

# ผลการจัดตั้งคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

วิโรจน์ วิโรจน์วัน\*

## บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๔๕ - กันยายน ๒๕๕๐. วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test.

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจรักษาที่คลินิกทั้งหมด ๒๒๘ คน เป็นชายร้อยละ ๕๔.๔ และหญิงร้อยละ ๔๕.๖, อายุเฉลี่ย ๓๕.๕ ปี, จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ ๗๒.๓, ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมร้อยละ ๗๓.๐, มีความเสี่ยงการติดเชื้อโดยมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศ ร้อยละ ๕๓.๐. เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มใช้ยาต้านเอชไอวี พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๐๓๕) แต่ค่ามัธยฐานของระยะเวลา (เดือน) ที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีจนกระทั่งได้รับยาต้านเอชไอวี ไม่มีความแตกต่างโดยนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๑๑๓). ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ และ พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ ใช้ยาสูตร Nevirapine + Lamivudine + Stavudine มากที่สุด (ร้อยละ ๗๕.๘). การตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวีในทุกสูตรยาร้อยละ ๘๑.๗ เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานของระยะเวลา (เดือน) ที่ใช้ในการตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวี ตามจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี = ๐.๐๘๘). ผู้ป่วยรายเก่ามีแนวโน้มให้ญาติมารับยาแทนมากขึ้น. วันโรคปอดเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุด. ผลข้างเคียงของการใช้ยาต้านเอชไอวีได้แก่ ผื่นผิวหนัง, ปลายประสาทอักเสบ และแก้มตอบ. ผลการศึกษาแสดงว่าการเข้าถึงยาต้านเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวียังล่าช้า. เมื่อพิจารณาจากค่ามัธยฐานของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวียังต่ำกว่า ๑๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร เมื่อมีการตอบสนองต่อยาต้านไวรัสเอชไอวี แล้วมีอาการดีขึ้น. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มไปทำงานต่างพื้นที่ และให้ญาติมารับยาแทนบ่อยขึ้น ซึ่งอาจมีผลต่อความสม่ำเสมอของการได้รับยาต้านเอชไอวี และเกิดการดื้อยาได้ในที่สุด.

**คำสำคัญ:** คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ยาต้านเอชไอวี, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

## Abstract

### Outcome of Having an HIV Clinic in Sawangdandin Crown Prince Hospital, Sakon Nakhon Province

Viroj Virojjanawat\*

\*Sawangdandin Crown Prince Hospital, Sakon Nakhon Province

A clinic for HIV-infected patients was set up at the Sawangdandin Crown Prince Hospital, Sakon Nakhon Province in October 2002. This study was conducted during the period from October 2002 through September 2007 to collect clinical as well as adminis-

\*โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร



trative data from the outpatient and inpatient medical records of all HIV patients who attended the Clinic during the period October 2002 to September 2007. Descriptive data, i.e., frequency, percentage, means and standard deviation, median, minimum and maximum values, derived from the use of the Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test were obtained.

The results showed that the HIV-infected patients were 54.4 percent male and 45.6 percent female, their average age 35.5 years, education status 72.3 percent primary school, agriculture 73 percent, and heterosexual infection risk 93 percent. There were significant differences in the median amounts of CD4 when they started taking anti-HIV drugs (p value= 0.035). There was no statistically significant difference in the median duration from contracting HIV infection to the treatment period (p = 0.113). The most common drug regimen used was Nevirapine, Lamivudine and Stavudine during the periods 2002-2004 and 2005-2007 (75.8%), and the response rate was 81.7 percent. There was no statistically significant difference in median duration of response to anti-HIV drugs depending on the amount of CD4 (p= 0.088). Side effects of anti-HIV drugs included skin rashes, neuritis and cheek lipoatrophy. The most common of the opportunistic infections was pulmonary tuberculosis. The initial time to receive drugs was quite delayed when a CD4 level of lower than 100 cells/ml was used as an indicator. When acute symptoms subsided, the majority of patients moved to new working areas and received drugs via relatives. The result was inconsistent taking of drugs and drug resistance usually developed thereafter. In such a context, the author has suggested that HIV patients should be given information about opportunistic infection and CD4 levels. Regular care and medications for the patients would be effective if high-quality networks are set up. Finally, it is important to pursue the cooperation of organizations offering work and proper income for the patients after their condition has been improved by treatment with anti-HIV drugs.

**Key words:** HIV Clinic, anti-HIV regimen, Sawangdandin Crown Prince Hospital, Sakon Nakhon Province

## ภูมิหลังและเหตุผล

โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย. องค์การอนามัยโลกรายงานว่าใน พ.ศ. ๒๕๔๙ มีประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีและป่วย ๓๙.๕ ล้านคน และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนโรคนี้ถึง ๒.๙ ล้านคน<sup>(๑)</sup>. ในประเทศไทยมีรายงานจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขว่ามีประชาชนคนไทยที่ป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี ๓๐๙,๖๕๓ คน และได้เสียชีวิตไปแล้วถึง ๘๕,๘๗๐ คน<sup>(๒)</sup>. โดยทั่วไปทราบกันว่ายาต้านเอชไอวีสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการดำเนินโรคได้ แต่ก็มีผู้ได้รับยาต้านเอชไอวีเพียง ๑๑,๕๒๐ รายเท่านั้น<sup>(๓)</sup>.

อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร มีประชากร ๑๔๗,๒๑๘ คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีฐานะยากจน. เมื่อเสร็จสิ้นจากฤดูทำนา มักอพยพไป

ทำงานรับจ้างต่างถิ่นทั้งชั่วคราวและกึ่งถาวร ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะทางเพศสัมพันธ์. จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครจนถึงปัจจุบันพบว่า จังหวัดสกลนครมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี ๒,๘๕๙ คน ซึ่งน่าจะน้อยกว่าความเป็นจริงอยู่มาก เนื่องจากผู้ป่วยเอชไอวียังมีความกลัวและความอายจากการถูกรังเกียจ จึงจะเข้ารับบริการสาธารณสุขก็ต่อเมื่อมีอาการมากและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงแล้ว. ส่วนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางคนที่ตนเองอาจไม่ทราบว่าเป็นโรค คาดว่ายังมีอีกเป็นจำนวนมาก. ดังนั้นเมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มโครงการนำร่องการเข้าถึงยาต้านเอชไอวี ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จึงจัดตั้งคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม ๒๕๔๕ โดยจัดบริการให้คำปรึกษา, ตรวจร่างกาย, เยี่ยมบ้าน, เจาะเลือดตรวจปริมาณเม็ดเลือด

ชาวซีดี๔ และจ่ายยาต้านเอชไอวีเมื่อมีข้อบ่งชี้. ในระยะแรกใช้ยาอยู่ ๓ สูตร. ยาสูตรที่ ๑ ประกอบด้วย Nevirapine (NVP), Lamivudine (3TC) และ Stavudine (D4T), ยาสูตรที่ ๒ ประกอบด้วย Efavirenz (EFV), Lamivudine (3TC) และ Stavudine (D4T), และยาสูตรที่ ๓ ประกอบด้วย Indinavir/Ritonavir (IDV/RTV), Lamivudine (3TC) และ Stavudine (D4T).

ต่อมาเมื่อมีโครงการ NAPHA (National access to care for people living with HIV/AIDS) พ.ศ. ๒๕๔๖ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้สิทธิการเข้าถึงบริการยาต้านเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ ตลอดจนเริ่มจัดให้มีบริการตรวจหาจำนวนเชื้อไวรัสและการดื้อยา. ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ได้ปรับสูตรยาเพิ่มขึ้นอีกหลายสูตรเพื่อปรับเปลี่ยนยากรณีผู้ป่วยทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้หรือเกิดการดื้อยา.

คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินได้ดำเนินงานมาเป็นเวลากว่า ๕ ปี โดยมีเป้าหมายที่จะเพิ่มโอกาสเข้าถึงยาต้านเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนโรคและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอชไอวี. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานของคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินไว้เป็นหลักฐานประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย.

## ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาข้อมูลย้อนกลับจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มาใช้บริการที่คลินิกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๕ ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ ถึง ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๐. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาแจ้งจำนวน, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่ามัธยฐาน, ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด; เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยใช้สถิติ Mann-Whitney U

test และ Kruskal-Wallis test.

## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ข้อบ่งชี้ในการรับยาต้านเอชไอวี ได้แก่ ผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเอชไอวีระยะเอดส์ไม่ว่าจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เท่าใดก็ตาม, ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการหนึ่งใดต่อไปนี้ เช่น มีรอยโรคเชื้อราในปาก, ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ, ตุ่มคันที่ตัวไม่ทราบสาเหตุ, อุจจาระร่วงเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้ นานกว่า ๑๔ วัน, หรือน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ ๑๕ ในเวลา ๓ เดือน, และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ น้อยกว่า ๑๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร<sup>(๔)</sup>.

การตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวี หมายถึงมีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร ร่วมกับมีอาการดีขึ้น คือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น, กินอาหารได้ดี, ไม่มีไข้, ไม่มีอาการท้องเสียเรื้อรัง.

การไม่ตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวี หมายถึงมีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ น้อยกว่า ๒๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร และ/หรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส.

สงสัยดื้อยาต้านเอชไอวี หมายถึงค่าซีดี๔ ลดลงร้อยละ ๓๐ จากค่าสูงสุด ๒ ครั้งติดต่อกัน.

การรับยาด้วยตัวเองสม่ำเสมอ หมายถึงการรับยาด้วยตัวเองตรงตามนัดหรือก่อนนัดหรือหลังนัดไม่เกิน ๗ วัน.

การรับยาแทน หมายถึงผู้ป่วยมอบหมายให้ตัวแทนมารับยาแทนอย่างน้อย ๑ ครั้งใน ๑ ปีโดยตรงตามนัดหรือก่อนนัดหรือหลังนัดไม่เกิน ๗ วัน.

การรับยาไม่สม่ำเสมอ ขาดการรักษา หมายถึง การรับยาเกินกำหนดและไม่ได้กินยานานมากกว่า ๗ วัน หรือขาดการติดต่อดูแลตามไม่ได้เกิน ๗ วัน.

## ผลการศึกษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๔๕ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๐ จำนวน ๒๒๘ คน เป็นชาย ๑๒๔ คน (ร้อยละ ๕๔.๔) และหญิง ๑๐๔ คน (ร้อยละ ๔๕.๖),



อายุ ๖-๗๖ ปี ค่ามัธยฐาน ๓๖ ปี ค่าเฉลี่ย  $๓๕.๕ \pm ๘.๔$  ปี, ส่วนใหญ่ ๒๑๔ คน (ร้อยละ ๙๓.๙) มีอายุ ๑๕-๕๐ ปี; ผู้ป่วย ๑๕๙ คน (ร้อยละ ๗๒.๓) เรียนจบชั้นประถมศึกษา, ๕๒ คน (ร้อยละ ๒๓.๖) เรียนจบมัธยมศึกษา, มีเพียง ๘ คน (ร้อยละ ๓.๖) จบระดับอุดมศึกษา และ ๑ คน (ร้อยละ ๐.๕) ไม่ได้เรียนหนังสือ; ผู้ป่วย ๑๖๕ คน (ร้อยละ ๗๗) มีอาชีพเกษตรกรกรรม และ ๔๐ คน (ร้อยละ ๑๗.๗) อาชีพรับจ้าง; ๒๑๒ คน (ร้อยละ ๙๓) มีความเสี่ยงติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ทางเพศ, ๖ คน (ร้อยละ ๒.๖) มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน, ๔ คน (ร้อยละ ๑.๘) ได้รับเชื้อจากฉีดยาเสพติด และ ๖ คน (ร้อยละ ๒.๖) จากมารดาสู่ทารก.

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิก ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๔๕ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๐ มีทั้งหมด ๒๒๘ ราย เป็นผู้ป่วยเก่า ๑๗๘ ราย และผู้ป่วยใหม่ ๕๐ ราย.

ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ กับ ๒๕๔๘-๒๕๕๐ แสดงในตารางที่ ๑ พบว่าเมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๐๓๕).

ตารางที่ ๒ แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานของระยะเวลา (เดือน) ที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีจนกระทั่งได้รับยาต้านเอชไอวี พบว่าไม่มีความแตกต่างสำคัญโดยนัยสถิติ (ค่าพี ๐.๐๑๑๓).

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเอชไอวีอย่างน้อย ๖ เดือนพบว่า ๑๓๔ ราย (ร้อยละ ๗๐.๙) มีการตอบสนองต่อยา (เม็ดเลือดขาวซีดี๔ มากกว่า ๒๐๐ เซลล์/มล.) และ ๓๐ รายไม่ตอบสนองต่อยา (เม็ดเลือดขาวซีดี๔ ยังคงน้อยกว่า ๒๐๐ เซลล์/มล.).

ผู้ป่วยอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับยาต้านเอชไอวีอย่างน้อย ๖ เดือน ๖ คน มีผู้ตอบสนองต่อยา ๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๗.

สูตรยาต้านเอชไอวีที่ใช้มากที่สุด (ร้อยละ ๗๕.๘) คือ Nevirapine, Lamivudine, Stavudine ตามแผนภูมิที่ ๑ (รูปที่ ๑).

สูตร ๑ = Nevirapine (NVP), Lamivudine (3TC), Stavudine (D4T)

สูตร ๒ = Efavirenz (EFV), Lamivudine (3TC), Stavudine (D4T)

**ตารางที่ ๑** ความแตกต่างค่ามัธยฐานของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวี ใน พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ กับ ๒๕๔๘-๒๕๕๐

พ.ศ.	ราย	มัธยฐาน	Interquartile Range	Sum of Ranks	ค่าพี*
๒๕๔๕-๒๕๔๗	๗๓	๒๕.๐	๕๐.๕๐	๖,๐๕๕.๐	๐.๐๓๕
๒๕๔๘-๒๕๕๐	๑๑๔	๔๕.๐	๑๐๑.๕๐	๑๑,๔๗๕.๐	

\*Mann-Whitney U test

**ตารางที่ ๒** เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานของระยะเวลา (เดือน) ที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีจนกระทั่งได้รับยาต้านเอชไอวี ใน พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ กับ ๒๕๔๘-๒๕๕๐

พ.ศ.	ราย	มัธยฐาน	Interquartile Range	Sum of Ranks	ค่าพี*
๒๕๔๕-๒๕๔๗	๗๓	๕.๐	๑๘.๔๘	๘,๑๕๘.๐	๐.๑๑๓
๒๕๔๘-๒๕๕๐	๑๑๕	๓.๕๖	๒๕.๐๔	๑๑,๑๐๘.๐	

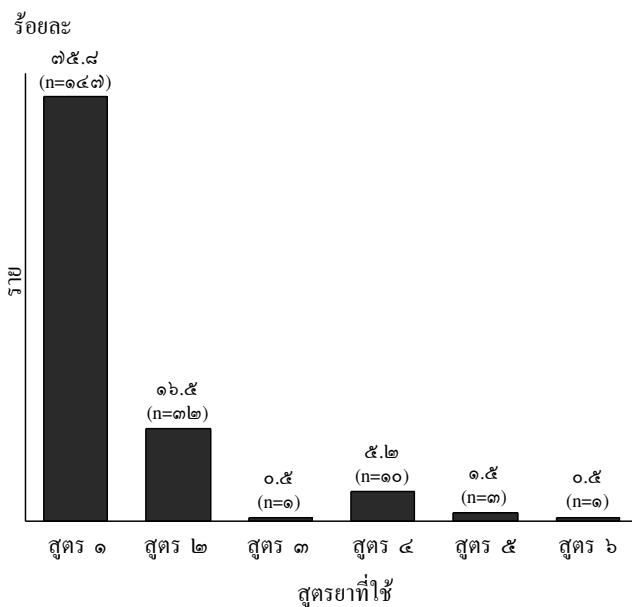
\*Mann-Whitney U test

สูตร ๓ = Indinavir/Ritonavir (IDV/RTV), Lamivudine (3TC), Nevirapine (NVP)

สูตร ๔ = Zidovudine (AZT), Lamivudine (3TC), Nevirapine (NVP)

สูตร ๕ = Zidovudine (AZT), Lamivudine (3TC), Efavirenz (EFV)

สูตร ๖ = Tenofovir (TFR), Zidovudine (AZT), Lamivudine (3TC), Indinavir/Ritonavir (IDV/RTV)



แผนภูมิที่ ๑ สูตรยาด้านเอชไอวี ที่ใช้ใน พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐

ในการรักษาผู้ป่วยเอชไอวีด้วยยาต้านเอชไอวี ผู้ป่วย ๑๗๘ คน (ร้อยละ ๗๘.๑) รับประทานโดยไม่ได้เปลี่ยนยาเลย, ๒๔ คน (ร้อยละ ๑๓) เปลี่ยนยา ๑ ครั้ง, และ ๑ คน (ร้อยละ ๐.๕) เปลี่ยนยามากกว่า ๑ ครั้ง.

อัตราการตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวีร้อยละ ๘๑.๗ จากจำนวนผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ๑๖๔ คน, สงสัยมีการดื้อต่อยาต้านไวรัสเอชไอวี ๓ คน (ร้อยละ ๑.๘). ผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี ที่พบได้แก่ ผื่นจากยา Nevirapine ๕ คน (ร้อยละ ๓.๑) ได้รับการเปลี่ยนสูตรยาทั้งหมด โดยใช้ Efavirenz, ปลายประสาทอักเสบจากยา Stavudine ๓ คน (ร้อยละ ๑๘.๕) ได้รับการเปลี่ยนสูตรยาทั้งหมด โดยใช้ Zidovudine, แก้มตอ (lipoatrophy) ๙ คน (ร้อยละ ๕.๕) ได้รับการเปลี่ยนสูตรยา ๗ คน โดยใช้ Zidovudine, ไม่พบการทำงานของตับผิดปกติอย่างมา (ALT, AST มากกว่า ๓ เท่าของค่าปกติ) จนต้องเปลี่ยนสูตรยา.

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานของระยะเวลา (เดือน) ที่ใช้ในการตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวีตามจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยา พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๐๘๘) ดังแสดงในตารางที่ ๓.

ในผู้ป่วยรายใหม่พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาปรึกษาด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมีจำนวนมากที่สุดอาจจะเป็นเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยมีความตระหนักเกี่ยวกับอาการและโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ดังแสดงในตารางที่ ๔.

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบแสดงในตารางที่ ๕.

พบ Immune Reconstitution Inflammatory Syn-

ตารางที่ ๓ ความแตกต่างค่ามัธยฐานระยะเวลา (เดือน) ที่ใช้ในการตอบสนองต่อยาต้านเอชไอวี ตามจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มใช้ยา

ซีดี๔ (เซลล์/มล.)	ราย	มัธยฐาน	Interquartile Range	ไข-สแควร์	ค่าพี*
น้อยกว่า ๕๐	๖๕	๑๑.๖๓	๑๒.๕๑	๔.๘๕๗	๐.๐๘๘
๕๐ - ๙๙	๒๘	๖.๖๔	๖.๓๑		
๑๐๐ - ๑๙๙	๓๘	๖.๗๗	๔.๕๗		

\*Kruskal-Wallis test



ตารางที่ ๔ ความสม่ำเสมอของการมารับยาต้านเอชไอวี ตามประเภทผู้ป่วย

พ.ศ.	รายใหม่ คน (ร้อยละ)			รายเก่า คน (ร้อยละ)		
	การรับยา ด้วยตนเอง สม่ำเสมอ	การรับ ยาแทน	การรับยา ไม่สม่ำเสมอ, ขาดการรักษา	การรับยา ด้วยตนเอง สม่ำเสมอ	การรับ ยาแทน	การรับยา ไม่สม่ำเสมอ, ขาดการรักษา
๒๕๔๕	๑๔ (๖.๘)	๑ (๐.๕)	—	—	—	—
๒๕๔๖	๑๗ (๘.๒)	๑ (๐.๕)	—	๑๔ (๓.๖)	๑ (๐.๒)	—
๒๕๔๗	๓๕ (๑๘.๕)	๓ (๑.๕)	๒ (๑.๐)	๓๒ (๘.๓)	๑ (๐.๒)	—
๒๕๔๘	๔๓ (๒๐.๕)	๖ (๒.๕)	๑ (๐.๕)	๕๕ (๑๔.๓)	๑๖ (๔.๕)	๑ (๐.๒)
๒๕๔๙	๒๔ (๑๑.๖)	๘ (๓.๕)	—	๘๐ (๒๐.๘)	๓๖ (๙.๓)	๒ (๐.๕)
๒๕๕๐	๔๖ (๒๒.๓)	—	๑ (๐.๕)	๑๐๕ (๒๗.๒)	๔๒ (๑๐.๕)	—

ตารางที่ ๕ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบ ตามระยะเวลาที่ได้รับยาต้านเอชไอวี

โรค	ระยะเวลาที่ได้รับยา	
	น้อยกว่า ๖ เดือน (คน/ครั้ง)	๖ เดือนขึ้นไป (คน/ครั้ง)
ปอดอักเสบป็นิวโมค็อกคัส แครินิไอ	๑/๑	๑/๑
เชื้อหูดสมองอักเสบคริปโตคอกคัส	๓/๓	๒/๒
วัณโรคปอด	๑๕/๑๕	๐
วัณโรคแพร่กระจาย, วัณโรคต่อมน้ำเหลือง, วัณโรคกระดูก, วัณโรคผิวหนัง	๘/๘	๒/๒
จอตาอักเสบคัยโทเมกาโลไวรัส	๒/๒	๐
<b>รวม</b>	<b>๓๓/๓๓</b>	<b>๕/๕</b>

drome (IRIS) ๑ ราย จาก *Cryptococcal neoformans* คิดเป็นร้อยละ ๐.๖

## วิจารณ์

ผู้ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ป่วยชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย มีอายุเฉลี่ย ๓๕ ปี และพบความเสี่ยงส่วนมากคือมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวี มาสู่ครอบครัวในวัยทำงานมากขึ้น. แม้ว่าจำนวนผู้ได้รับยาต้านเอชไอวีมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ

ในแต่ละปี ซึ่งน่าจะเป็นเพราะผู้ป่วยเข้าถึงยาต้านเอชไอวีดีขึ้น. จากค่ามัธยฐานจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวีในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ กับช่วง พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ ที่ยังต่ำกว่า ๑๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร ทำให้มีความเสี่ยงการติดเชื้อฉวยโอกาสสูง และระยะเวลาที่ทราบว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจนกระทั่งได้รับยาต้านเอชไอวีในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ กับ พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ ที่ค่อนข้างสั้น ไม่ถึง ๑ ปี แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมักจะรอจนมีอาการมากแล้ว หรือไม่ได้รับคำแนะนำให้ตรวจติดตามดูจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ อย่างต่อเนื่องทุก ๖

เดือน จึงทำให้ค่ามัธยฐานของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวี ยังคงอยู่ในระดับต่ำกว่า ๑๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร ซึ่งจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มใช้ยาต้านเอชไอวีเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วย<sup>(๕)</sup>.

อัตราการตอบสนองยาต้านเอชไอวีทุกสูตรยาเท่ากับ ร้อยละ ๘๑.๗. ผู้ป่วยอายุมากกว่า ๕๐ ปี มีการตอบสนอง ยาต้านเอชไอวี ร้อยละ ๖๖.๗ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมนึก สังฆานภาพ, วีรวัฒน์ มโนสุทธิ และศศิโสภิณ เกียรติ-บุรณกุล<sup>(๖)</sup> ที่แสดงว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ๕๐ ปี ถึงแม้จะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์การเสียชีวิต<sup>(๗)</sup> แต่ก็ยังมี การตอบสนอง และการทนายต้านเอชไอวีได้ดี. ผู้ป่วย ๕ รายจากที่เสียชีวิต ๖ ราย มีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวี ต่ำกว่า ๕๐ เซลล์/มิลลิลิตร และเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แสดงถึงความสำคัญของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อการพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วย<sup>(๕)</sup>. สูตรยาต้านเอชไอวี ที่ใช้มากที่สุด (ร้อยละ ๗๕.๘) คือ Nevirapine (NVP), Lamivudine (3TC), Stavudine (D4T) ซึ่งมีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัย และราคาไม่แพง<sup>(๘,๙)</sup>. ในการศึกษา นี้ พบผู้ป่วยได้ยาต้านเอชไอวีทุกสูตรโดยไม่เปลี่ยนสูตรยาเลย ร้อยละ ๗๘.๑. ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านเอชไอวีจำเป็นต้องเปลี่ยนสูตรยา ได้แก่ ออกผื่น ๕ ราย (ร้อยละ ๓.๑), ปลายประสาทอักเสบ ๓ ราย (ร้อยละ ๑๒.๕), แอ้มตอบ ๙ ราย (ร้อยละ ๔.๙) ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของสุพจน์ ภูเกล้าวัน, ศิริวิทย์ อัสวีวัฒน์ และชิตธรินทร์ นิยมไทย ที่โรงพยาบาล กระบี่<sup>(๑๐)</sup> ที่พบผื่นผิวหนังร้อยละ ๑๕.๘, ปลายประสาทอักเสบ ร้อยละ ๔.๔ และภาวะไขมันสะสมผิดปกติที่ร้อยละ ๑.๘. ในการศึกษา นี้พบผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อยาต้านเอชไอวี ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๘ เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลกระบี่ร้อยละ ๑.๗<sup>(๙)</sup>. ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบสนองยาต้านเอชไอวี (เดือน) ตามค่ามัธยฐาน จำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวี ทั้ง ๓ กลุ่ม ในตารางที่ ๖ ไม่พบความแตกต่างสำคัญทางสถิติ โดยใช้เวลาเฉลี่ยตั้งแต่ ๖.๖๔ ถึง ๑๑.๖๓ เดือน แสดงให้เห็นว่าการรักษา และป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส, การให้กำลังใจและกระตุ้น ให้ผู้ป่วยรับประทานเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยทุกกลุ่ม

ของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยา ตอบสนองต่อยาได้ ดีพอ กัน ซึ่งตรงกันกับการศึกษาของธีรพล สุขมาก, อารีย์ สุภาวงศ์, เพียงใจ ตัณฑชน และศุภลักษณ์ จิตนาธรรม<sup>(๑๑)</sup>. ผู้ได้รับยาต้านเอชไอวี และมีอาการดีขึ้น มีแนวโน้มที่จะให้ญาติ มารับยาแทนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี เนื่องจากการไปทำงาน รับจ้างต่างพื้นที่เพื่อการเลี้ยงชีพ ทำให้มีโอกาสที่จะขาดการ รักษาและซื้อตัวยาได้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นปัญหาในอนาคต. ทั้งนี้ควรจะต้องเตรียมหาวิธีการประเมินการรับยาต้านเอชไอวี อย่างมีประสิทธิภาพร่วมด้วย<sup>(๑๒)</sup>. ในการศึกษา นี้พบโรคติดเชื้อ ฉวยโอกาสที่พบมากที่สุดคือ วัณโรคปอด, รองลงมาคือวัณโรค ระบบอื่น ๆ และเชื้อราในสมอง เกือบทั้งหมดพบภายใน ๖ เดือน ของการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี ส่วนน้อยเพียง ๕ ราย ที่ยังคงพบหลังจากได้รับยามากกว่า ๖ เดือนไปแล้ว. ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวี ต่ำมาก หลังได้ยาต้านเอชไอวี ครบ ๖ เดือน จำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ จึงยังต่ำกว่า ๒๐๐ เซลล์/มิลลิลิตรอยู่ ทำให้ยังคงมีความเสี่ยง วัณโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่อีก. ผู้ป่วย ๑ ราย ได้รับการวินิจฉัย IRIS คิดเป็นร้อยละ ๐.๖ ซึ่งในบางการศึกษาพบได้ถึงร้อยละ ๓๑.๗<sup>(๑๓)</sup> และบางรายงานพบว่าเกิด IRIS จากเชื้อ *คริปโตคอก คัสส์นีโอฟอร์แมนส์* สูงถึงร้อยละ ๓๐<sup>(๑๔)</sup>. การที่มีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละการศึกษาอาจเนื่องจากความรู้ และการนึกถึงในการวินิจฉัยของผู้ให้บริการต่างกัน. มีรายงานว่าภาวะ IRIS จะพบน้อยลงเมื่อจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ หลังได้รับยา ต้านเอชไอวี สูงกว่า ๒๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร<sup>(๑๓,๑๕)</sup>.

## สรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเอชไอวีที่คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอสว่างแดนดิน มีค่ามัธยฐานของจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มยาต้านเอชไอวีในระดับต่ำกว่า ๑๐๐ เซลล์/มิลลิลิตร ทำให้มีความเสี่ยงโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และเสียชีวิตระหว่างการรักษา. ผู้ป่วยมีการตอบสนองยาต้านเอชไอวี ดี ผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวีอยู่ในเกณฑ์ต่ำ. ผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาและป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสตลอดจนได้รับยาต้าน เอชไอวี อย่างสม่ำเสมอ มีการตอบสนองยาได้ดี ถึงแม้ระดับ



เม็ดเลือดขาวซีดี๔ เมื่อเริ่มได้ยาจะต่ำ. ผู้ป่วยรายเก่าที่มีอาการดีขึ้นหลังตอบสนองต่อยา มีแนวโน้มที่จะให้ญาติมารับยาแทนมากขึ้น. การไปทำงานรับจ้างต่างพื้นที่ ทำให้มีโอกาสได้รับยาไม่สม่ำเสมอ และดื้อยาได้.

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าควรให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสและความสำคัญของการติดตามดูจำนวนเม็ดเลือดขาวซีดี๔ อย่างต่อเนื่อง, มีการจัดระบบเครือข่ายส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยให้ผู้ที่ได้รับยาต้านเอชไอวีได้รับการดูแลและได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และควรมีการร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสร้างงาน และรายได้แก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการดีขึ้นหลังได้รับยาต้านเอชไอวี.

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. AIDS epidemic update, December 2006-WHO-OMS. [Online] 2007. Available from URL: <http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp>. Accessed August 12, 2007.
๒. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of HIV/AIDS patients. [Online] 2007. Available from URL: <http://www.epid.moph.go.th>. Accessed August 10, 2007.
๓. Bureau of AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Infections, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report ART from MOPH. Online 2007. Available from URL: <http://www.aids-thai.org/arv03.html>. Accessed August 9, 2007.
๔. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ (บรรณาธิการ). แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทยปีพ.ศ. ๒๕๔๕. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: โรงพิมพ์การศาสนา; ๒๕๔๕.
๕. มานา คงพัฒนโยธิน, ประพันธ์ ภาณุภาค, เกียรติ รักรุ่งธรรม. ประโยชน์ของการใช้ยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่การตรวจหาปริมาณไวรัสยังอยู่ในขอบเขตที่จำกัด. วารสารโรคเอดส์ ๒๕๔๕;๑๘:๓๕-๔๑.

๖. สมนึก สังฆานภาพ, วีรวัฒน์ มโนสุทธิ, ศศิโสภิณ เกียรติบูรณกุล. The efficacy and tolerability of antiretroviral therapy in HIV-infected patients 50 years of age or older. Intern Med J Thail 2004;20:182-7.
๗. ทวีป กิตติยาภรณ์, สมสิทธิ์ ต้นสุกสวัสดิกุล, พงศวิภา โล่ห์สมบูรณ์, โกวิทช์ พรรณเชษฐ์, ชรนิศ แก้วกั้งवाल, ขวัญจิต ลิ้มปการชนรัตน์, และคณะ. Survival of AIDS patients in the emerging epidemic in Bangkok, Thailand. วารสารโรคเอดส์ ๒๕๓๕;๑๑:๗๗-๘๒.
๘. บุญรอด ประสิทธิผล, วณิชชา กิตติไกรศักดิ์, สุพักตร์ วานิชเสนี, จิตชูปัญญา, ฟิลิป เอ มอก, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, และคณะ. การประเมินค่าใช้จ่ายในการใช้ยาต้านไวรัสสูตรยาสามขนานบางสูตรโดยกำหนดเกณฑ์การเริ่มใช้ยาที่ระดับของเซลล์เม็ดเลือดขาวซีดี๔ ที่ต่างๆ กัน. วารสารโรคเอดส์ ๒๕๔๕;๑๔:๘๐-๘๒.
๙. ถนอมศักดิ์ เอนกธนานนท์, วินัย รัตนสุวรรณ, วิชัย เตชะสาธิต, อารีเอื้อ สนใจ, สุรพล สุวรรณกุล. Safety and efficacy of a simplified fixed-dose combination of stavudine, lamivudine and nevirapine (GPO-VIR) for the treatment of advanced HIV-infected patients : a 24-week study. จพสท ๒๕๔๗;๘๗:๗๖๐-๗.
๑๐. สุพจน์ ภูเก้าล้วน, ศิริวิทย์ อัสวีวงศ์, ชิดชนินทร์ นิยมไทย. ผลของระดับ CD4 ก่อนการเริ่มรับยาต้านไวรัสสูตรผสม (GPO-vir) สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลกระบี่. วารสารวิชาการแพทย์ เขต ๑๕, ๑๗ ๒๕๔๕;๒๐:๘๒-๘๖.
๑๑. ชีรพล สุขมาก, อารีย์ สุภาวงศ์, เพียงใจ ตันชานน, ศุภลักษณ์ จิตนาธรรม. ประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลทุ่งสง. วารสารโรคเอดส์ ๒๕๔๘;๑๗:๖๐-๗๒.
๑๒. ธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล, โอภาส การย์กวินพงศ์, พลสินธุ์ นาควิเชียร, สมบัติ แทนประเสริฐสุข. ผลการใช้เครื่องมือวัดการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในประเทศไทย. วารสารโรคเอดส์ ๒๕๕๐;๑๕:๑๔๑-๕๔.
๑๓. Shelburne SA, Visnegarwala F, Darcourt J, Graviss EA, Giordano TP, White AC Jr, et al. Incidence and risk factors for immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS) during highly active antiretroviral therapy. AIDS 2005;19:399-406.
๑๔. Shelburne SA 3rd, Darcourt J, White AC Jr, Greenberg SB, Hamill RJ, Atmar RL, et al. The role of immune reconstitution inflammatory syndrome in AIDS-related cryptococcus neoformans disease in the era of highly active antiretroviral therapy. Clin Infect Dis 2005;40:1049-52.
๑๕. Hirsch HH, Kaufmann G, Sendi P, Battegay M. Immune reconstitution in HIV-infected patients. Clin Infect Dis 2004;38:1159-66.