

# การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านเอชไอวี ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

กวีสุข ณ ระนอง\*

สุพร อยู่เจริญ\*

## บทคัดย่อ

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านเอชไอวีที่ใช้ยาหลายขนานร่วมกัน ได้รับการพิสูจน์ว่า เป็นการรักษาที่ช่วยลดอัตราป่วยและอัตราการตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย ขณะที่ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน. การประเมินผลการรักษาผู้ป่วยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง. การศึกษาครั้งนี้มีจุดประสงค์ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส โดยอาศัยค่า CD4 และน้ำหนักตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังให้ยา, การติดเชื้อโรคฉวยโอกาสระหว่างการรักษา, ผลข้างเคียงของยา และความร่วมมือในการรักษา.

ได้ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ถึง เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยผู้ป่วยทั้งหมดไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน. การเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการรักษาของน้ำหนักตัวและค่า CD4 นั้น ใช้การทดสอบ Wilcoxon signed-rank. ผู้ป่วยติดเชื้อได้รับยา ๔๖ คน มีข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์ ๔๒ คน เป็นชาย ๒๗ คน หญิง ๑๕ คน เป็นผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น ๑๗ คน, ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการ ๑๖ คน, และผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีอาการ ๕ คน. ผู้ป่วยทั้ง ๓ กลุ่มมีจำนวน CD4 หลังรักษา ๖ เดือนเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. ผู้ป่วย ๑๐ รายเกิดผลข้างเคียงจากยาคือ เกิดผื่น ๘ ราย, แก้มตอบ ๑ ราย, และระดับเอนไซม์เอสทีทีที่สูงขึ้น ๑ ราย, ไม่มีผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสหลังได้รับยาอย่างน้อย ๖ เดือนจนถึงวันที่สิ้นสุดการศึกษา. ผู้ป่วยมารับยาสม่ำเสมอจำนวน ๓๕ ราย.

สรุปว่าการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านเอชไอวีชุด GPO-VIR ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ได้ผลการรักษาที่น่าพอใจ. ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญน่าจะเป็นผลจากระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอ และมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง.

**คำสำคัญ:** ยาต้านไวรัส, โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

**Abstract** Treatment of HIV-infected and AIDS Patients with Antiretroviral Drugs at Somdetpraboromrachineenart Hospital, Nathawee District, Songkhla Province Thaweasuk Na Ranong\*, Suporn Yujarern\*

\*Somdetpraboromrachineenart Hospital, Songkhla Province

Combination antiretroviral therapy has proved to effect lower morbidity and mortality rates among HIV/AIDS patients. However, the effectiveness of continuing patient

\*โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา



care is also important. Therefore, evaluation of treatment to improve the management system is needed. This study was aimed at evaluating the effectiveness of triple therapy with antiretroviral drugs by comparing CD<sub>4</sub> cell counts, opportunistic infection rates during treatment, side effect and adherence to treatment.

The patients' data were retrospectively obtained from patient records. The patients were those who came for treatment at Somdetpraboromrachineenart Hospital, Nathawee district, Songkhla Province from January 2003 and April 2008. None of the patients received treatment previously. CD<sub>4</sub> cell count, body weight before and after treatment were compared and analyzed by Wilcoxon signed-rank test.

There were 46 patients who met the criteria for treatment, but complete data were available from 42 patients, 23 were male and 19 were female, 17 had AIDS, and there were 16 symptomatic and 9 asymptomatic HIV-infected patients. The results of treatment revealed that CD<sub>4</sub> counts after six months in all groups were significantly increased compared with those before treatment. Side effects occurred in 10 patients, 8 with rash, 1 with lipotrophy and 1 with increased SGPT level. None of the patients developed opportunistic infection after six months of treatment until now. Almost all (39 patients) showed good adherence to treatment.

The study concluded that triple therapy with GPO-VIR in a middle-sized community hospital gave good results. An effective management system that helps patients to adhere to treatment and continuing evaluation is an important factor.

**Key words:** antiretroviral drugs, GPO-VIR, HIV/AIDS patients

### ภูมิหลังและเหตุผล

โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคระยะเอดส์ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย นับตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๗. จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๐ พบว่ามีผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งหมด ๓๑๓,๒๒๙ คน, เสียชีวิตไปแล้ว ๘๖,๕๘๙ คน<sup>(๑)</sup>. การให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประกอบด้วยการรักษาตามอาการ, การรักษาและป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส, การสร้างเสริมสุขภาพ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส. การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีถือเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการให้บริการทางการแพทย์ทั้งหมดในการดูแลผู้ป่วย<sup>(๒)</sup>. แม้ว่ากลุ่มโรคนี้ยังไม่สามารถบำบัดให้หายขาดได้ แต่เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่ายาต้านไวรัส คือวิธีการรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน เพราะได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดอัตราการตาย อัตราป่วยในผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถทำให้ผู้ป่วยมีระดับภูมิคุ้มกันดีขึ้น, ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้อย่างมาก<sup>(๓-๗)</sup> ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่

ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วย. ฉะนั้นการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสที่เหมาะสมจึงเป็นการรักษาที่คุ้มค่า<sup>(๗,๘)</sup>.

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าการให้ยาต้านไวรัสเพื่อบำบัดโรคติดเชื้อเอชไอวีควรเริ่มให้ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อย ๓ ชนิดร่วมกัน เรียกรักษาแบบนี้ว่าการบำบัดด้วยยาต้านไวรัสกัมมันต์สูง (highly active antiretroviral therapy (HAART)<sup>(๗,๙,๑๐)</sup> โดยมีเป้าหมายเพื่อลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้เหลือน้อยที่สุด ทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยที่แสดงโดยระดับเซลล์ทีชนิด CD4 กลับสู่ระดับใกล้เคียงปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง มีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>(๑๑-๑๔)</sup>.

ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ องค์การเภสัชกรรมของประเทศไทยสามารถผลิตยาต้านเอชไอวี ๓ ชนิดรวมอยู่ในเม็ดเดียวกันได้ คือ สแตดูติน (d4T), ลามิวูดีน (3TC), และเนวิราพิน (NVP) และตั้งชื่อว่า GPO-VIR ทำให้ราคาขายถูกลงอย่างมาก. กระทรวงสาธารณสุขจึงนำโครงการการเข้าถึงบริการยาต้าน

ไวรัสระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (National Access to Antiretroviral program for patients living with HIV/AIDS: NAPHA) ขึ้น<sup>(๑๕)</sup> ต่อมาในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ รัฐบาลไทยกำหนดให้การบริการยาต้านเอชไอวี เป็นบริการหนึ่งในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายความว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทุกรายสามารถรับยาต้านไวรัสได้จากโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณาเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ใหญ่โดยพิจารณาจาก ๒ ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะเวชกรรมและระดับเซลล์ CD4. โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหว้า จังหวัดสงขลา ได้เข้าร่วมโครงการการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน.

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหว้า จังหวัดสงขลา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียงมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรมทั่วไป ๑ คน เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้ยาและติดตามการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ภายใต้โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาโดยตลอด โดยยึดหลักการดำเนินการอย่างครบวงจรตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย, การให้ยา, การให้คำปรึกษา และการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง, รวมทั้งจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเดือนละ ๑ ครั้งเพื่อแลกเปลี่ยนปัญหาและช่วยกันแก้ปัญหาของสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อ.

เนื่องจากการดำเนินการดังกล่าวได้ทำอย่างต่อเนื่องมาระยะหนึ่งแล้ว จึงสมควรทำการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยในโครงการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงของค่า CD4 และน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ตลอดจนจรรยาบรรณที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ยาและโรคฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษา.

### ระเบียบวิธีศึกษา

**รูปแบบการศึกษา** การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับการรักษาที่

คลินิกบริการยาต้านไวรัส โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหว้า จังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๔๖ ถึง เมษายน ๒๕๕๑ โดยไม่รวมผู้ป่วยเด็กและหญิงมีครรภ์.

**วิธีการศึกษา** ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและผลการรักษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย, ทะเบียนรับยาต้านไวรัส, ทะเบียนส่งตรวจ CD4 และแบบบันทึกผลการติดตามการดูแล. ข้อมูลที่นำมาศึกษาได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ ศาสนา, ผลการรักษาและการติดตามการรักษา, ประเมินจากค่า CD4 ก่อนและหลังให้ยา, น้ำหนักตัว, อาการข้างเคียงจากยา, การติดเชื้อฉวยโอกาสและความร่วมมือในการกินยา.

● การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อรับยาต้านไวรัสตามที่กำหนดไว้ในคู่มือบริหารจัดการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ และแนวทางการใช้ยาต้านเอชไอวี ในงานสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ ๙ วันที่ ๗-๙ กรกฎาคม ๒๕๔๖ จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย.

**เอดส์** คือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางเวชกรรมบ่งชี้ว่าเป็นเอดส์โดยไม่คำนึงว่าจะมีจำนวน CD4 เท่าใด.

**เอชไอวีมีอาการ** คือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีค่า CD4 ต่ำกว่า ๒๕๐ เซลล์/ลบ.มม. และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- ฝ้าขาวในปากจากราแคนดิดา.
- ใช้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ.
- อุจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่า ๑๔ วัน โดยไม่ทราบสาเหตุ.
- น้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ ๑๕ ภายใน ๓ เดือน.

**เอชไอวีไร้อาการ** คือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ แต่มีค่า CD4 ต่ำกว่า ๒๐๐ เซลล์/ลบ.มม.

● การให้ยาและติดตามการรักษา ก่อนเริ่มให้ยาผู้ป่วยจะได้รับการให้คำปรึกษาจนเข้าใจและยินยอมกินยาต้านไวรัส. จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกาย เพื่อประเมินระยะของ



โรคและโรคแทรกซ้อนที่มีอยู่เดิม, ส่งตัวอย่างเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ แอนติเอชไอวี, นับเซลล์ CD4, ตรวจเลือดครบ, ถ่ายภาพรังสีทรวงอก, ตรวจสมรรถภาพตับเอสจีพีที, ครีเอตินีน และไขมัน.

- สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ

สูตรที่ ๑ : GPO-VIR

สูตรที่ ๒ : Stavudine(d4T)+Lamivudine(3TC)+Efavirenz(EFV)

สูตรที่ ๓ : Zidovudine(AZT)+ Lamivudine(3TC)+Nevirapine (NVP)

โดยผู้ป่วยทุกรายจะได้รับยาสูตรที่ ๑ ก่อนและให้แบบแยกขนานก่อน ๒ สัปดาห์. เมื่อผู้ป่วยไม่มีผื่นรุนแรงและค่าเอสจีพีทีปกติ จะเปลี่ยนเป็นยา GPO-VIR ๑ เม็ดทุก ๑๒ ชั่วโมง และนัดติดตามประเมินผลการรักษาในสัปดาห์ที่ ๔ และ ๘ และหลังจากนั้นทุกๆ ๑ เดือน. ทุกครั้งจะมีการบันทึกความสม่ำเสมอในการกินยา, น้ำหนักตัว, อาการที่เปลี่ยนแปลงและผลข้างเคียงของยาทุกครั้ง, และตรวจ CD4 ทุก ๖ เดือน. หากผู้ป่วยมีผลแทรกซ้อนจากยา จะทำการเปลี่ยนสูตรยาตามความเหมาะสม.

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน. สำหรับค่า CD4 และน้ำหนักตัว; ใช้การกระจายความถี่เป็นค่าร้อยละสำหรับตัวแปรกลุ่ม เช่น ร้อยละสูตรยาที่ได้รับผลข้างเคียงจากยา. ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการรักษาของน้ำหนักตัวและค่า CD4 ในแต่ละกลุ่ม ใช้สถิติการทดสอบ non-parametric Wilcoxon signed-rank เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มมีน้อยและค่า CD4 มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ค่าพิน้อยกว่า ๐.๐๕.

### ผลการศึกษา

#### ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่นำมามีการศึกษาการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี ๙๑ ราย มีข้อมูลดังแสดงในตารางที่ ๑. การจำแนกชนิดของผู้ป่วยและ

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	ราย (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
ชาย	๒๓ (๕๔.๖๖)
หญิง	๑๕ (๔๕.๓๔)
<b>สถานะสมรส</b>	
คู่	๓๒ (๖๖.๑๕)
หม้าย	๕ (๑๑.๕๐)
หย่า	๑ (๒.๓๘)
โสด	๔ (๙.๕๒)
<b>อาชีพ</b>	
ทำงานสวนยางพารา	๓๓ (๖๘.๕๓)
รับจ้างทั่วไป	๘ (๑๙.๐๕)
พระภิกษุ (ติดเชื่อก่อนบวช)	๑ (๒.๓๘)
<b>การศึกษา</b>	
ประถมต้น	๔๑ (๙๓.๖๒)
ประถมปลาย	๑ (๒.๓๘)
<b>ศาสนา</b>	
พุทธ	๓๘ (๙๐.๔๘)
อิสลาม	๔ (๙.๕๒)

สูตรยาที่ได้รับเป็นไปตามตารางที่๒. ตารางที่ ๓ แสดงข้อมูล CD4 ก่อนและหลังรักษา.

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่า CD4 ก่อนและหลังรักษาด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่าผู้ป่วยมี CD4 หลังรักษา ๖ เดือนเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง ๓ กลุ่ม (ค่าพี < ๐.๐๕). สำหรับค่า CD4 หลังรักษา ๑๒ เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับหลังรักษา ๖ เดือนพบว่า มีเพียงผู้ป่วยกลุ่ม ๑ ที่มีค่า CD4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี = ๐.๐๗๗). หลังจากนั้นในทุกกลุ่มไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ CD4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CD4 หลัง ๑๒ เดือนมี

น้อยลงเพียง ๒๓ คน หลัง ๑๘ เดือน ๑๙ คน และหลัง ๒๔ เดือน มีเพียง ๑๓ คนเท่านั้น.

การเปรียบเทียบน้ำหนักตัวก่อนกับหลังรักษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม ๑ มีน้ำหนักตัวก่อนรักษา ๕๑.๑๒ ± ๗.๖๕ กิโลกรัม, กลุ่ม ๒ น้ำหนักตัว ๔๘.๔๓ ± ๘.๖๓ กิโลกรัม และกลุ่ม ๓ น้ำหนักตัว ๔๙.๘๑ ± ๗.๐๓ กิโลกรัม. ผู้ป่วยกลุ่ม ๑ มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (๕๒.๕๓ ± ๗.๖๕ กก.) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๐๗๔). ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม ๒ และ ๓ มีน้ำ

หนักตัวเพิ่มขึ้นชัดเจน (๕๔.๕ ± ๑๑.๓๕ กิโลกรัม และ ๕๙.๑ ± ๑๑.๑๔ กิโลกรัม ตามลำดับ) และมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๐๑๒ และ ๐.๐๔๓ ตามลำดับ).

ในด้านความร่วมมือต่อการรักษา ผู้ป่วยมารับยาสม่ำเสมอดีมาก. ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคือ ๓๙ รายจาก ๔๒ ราย มารับยาจนถึงเวลาที่ทำการศึกษาคือเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๕๑. ค่ามัธยฐานของระยะเวลาติดตามการรักษา ๒๑.๐๘ เดือน (พิสัย ๐.๙-๕๕.๗ เดือน). ผู้ป่วย ๓ รายที่ไม่มารับยามีระยะเวลา

ตารางที่ ๒ จำนวนผู้ป่วยแยกตามกลุ่มผู้ป่วยและยาที่ได้รับ

กลุ่มผู้ป่วยและยาที่ได้รับ		ราย (ร้อยละ)
กลุ่มผู้ป่วย	กลุ่ม ๑ เอคส์	๑๗ (๔๐.๔๘)
	กลุ่ม ๒ เอชไอวีมีอาการ และ CD4 ต่ำกว่า ๒๕๐ เซลล์/ลบ.มม.	๑๖ (๓๘.๑๐)
	กลุ่ม ๓ เอชไอวีไร้อาการ และ CD4 ต่ำกว่า ๒๐๐ เซลล์/ลบ.มม.	๙ (๒๑.๔๓)
ยาที่ได้รับ	สูตร ๑ GPO-VIR	๓๓ (๗๘.๕๗)
	สูตร ๒ d4T+3TC+EFV	๘ (๑๙.๐๕)
	สูตร ๓ AZT+3TC+NVP	๑ (๒.๓๘)

ตารางที่ ๓ จำนวน CD4 ก่อน และหลังการรักษา

ผู้ป่วยกลุ่มที่	CD4 (ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)				
	ก่อนรักษา	หลัง ๖ เดือน	หลัง ๑๒ เดือน	หลัง ๑๘ เดือน	หลัง ๒๔ เดือน
๑	๑๐๕.๗๐ ± ๘๖.๘๙	๒๔๘.๒๑ ± ๑๐๙.๔๗	๓๓๒.๒๒ ± ๑๒๗.๗๔	๓๒๓.๓๗ ± ๗๐.๐๑	๔๕๑.๘๐ ± ๑๕๔.๓๑
๒	๘๐.๕๖ ± ๖๐.๖๐	๒๐๒.๔๐ ± ๙๔.๗๖	๒๔๙.๘๐ ± ๑๓๐.๐๐	๓๔๐.๔๔ ± ๒๔๘.๔๑	๔๑๐ ± ๒๕๙.๑๔
๓	๑๓๘.๗๗ ± ๗๒.๔๕	๓๔๘.๕ ± ๒๘๒.๘๕	๓๖๗.๕ ± ๒๓๑.๙๖	๕๗๙.๕ ± ๑๔๐.๗๑	๔๕๐ (มี ๑ ราย)

ตารางที่ ๔ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CD4 ณ เวลาต่าง ๆ

ผู้ป่วยกลุ่มที่	ราย						
	ก่อนรักษา	หลัง ๖ เดือน	หลัง ๑๒ เดือน	หลัง ๑๘ เดือน	หลัง ๒๔ เดือน	หลัง ๓๐ เดือน	หลัง ๓๖ เดือน
๑	๑๗	๑๔	๙	๘	๕	๔	๒
๒	๑๖	๑๕	๑๐	๙	๗	๕	๒
๓	๙	๖	๔	๒	๑	๑	๐
รวม	๔๒	๓๕	๒๓	๑๙	๑๓	๑๐	๔



ตารางที่ ๕ น้ำหนักตัวของผู้ป่วย ก่อนและหลังรักษา ๖ เดือน

ผู้ป่วยกลุ่ม	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (กิโลกรัม)		ค่า พี*
	ก่อนรักษา	หลังการรักษา	
๑	๕๑.๑๒ ± ๗.๖๕	๕๒.๕๓ ± ๗.๖๕	๐.๐๗๔
๒	๔๘.๔๓ ± ๘.๖๓	๕๔.๕ ± ๑๑.๓๕	๐.๐๑๒
๓	๔๕.๘๑ ± ๗.๐๓	๕๕.๑ ± ๑๑.๑๔	๐.๐๔๓

\*ค่าพี จากการทดสอบ Wilcoxon signed-rank

การรักษาเพียง ๑, ๔ และ ๗ เดือน.

ผู้ป่วย ๑๐ ราย (ร้อยละ ๒๓.๘) เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา คือ เกิดผื่น ๘ ราย, เกิดไขวมนที่หน้าลิบลง แก้มตอ ๑ ราย, มีระดับเอ็นไซม์เอสจีพีทีที่สูงขึ้น ๑ ราย. ทั้งหมดเกิดจากใช้ยาสูตร ๑ คือ GPO-VIR และเป็นเหตุให้ต้องเปลี่ยนไปใช้ยาสูตร ๒ และสูตร ๓.

ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และไม่พบการเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ผู้ป่วยเคยเป็นอยู่เดิมก่อนการรักษา หรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสใหม่เกิดขึ้น หลังกินยาต้านไวรัสไปแล้ว ๖ เดือน จนถึงวันที่ทำการศึกษ.

โดยสรุป ผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการศึกษานี้ ได้ผลดีทั้งในแง่จำนวน CD4 และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ค่า CD4 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง ๑๒ เดือนแรกของการรักษา, ไม่มีผู้ป่วยรายใดเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสระหว่างการรักษา และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดีมาก.

### วิจารณ์

ผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ถึงแม้จำนวนผู้ป่วยในการศึกษาที่รายงานนี้ มีจำนวนไม่มาก แต่ก็แสดงให้เห็นผล การรักษาที่ดี ผู้ป่วยมีค่า CD4 และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น รวมทั้งไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส.

ยาต้านเอชไอวีที่ใช้ส่วนใหญ่คือ GPO-VIR ซึ่งสะดวกต่อการกินยา. ผู้ป่วยส่วนใหญ่กินยาได้ดี มีผลข้างเคียงบ้างไม่

รุนแรง. ส่วนใหญ่เกิดผื่นแต่ไม่ต้องหยุดยาเพียงเปลี่ยนสูตร ยาก็ได้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ คือ สามารถเพิ่มปริมาณเซลล์ CD4 ได้อย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น.

ผลการรักษาในแง่ของค่า CD4 เมื่อเริ่มต้น เมื่อเทียบกับผู้ป่วยในการศึกษาอื่นพบว่าสูงกว่าค่า CD4 ของการศึกษ อื่นๆ. การศึกษาของ ธวัช คงคาลัย<sup>(๑๕)</sup> มีค่า CD4 เริ่มต้นเฉลี่ย ๔๒.๕๘, สุรเดช มงคลปทุมรัตน์<sup>(๓)</sup> มีค่า CD4 เท่ากับ ๗๗, สมคิด อังคศิริทองกุล<sup>(๑๖)</sup> มีค่าเฉลี่ย ๗๔.๓๘, การศึกษาของ อัจฉรา เขาวงวนิชและคณะ<sup>(๑๗)</sup> มีค่าเฉลี่ย ๔๒.๕๘, และธีรพล และคณะ<sup>(๑๘)</sup> มีค่าเฉลี่ย ๕๓.

การเพิ่มขึ้นของ CD4 หลังให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่า เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังให้ยาต้านไวรัส ๖ เดือน ทั้งสามกลุ่ม เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ<sup>(๓,๑๕,๑๖,๑๘)</sup>. แต่จาก ข้อมูลผู้ป่วยพบว่าการเจาะ CD4 หลังรักษา ๖ เดือนไม่ได้เป็นไปตามกำหนดทั้งหมด มีบางส่วนเจาะ ๗-๘ เดือน จึงอาจเป็น ผลทำให้ค่า CD4 เพิ่มขึ้นกว่าความเป็นจริงได้.

จากข้อมูลในตารางที่ ๓ พบว่า ค่า CD4 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้ง ๓ กลุ่ม หลังรักษานาน ๒๔ เดือน. แต่ในการศึกษาพบว่าเวลาหลังจาก ๖ เดือนในกลุ่ม ๒ และ ๓ และหลังจาก ๑๒ เดือนในผู้ป่วยทุกกลุ่ม ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ CD4 อย่างมีนัยสำคัญ. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ ๒ และ ๓ มีน้อยและจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CD4 หลังจาก ๑๒ เดือนลดลงเรื่อย ๆ ทำให้อำนาจการจำแนกความแตกต่างของการทดสอบน้อยลง.

ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบการติดเชื้อฉวยโอกาสหลังผู้

ป่วยได้รับยาไปแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนจนถึงวันสิ้นสุดการศึกษา (ระยะเวลาติดตามการรักษาเฉลี่ย ๒๔.๒๑ เดือน) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมคิด อังคศรีทองกุล<sup>(๑๖)</sup>, แต่แตกต่างจากการศึกษาของ สุพจน์ ภูเก้าล้วน<sup>(๑๗)</sup> ซึ่งพบว่าระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสพบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร้อยละ ๘.๗๗.

อาการข้างเคียงจากยาจากยาพบไม่มาก (ร้อยละ ๒๓.๘). ส่วนใหญ่เป็นผื่นไม่รุนแรง ไม่ต้องหยุดยาต้านไวรัส แต่เปลี่ยนสูตรยาเพื่อความเหมาะสม ต่างจากการศึกษาของ ธวัช คงคาลัย<sup>(๑๕)</sup> ซึ่งพบผลข้างเคียงจากยาสูงมากถึง ร้อยละ ๗๕.๗๖, ของวินิต เทตสุทธิธรมภูมิ<sup>(๒๐)</sup> ร้อยละ ๕๘.๕ และข้อมูลของ Swiss HIV cohort study<sup>(๒๑)</sup> ซึ่งทำการศึกษผู้ป่วยเอดส์กว่า ๑,๐๐๐ ราย พบผลข้างเคียงจากยาร้อยละ ๔๗. ในการศึกษาคั้งนี้ผลข้างเคียงส่วนใหญ่ที่พบคือ เกิดผื่น (๘ ราย) และเอสซีพีที่สูงขึ้น (๑ ราย) จากยาเนวีราพิน และเกิดไขมันที่หน้าลิบลง แก้มตอบ) ๑ รายจากยา d4T<sup>(๒๒)</sup> ใกล้เคียงกับการศึกษาของ วินิต เทตสุทธิธรมภูมิ<sup>(๒๐)</sup> ซึ่งพบผื่นแพ้ยาเป็นอันดับหนึ่ง และการศึกษาของ สุพจน์ ภูเก้าล้วน<sup>(๑๗)</sup> ซึ่งพบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านเอชไอวีจนต้องเปลี่ยนสูตรยามากที่สุดคือผื่นผิวหนัง ต่างจากการศึกษาของ ธวัช คงคาลัย<sup>(๑๕)</sup> ที่พบผลข้างเคียงจากยาที่ใช้บ่อยคือเส้นประสาทอักเสบ (ร้อยละ ๓๔.๑๕) ซึ่งเกิดจากยา d4T และผลข้างเคียงที่พบบ่อยรองลงมาคือ ผื่น (ร้อยละ ๑๗.๐๗).

ความสำคัญประการหนึ่ง ในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คือ เมื่อผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ที่ควรจะต้องได้รับยาต้านไวรัส ซึ่งจะต้องกินยาต่อเนื่องตลอดไป. ดังนั้นความร่วมมือต่อการมารับยาอย่างสม่ำเสมอจึงสำคัญมากต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย. ผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคือ ๓๙ รายจากทั้งหมด ๔๒ ราย มารับยาจนถึงเวลาที่ทำการศึกษาคือเดือนเมษายน ๒๕๕๑ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธวัช คงคาลัย<sup>(๑๕)</sup> ซึ่งพบว่ามีความสม่ำเสมอในการกินยามากกว่าร้อยละ ๔๕ โดยติดตามการรักษานาน ๑๘ เดือน.

การศึกษาคั้งนี้ใช้ค่าการเปลี่ยนแปลงของ CD4 ในการประเมินผลการรักษา. แต่การติดตามประเมินผลการรักษาที่ดี

คือ การหาปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด ซึ่งมีความไวในการเปลี่ยนแปลงมากกว่าค่า CD4. แต่เนื่องจากค่าตรวจเชื้อมีราคาสูงและในระยะแรกยังไม่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยที่ต้องการตรวจปริมาณไวรัสในเลือดต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้เอง จึงยังไม่สามารถตรวจได้อย่างแพร่หลาย. ปัจจุบันใน พ.ศ. ๒๕๕๐ ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้งบประมาณในการตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดไม่เกิน ๑ ครั้ง/ปี ซึ่งจะช่วยให้การติดตามกรณีที่สงสัยการรักษาล้มเหลว และความสำเร็จของการรักษา เพื่อพัฒนาการบริการยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป.

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง จึงมีข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อผลการรักษาได้ เช่น การบันทึกข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการทางคลินิก อาการไม่พึงประสงค์จากยา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะค่าเชื้อเอชไอวีในเลือด ได้ส่งตรวจในผู้ป่วยเพียง ๒-๓ รายเท่านั้น จึงมีข้อมูลไม่มากพอที่จะนำมาประเมินผลการรักษา.

## สรุป

ยาต้านไวรัสสูตร GPO-VIR ให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ สามารถเพิ่มปริมาณ CD4 ได้อย่างต่อเนื่อง. ผู้ป่วยหายได้ดี ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรง. การที่ผู้ป่วยเข้าถึงยาต้านไวรัสส่งผลให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง ทำให้ผู้ติดเชื้อมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์และทำงานได้เช่นคนปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตลอดทั้งมีชีวิตยืนยาวขึ้น อันเป็นวัตถุประสงค์ของการใช้ยาต้านไวรัส. อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต รวมทั้งประเมินผลการรักษาด้วยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะ. หน้าที่สำคัญของสถานพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงต้องดำเนินการต่างๆ ให้ระบบการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามแผนการรักษาที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้.



## เอกสารอ้างอิง

๑. ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เมษายน ๒๕๕๐.
๒. สมนึก สังฆานุภาพ, อัญญา วิกากุล, ยาด้านไวรัสเอชไอวี. ใน: พรรณทิพย์ ฉายากุล, ชินณู พันธุ์เจริญ, และคณะ (บรรณาธิการ). ตำราโรคติดเชื้อ ๒. กรุงเทพมหานคร: โสภิตติคัพปัลลิตซ์; ๒๕๔๘. หน้า ๑๒๕๒-๖๕.
๓. สุรเดช มงคลปฐมรัตน์. ผลการติดตามการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการเขต ๑๒ ๒๕๔๘;๑๖:๘๓-๕.
๔. Michelet C, Arvieux C, Francois C, Besnier JH, Rogez JP, Breux JP, et al. Opportunistic infection occurring during highly active antiretroviral treatment. AIDS 1998; 12:1815-22.
๕. Connick E, Lederman MM, Kotzin BL, Spritzler J, Kuritzkes DR, St Clair M, et al. Immune reconstitution in the first year of potent antiretroviral therapy and its relationship to virologic response. J Infect Dis 2000;181:358-63.
๖. Autran B, Carcelain G, Li TS, Blanc C, Mathez D, Tubiana R, et al. Positive effects of combined antiretroviral therapy on CD4+ T cell homeostasis and function in advanced HIV disease. Science 1997;277:112-6
๗. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advance HIV infection. N Engl J Med 1998;338:853-60.
๘. Mocroff A, Vella S, Benfield TL, Chiesi A, Miller V, Gargalinno P, et al. Changing pattern of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. EuroSIDA Study Group. Lancet 1998;352:1725-30.
๙. Egger M, Hirschel B, Francioli P, Sudre P, Wirz M, Flepp M, et al. Impact of new antiretroviral combination therapies in HIV infected patient in Switzerland: prospective multicentre study. Swiss HIV Cohort Study. BMJ. 1997;315:1194-9.
๑๐. Ledergerber B, Egger M, Erard V, Weber R, Hirschel B, Furrer H, et al. AIDS-related opportunistic illnesses occurring after initiation of potent antiretroviral therapy: The Swiss HIV Cohort study. JAMA 1999;282:2220-6.
๑๑. Gibb DM, Duong T, Tookey PA, Sharland M, Tudor-Williams G, Novelli V, et al. Decline in mortality, AIDS, and hospital admissions in perinatally HIV-1 infected children in United Kingdom and Ireland. BMJ 2003;327:1019-24.
๑๒. Sánchez JM, Romos Amador JT, Fernández de Miquel S, González Tomé MI, Rojo Conejo P, Fernando Vivas P, et al. Impact of highly active antiretroviral therapy on the morbidity and mortality in Spanish human immunodeficiency virus infection children. Pediatr Infect Dis J 2003;22:863-7.
๑๓. Delta Coordinating Committee. Delta: a randomized double-blind controlled trial comparing combination of zidovudine plus didanosine or zalcitabine with zidovudine alone in HIV- infected individuals. Lancet 1996;348:283-91.
๑๔. CAESAR Coordinating Committee. Randomized trial of addition of lamivudine plus zalcitabine to zidovudine-containing regimens for patients with HIV-1 infection: The CAESAR trial. Lancet 1997;349:1413-21.
๑๕. ธวัช คงคาลัย. ประสิทธิภาพของการใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ๒๕๕๐;๒๔:๑๗๓-๕.
๑๖. สมคิด อังคศรีทองกุล. ผลการใช้ยาต้านไวรัส GPO-VIR ณ สถาบันบำราศนราดูร. วารสารควบคุมโรค ๒๕๕๐;๓๑:๑๐๐-๑๐.
๑๗. อัจฉรา ชาวะวณิช, วีรวัฒน์ มโนสุทธิ, เขียวรัตน์ อินทอง, สุทัศน์ โชตนะพันธ์, ชนนันท์ สิทธิบุญ, วิศัลย์ มูลศาสตร์, และคณะ. อัตราและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ป่วยเอดส์ หลังได้รับยาต้านไวรัสในสถาบันบำราศนราดูร. วารสารควบคุมโรค ๒๕๕๐;๓๑:๒๑-๘.
๑๘. ชีรพล สุขมาก, อารี สุภาวรงค์, เพียงใจ ดัฒนาชน, สุกัลกษณ์ จิตนาธรรม, ประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลทุ่งสง. วารสารโรคเอดส์ ๒๕๔๘;๑๗:๕๕-๖๒.
๑๙. สุพจน์ ภูเก้าล้วน. ผลของระดับ CD4 ก่อนการเริ่มรับยาต้านไวรัสสูตรผสม(GPO-vir) สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลกระบี่. วารสารวิชาการแพทย์เขต ๑๕.๑๖ ๒๕๔๕;๒๐:๘๒-๕๕.
๒๐. วินิต เกิดสุทธิธรมณี. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาซีพีโอเวียร์ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุตรธานี ๒๕๔๕; ๑๔:๑๕-๓๑.
๒๑. Fellay J, Boubaker K, Ledergerber B, Furrer H, Battegay M, Hirschel B, et al. Prevalence of adverse event associated with potent antiretroviral treatment: Swiss HIV cohort Study. Lancet 2001;358:1322-7.
๒๒. สมนึก สังฆานุภาพม กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, ถนนอมศักดิ์ อเนกชนานนท์, นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล, ฤดีวิไล สามโกเศศ (บรรณาธิการ). แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2549/2550. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๔๕. หน้า ๒๒๔.