. พญ. ธันยวีร์ ภูธนกิจ
สาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเทศไทยเริ่มมีการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในทารก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ซึ่งในขณะนั้นความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีนั้นสูงถึงร้อยละ 30 จากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาที่มีการพัฒนาระบบบริการ และให้สูตรยาต้านไวรัส 3 ตัวในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ในปี พ.ศ. 2558 อัตราการติดเชื้อลดลงเหลือ ร้อยละ 1.9 ทำให้ประเทศไทยได้รับการประเมินรับรององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ.2559 ว่าเป็นประเทศแรกในเอเชียที่ผ่านเกณฑ์ Elimination of HIV mother to child transmission กล่าวคือมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่มารดาติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้กินนมแม่ต่ำกว่าร้อยละ 2^{1,2}

34-36 สัปดาห์ หาก HIV RNA > 50 copies/ml แนะนำให้ผ่าตัดคลอด (elective cesarean section) หาก HIV RNA < 50 copies/ml สามารถคลอดผ่านทางช่องคลอดได้

แนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูง (Intensification regimen) รูปที่ 1

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้ว แนะนำให้ตรวจปริมาณเอชไอวีในเลือดในช่วงไตรมาสสามทุกรายในช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ หากตรวจพบว่า ปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด > 1000 copies/ml จะมีความเสี่ยงที่จะถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้ทารกสูง และหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี และเริ่มยาต้านไวรัสหลังจากอายุครรภ์ \geq 32 สัปดาห์ จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ทารกจะติดเชื้อเอชไอวีอีกเช่นกัน เนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสโดยเฉลี่ยต้องใช้เวลอย่างน้อย 12 สัปดาห์ในการกดไวรัสให้อยู่ในระดับต่ำ ในแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของไทย ปี พ.ศ.2559 พิจารณาให้เพิ่มยาต้านไวรัส raltegravir (ขนาด 400 มิลลิกรัม) กินเข้าเย็น เพิ่มเติมจากสูตรยา HAART ปกติ เนื่องจากมีรายงานว่า ยา raltegravir สามารถลด

แนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในทารก

ปริมาณไวรัสเอชไอวีในพลาสมาของหญิงตั้งครรภ์ในระยะใกล้คลอด เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลจากสหราชอาณาจักร ในหญิงตั้งครรภ์ 6,206 รายพบว่า หากมารดามี HIV RNA < 50 copies/ml อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกต่ำกว่าร้อยละ 0.1 แต่หากมารดามี HIV RNA 400-1000 copies/ml อัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 1.1 และ หากมารดามี HIV RNA > 10000 copies/ml อัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 9.2³ ในการป้องกันการติดเชื้อในทารกจึงมุ่งเน้นการวินิจฉัยเอชไอวีมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรถ์อ่อน ๆ เพื่อให้มีเวลาในการกินยาต้านไวรัส รวมทั้งให้ยาต้านไวรัสสูตรที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดระดับไวรัสได้อย่างรวดเร็ว แนวทางการให้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ. 2559 แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน ได้รับยาต้านไวรัสสูตร tenofovir (TDF)/lamivudine (3TC)/efavirenz (EFV) หรือ zidovudine (AZT)/lamivudine (3TC)/Lopinavir/r(LPV/r) และให้ตรวจปริมาณไวรัสเมื่ออายุครรภ์

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในกลุ่มเสี่ยงสูง

- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ควรได้รับยาต้านไวรัสระหว่างตั้งครรภ์ โดยสูตรยาที่แนะนำ ได้แก่ Tenofovir/Lamivudine/Efavirenz หรือ Tenofovir/Lamivudine/Lopinavir/r
- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ควรได้รับการตรวจปริมาณเอชไอวีในเลือดในช่วงไตรมาสสาม (อายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์) หากพบว่า HIV viral load > 1000 copies/ml ให้จัดเป็น กลุ่มเสี่ยงสูง แนะนำ
 - เพิ่มยาต้านไวรัสกลุ่ม integrase inhibitor อาทิเช่น raltegravir ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสที่ช่วยลดปริมาณไวรัสในเลือดลงได้อย่างรวดเร็ว ภายในเวลา 2-4 สัปดาห์ เข้าไปเป็นยาตัวที่สี่จนกว่าจะคลอด หลังคลอดให้หยุดยา raltegravir กินยาสูตรมาตรฐาน 3 ตัว ต่อเนื่องไป
 - ทารกควรได้รับการป้องกันโดยการให้ยาสูตร 3 ตัว zidovudine-lamivudine-nevirapine เป็นเวลา 6 สัปดาห์
 - ทารกควรได้รับการตรวจ HIV DNA PCR เพื่อวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ โดยตรวจ 4 ครั้ง ได้แก่ ช่วงแรกเกิด (หากผลบวก บ่งถึงการติดเชื้อเกิดขึ้นในครรภ์), อายุ 1 เดือน, 2 เดือน และ 4 เดือน
- สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีและเริ่มยาต้านไวรัสหลังจากอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง แนะนำให้ปฏิบัติดังกล่าวข้างต้น

รูปที่ 1

ระดับไวรัสได้เร็วภายในเวลา 2-4 สัปดาห์ สามารถช่วยลดโอกาสถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้⁴ โดยหลังคลอด แนะนำให้มารดากินยาต้านไวรัสสามตัวต่อเนื่องไปแต่หยุดยา raltegravir ได้ ทั้งนี้ระหว่างที่ยา raltegravir ยังไม่สามารถเบิกได้จากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถติดต่อขอรับยาได้จากโครงการยา raltegravir เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก กองทุนพระราชทานนัดตามาตุ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย (รูปที่ 2)

รายงานการรวบรวมข้อมูลการใช้ยา raltegravir ในหญิงตั้งครรภ์ 278 ราย ในยุโรป และสหรัฐอเมริกาพบว่า มีทารกติดเชื้อเอชไอวี 2 ราย (อัตราการติดเชื้อร้อยละ 0.7) ผลข้างเคียงที่อาจพบในมารดา คือ ค่าเอนไซม์ตับเพิ่มสูงขึ้นพบได้ร้อยละ 3 สำหรับในทารกควรระมัดระวังเรื่อง hyperbilirubinemia เนื่องจากยาสามารถผ่านรกได้ดีมาก โดยพบว่าระดับยาใน cord blood: plasma อยู่ระหว่าง 1-3.5 และระดับยาในทารกมีระดับที่สูงกว่า IC95 ในการฆ่าเชื้อเอชไอวีในทารกได้นานถึง 36 ชั่วโมง และยาจับกับโปรตีนได้ดี อาจจะแย่งปิริลูบินในการจับอัลบูมิน⁵

โดยสรุป ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในระดับหนึ่งทำให้อัตราการติดเชื้อโดยรวมต่ำกว่าร้อยละ 2 ทาง

โครงการยา Raltegravir เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในหญิงตั้งครรภ์ จากกองทุนพระราชทานนัดตามาตุ เพื่อช่วยลดการติดเชื้อของศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

<http://th.trcarc.org>



รูปที่ 2 QR Code

กรมอนามัยตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีลงต่ำกว่าร้อยละ 1 ภายในปี พ.ศ. 2563 จึงควรจะเน้นการป้องกันอย่างเต็มที่ที่สุดในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยการให้ยาต้านไวรัสสูตรเข้มข้นกับทั้งมารดาในช่วงตั้งครรภ์ใกล้คลอด และในทารกหลังคลอดในช่วง 6 สัปดาห์แรกของชีวิต IDV

เอกสารอ้างอิง

1. Lolekha R, Boonsuk S, Plipat T, et al. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV-Thailand. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65:562-6.
2. Phanuphak N, Phanuphak P. History of the prevention of mother-to-child transmission of HIV in Thailand. J Virus Erad. 2016;2:107-9.
3. Townsend CL, Byrne L, Cortina-Borja M, et al. Earlier initiation of ART and further decline in mother-to-child HIV transmission rates, 2000-2011. AIDS. 2014;28:1049-57.
4. de Ruiter A, Taylor GP, Clayden P, et al. British HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women 2012 (2014 interim review). HIV Med. 2014;15 Suppl 4:1-77.
5. Maliakkal A, Walmsley S, Tseng A. Critical Review: Review of the Efficacy, Safety, and Pharmacokinetics of Raltegravir in Pregnancy. J Acquir Immune Defic Syndr. 2016;72:153-61.