

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่รับเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาในระยะเวลา 2 ปี

สุวิมล อังคเศกวินัย

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา กาญจนบุรี

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุและอัตราการป่วยและเสียชีวิตรวมถึงผลจากการรักษาผู้ป่วย หลังจากเริ่มมีการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีมากขึ้น โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่รับเป็นผู้ป่วยในจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2549 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวนทั้งหมด 427 ราย พบมีผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพียง 108 ราย (25.3%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะติดเชื้อจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS-defining illnesses) 248 ราย (58.0%) โดยพบเกิดจาก Tuberculosis (25.5%), *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP) (13.6%) และ *Cryptococcal meningitis* (12.9%) เรียงตามลำดับมากไปน้อยโดยภาวะติดเชื้อจากภูมิคุ้มกันบกพร่องเกิดทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี แต่ในกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่าเกิด Tuberculosis และ *Pneumocystis carinii* pneumonia น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.059$) ในแง่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS พบว่ามีผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 35.5 ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล มีผู้เสียชีวิต 105 รายคิดเป็นร้อยละ 24.6 โดยอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีน้อยกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (12.9% และ 28.5% ตามลำดับ, $p=0.002$)

การวินิจฉัย HIV infection ให้ได้เร็วขึ้นโดยการตรวจคัดกรองในกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงการมีระบบการดูแลและติดตามที่มีประสิทธิภาพ, การส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีตามข้อบ่งชี้ เป็นมาตรการสำคัญที่จะนำไปสู่การลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ได้

คำสำคัญ:

เอชไอวี, ยาต้านไวรัสเอชไอวี, สาเหตุการเสียชีวิต, ภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ HIV/AIDS ยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาและพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก⁽¹⁾

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขทำให้ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้มากขึ้น การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ปริมาณ

ไวรัสในพลาสมาต่ำที่สุดและนานที่สุดรวมถึงให้ระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 กลับสู่ระดับปรกติมากที่สุด ซึ่งจะสามารถลดภาวะติดเชื้อฉวยโอกาสและอัตราการเสียชีวิตได้ จากข้อมูลกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ในประเทศไทยเสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2548 ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 4,181 ราย ปี 2549 จำนวน 2,764 ราย และปี 2550 จำนวน 1,585 ราย ส่วนข้อมูลผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ในจังหวัดกาญจนบุรีมีจำนวนลดลงตั้งแต่ปี 2546 จำนวน 379 ราย ปี 2547 จำนวน 291 ราย ปี 2548 จำนวน 220 ราย ปี 2549 จำนวน 165 ราย ส่วนผู้เสียชีวิตลดลงจากปี 2546 จำนวน 82 ราย ปี 2547 จำนวน 62 ราย ปี 2548 จำนวน 45 รายและ ปี 2549 จำนวน 39 รายตามลำดับ

อย่างไรก็ตามแม้อัตราการเสียชีวิตจะลดลงหลังจากเริ่มมีการรณรงค์ให้ใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างแพร่หลายรวมถึงการป้องกันและรักษาภาวะติดเชื้อฉวยโอกาสแต่จากการสังเกตผู้ป่วยที่มารับการรักษายังคงพบผู้ป่วย HIV/AIDS ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เอชไอวีอยู่แล้วดังนั้นจึงได้ศึกษาเพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มอัตราการป่วยและเสียชีวิตในช่วงเวลาที่ผ่านมา วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาล สาเหตุการเสียชีวิตและผลการรักษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้ยาต้านไวรัสและกลุ่มที่ไม่ได้ยาต้านไวรัส เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาให้ดียิ่งขึ้นอันนำไปสู่การลดอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ได้

วิธีการศึกษา

ประเมินสถานการณ์ของผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาโดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2550 เพื่อทราบถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ที่พักรักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต

ศึกษาข้อมูลย้อนหลังโดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDSทุกคนที่นอนพักรักษาในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา รวมระยะเวลา 2 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2549 ถึง 31 ธันวาคม 2550 โดยเก็บบันทึกข้อมูลดังต่อไปนี้ ข้อมูลพื้นฐาน เพศ อายุ สาเหตุการป่วย และพักรักษาในโรงพยาบาล การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ระยะเวลาที่ผู้ป่วยทราบว่ามีการติดเชื้อไวรัส HIV/AIDS ก่อนการพักรักษาในโรงพยาบาล ผลการรักษาและสาเหตุการเสียชีวิต นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงพรรณนาดังนี้

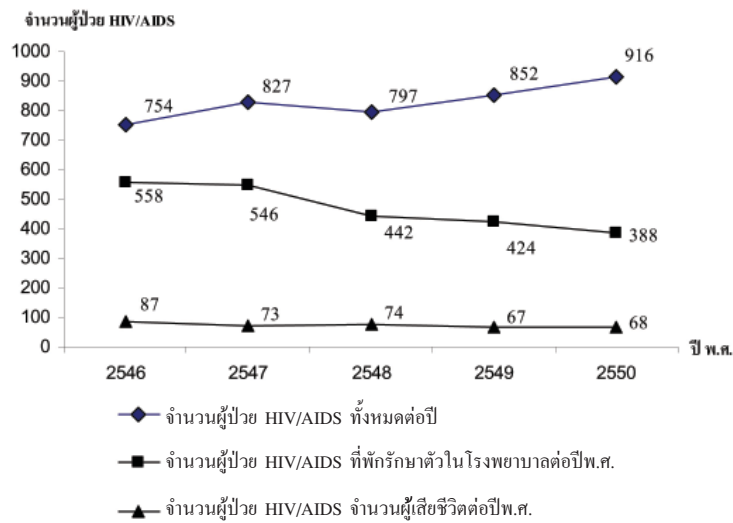
1. เพื่อศึกษาถึงสาเหตุการรับผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDSเป็นผู้ป่วยในและผลการรักษา
2. เปรียบเทียบสาเหตุของโรคและผลการรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้ยาต้านและกลุ่มที่ไม่ได้ยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยใช้ chi-Square หรือ Fisher's exact test
3. เพื่อศึกษาถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยทราบว่าติดเชื้อ HIV/AIDS ก่อนป่วยและนอนโรงพยาบาล
4. เพื่อศึกษาถึงสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ที่รับเป็นผู้ป่วยใน

ผลการศึกษา

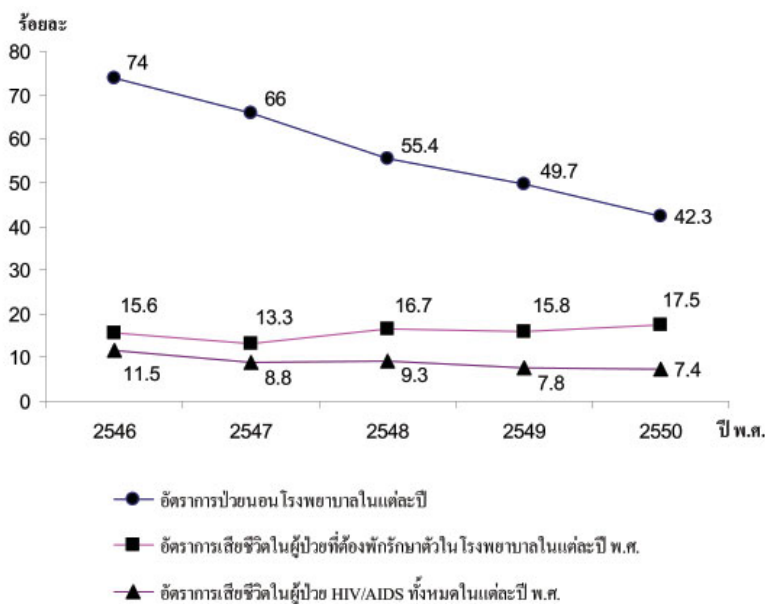
จำนวนผู้ป่วย HIV/AIDS ที่มารับบริการทั้งหมด ผู้ป่วย HIV/AIDS ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและเสียชีวิต ปี พ.ศ. 2546 ถึง 2550 ดังแสดงในรูปที่ 1 และ 2 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS มารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นในขณะที่อัตราการป่วยจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดลงจากปี 2546 ร้อยละ 74.0 ลดลงเป็นร้อยละ 42.3 ในปี 2550 อัตราการเสียชีวิตลดลงตามลำดับจากปี 2546 ร้อยละ 11.5 ลดลงเป็นร้อยละ 7.4 ในปี 2550 อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลไม่ลดลง โดยคิดร้อยละ 15.6 ในปี 2546 และร้อยละ 17.5 ในปี 2550 ตามลำดับ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะเวลา 2 ปี

ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่รับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาในระยะเวลา 2 ปี



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วย HIV/AIDS ทั้งหมด ผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาล และผู้เสียชีวิตในปีพ.ศ. 2546-2550



รูปที่ 2 อัตราการป่วยนอนโรงพยาบาลและอัตราเสียชีวิตในผู้ป่วย HIV/AIDS พ.ศ. 2546-2550

ลักษณะผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ที่รับเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลดังแสดงใน ตารางที่ 1 โดยมีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 427 ราย เป็นเพศชาย 249 ราย (58.3%) เพศหญิง 178 ราย (41.7%) คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง 1.4:1 อายุเฉลี่ย 38.3 ± 9.9 ปีในแง่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยทราบว่าติดเชื้อ HIV/AIDS พบว่ามีผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 35.5 ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อขณะที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล

ร้อยละ 60.8 ทราบว่าติดเชื้อในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี และมีผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 33.2 ที่ทราบผลการติดเชื้อมาแล้ว มากกว่า 1 ปี โดยมีผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพียง 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.3 เท่านั้น พบภาวะของการเจ็บป่วยของระยะเอดส์ (AIDS-defining illnesses) 248 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.0 ผู้ป่วยเสียชีวิต 105 รายคิดเป็นร้อยละ 24.6

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ที่รับเป็นผู้ป่วย
ในโรงพยาบาล

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	249	58.3
หญิง	178	41.7
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยทราบว่าติดเชื้อ HIV		
ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล	152	35.5
น้อยกว่า 1 ปี	108	25.3
5 ปี	107	25.0
มากกว่า 5 ปี	35	8.2
ไม่มีข้อมูล	25	5.8
ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี	108	25.3
AID-defining illness	248	58.0
Tuberculosis	109	25.5
<i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia	58	13.6
<i>Cryptococcal meningitis</i>	55	12.9
Cerebral toxoplasmosis	18	4.2
Others AIDS defining illness	8	1.8
เสียชีวิต	105	24.6
Others AIDS defining illness: <i>histoplasmosis</i> , <i>penicillium marneffeii</i> , <i>esophageal candidiasis</i> and <i>mycobacterium avium complex</i>		

สาเหตุการรับผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS เป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมเปรียบเทียบในกลุ่มที่ได้รับยาต้านและไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี รวมถึงผลของการรักษาดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่าภาวะความเจ็บป่วยของระยะเอดส์ (AIDS-defining illness) เป็นสาเหตุหลักของการป่วยและรักษาในรพ.ไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับยาต้านหรือไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีก็ตาม โดยพบเกิดจากโรควัณโรคมากที่สุดโดยในกลุ่มที่ได้รับยาต้านและไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเกิด ร้อยละ 17.6 และ 28.2 ตามลำดับ รองลงมาคือ PCP ในกลุ่มที่ได้รับยาต้านและไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเกิดร้อยละ 7.4 และ 15.7 ตาม

ลำดับและ *Cryptococcal meningitis* ในกลุ่มที่ได้รับยาต้านและไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเกิดร้อยละ 10.2 และ 13.8 ตามลำดับ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีโอกาสเป็นวัณโรค และ PCP น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$p=0.039$, OR 0.54 (0.3, 0.97); $p=0.045$, OR 0.43 (0.18, 0.98) ตามลำดับ] นอกจากนี้ยังพบ drug allergy และ anemia ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ในกลุ่ม drug allergy 5.5% และ 0.3% ตามลำดับ $p=0.001$); ในกลุ่ม Anemia 7.4% และ 0.9% ตามลำดับ $p=0.001$) และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีน้อยกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (12.9% และ 28.5% ตามลำดับ $p=0.002$)

สาเหตุของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตดังแสดงในตารางที่ 3 พบว่า ติดเชื้อในกระแสเลือด วัณโรค PCP, Pneumonia และ *Cryptococcal meningitis* เป็นสาเหตุการเสียชีวิตใน 5 ลำดับแรกตามลำดับโดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยติดเชื้อในกระแสเลือด และปอดบวม มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดคือ ร้อยละ 80.0 และ ร้อยละ 53.3 ตามลำดับ

วิจารณ์

ปัจจุบันการรักษาการติดเชื้อ HIV/AIDS มีความก้าวหน้าอย่างมาก เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ที่แน่ชัดในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีคือเริ่มยาเมื่อมีภาวะ AIDS-defining illness หรือเม็ดเลือดขาวซีดี 4 น้อยกว่า 200 cells/ μ l ดังภาคผนวกที่ 1 ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการเริ่มต้นยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย⁽³⁾ รวมทั้ง มีการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS มีโอกาสเข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้าผ่านโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม โครงการสวัสดิการข้าราชการและอื่น ๆ

จากการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยผู้ติดเชื้อ HIV/

ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่รับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาในระยะเวลา 2 ปี

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบโรคที่เป็นสาเหตุการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนผู้เสียชีวิต ระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาต้านและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

	จำนวนผู้ป่วย (427 ราย)	ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส		ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส		p-value
		จำนวน (319 ราย)	ร้อยละ	จำนวน (108 ราย)	ร้อยละ	
Tuberculosis	109	90	28.2	19	17.6	0.039
PCP	58	50	15.7	8	7.4	0.045
<i>Cryptococcal meningitis</i>	55	44	13.8	11	10.2	0.423
Cerebral toxoplasmosis*	18	12	3.8	6	5.6	0.29
Pneumonia	30	25	7.8	5	4.6	0.363
Sepsis	30	23	7.2	7	6.5	0.969
Diarrhea*	18	12	3.8	6	5.6	0.29
Salmonellosis*	7	5	1.6	2	1.9	1.0
URI/bronchitis*	9	2	0.6	7	6.5	0.001
Lymphoma/cancer*	8	8	2.5	0	0.0	0.21
Anemia*	11	3	0.9	8	7.4	0.001
Vascular disease/DM*	9	6	1.8	3	2.7	0.69
Others AIDS defining illness*	8	5	1.5	3	2.7	0.42
FUO*	6	5	1.5	1	0.9	1.0
Drug allergy*	7	1	0.3	6	5.5	0.001
Others diseases	44	28	8.7	16	14.8	0.19
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	105	91	28.5	14	12.9	0.002

Vascular disease: intracerebral hemorrhage, myocardial infarction
เปรียบเทียบโดยใช้ Chi-Square Test
ยกเว้น * ใช้ Fisher's Exact Test

AIDS ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาตั้งแต่นั้นปี พ.ศ. 2546 ถึง 2550 พบว่ามีจำนวนมากขึ้น อาจเนื่องจากการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขที่ดียิ่งขึ้นขณะที่อัตราผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ลดลงเป็นผลจากการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างแพร่หลายและการใช้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพักรักษาในโรงพยาบาลยังไม่ลดลง บอกถึงความรุนแรงของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยป่วยและต้องพักรักษาในโรงพยาบาล และพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการ

รักษาในโรงพยาบาลมีความเจ็บป่วยของระยะเอดส์ (AIDS-defining illness) มากถึงร้อยละ 58.0 โดยสาเหตุที่พบมากที่สุด คือ วัณโรค, PCP และ *Cryptococcal meningitis* ซึ่งข้อมูลที่ได้จากสำนักกระบวนวิชา⁽²⁾ ก็พบเช่นเดียวกัน บอกถึงผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อมานานจนเข้าสู่ระยะเอดส์แล้วซึ่งอาจเกิดจากการไม่ทราบว่าติดเชื้อมาก่อน จากผลการศึกษาที่มีผู้ป่วยถึงหนึ่งในสามที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อ HIV/AIDS ขณะนอนโรงพยาบาล และมีถึงร้อยละ 60.8 ทราบในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปีก่อนพักรักษาในโรงพยาบาลซึ่งยืนยันถึง late detection of HIV infection ย่อมส่งผลถึง stage of HIV infection

ตารางที่ 3 สาเหตุของโรคที่ทำให้ผู้ป่วย HIV/AIDS เสียชีวิต

โรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (ราย)	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต (105 ราย) (ร้อยละ)	อัตราการเสียชีวิตในแต่ละโรค (ร้อยละ)
Sepsis	30	24 (22.8)
Tuberculosis	109	20 (19.0)
PCP	58	19 (18.0)
Pneumonia	30	16 (15.2)
<i>Cryptococcal meningitis</i>	55	14 (13.3)
Lymphoma/cancer	8	4 (3.8)
Other	110	4 (3.8)
Cerebral toxoplasmosis	18	2 (1.9)
Vascular disease/DM	9	2 (1.9)

และผลลัพธ์ของรักษา⁽⁸⁾ นอกจากนั้นยังพบผู้ป่วยถึงหนึ่งในสามเช่นกันที่ทราบผลเลือดมาเกิน 1 ปีซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มที่ทราบผลช่วงฝากครรภ์ซึ่งการตรวจ HIV เป็นการตรวจคัดกรองมักพบซีดี 4 มากกว่า 200 ควรส่งเสริมให้มีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค การปรับเปลี่ยนความเข้าใจและทัศนคติต่อโรคของบุคคลรอบข้างของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมารับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในช่วงเวลาที่เหมาะสมก่อนการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งจะสามารถลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตได้

เนื่องจาก HIV infection เป็นโรคที่มีการติดเชื้อเป็นเวลานานก่อนแสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วยที่อาจเคยมีปัจจัยเสี่ยงมานานในอดีตขาดการตระหนักถึงความเสี่ยงในการติดเชื้อ และทราบว่าติดเชื้อเมื่อมีอาการของโรคแล้ว ทำให้มารับการรักษาช้าเมื่อเทียบกับโรคติดเชื้อชนิดอื่น ๆ ส่งผลให้ต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งในการรักษาโรคติดเชื้อทำให้การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีล่าช้าออกไปรวมถึงการมีปัญหาจากการใช้ยาหลาย ๆ ชนิดร่วมกันด้วยและบางรายเสียชีวิตโดยไม่มีโอกาสได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

จากเป้าหมายและแนวทางการรักษาในปัจจุบัน

เริ่มให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเมื่อซีดี 4 น้อยกว่า 350 ตาม Recommendations for initiation of antiretroviral therapy in chronically HIV-1 infected adults (EACS and USDHHS guidelines) ดังภาคผนวกที่ 2⁽⁵⁾ ซึ่งแตกต่างจากอดีตซึ่งเริ่มให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเมื่อซีดี 4 น้อยกว่า 200 โดยเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วย⁽⁴⁾ เพื่อลด morbidity โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส⁽⁶⁾ และการเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สงวนหรือแก้ไขภูมิคุ้มกันที่เสียไป ลดปริมาณไวรัสให้ต่ำที่สุดและนานที่สุดและป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีอัตราการป่วยด้วยวัณโรค, PCP รวมถึงอัตราการตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ดังนั้นควรมีการรณรงค์และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีให้มากยิ่งขึ้นรวมถึงการวินิจฉัยการติดเชื้อให้เร็วก่อนมีอาการ (early detection of HIV infection)⁽⁷⁾ เพื่อลดอัตราป่วย และการเสียชีวิต จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีอัตราการป่วยจากภาวะซีดและแพ้ยามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งอาจเกิดจากผลข้าง

เคียงจากยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างไรก็ตามพบว่าแม้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเกิดจากภาวะเจ็บป่วยของระยะเอดส์มากกว่าร้อยละ 50 แต่พบอัตราการเสียชีวิตนอกเหนือจากวัณโรค, PCP และ *Cryptococcal meningitis* โดยการเสียชีวิตพบมากที่สุดจากภาวะ sepsis และพบเกิดจาก ปอดบวม มากเป็นลำดับที่ 4 ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องจากไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการติดเชื้อทำให้การรักษาได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร การพัฒนาความสามารถในการหาเชื้อก่อโรคเช่นการเพาะเชื้อต่อ *Mycobacterium avium complex* การพัฒนาการเพาะเชื้อให้มีความรวดเร็วมากขึ้น การตรวจ bronchoscope หายาเหตุของ ปอดบวม น่าจะมีผลในการลดการเสียชีวิตลงได้

ข้อสรุปและเสนอแนะ

แม้มีการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในวงกว้างทำให้อัตราการป่วยลดลง แต่อัตราการเสียชีวิตยังไม่ลดลงซึ่งพบว่าสาเหตุสำคัญยังคงเกิดจากการติดเชื้อจากความเจ็บป่วยในระยะเอดส์ซึ่งเป็นผลทั้งจากการเพิกทราบว่าเป็นติดเชื้อหรือขาดการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่อทราบผล

การวินิจฉัย HIV infection ให้ได้เร็วขึ้นโดยการตรวจคัดกรองในกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยง และให้การตรวจคัดกรองสามารถเข้าถึงได้ง่ายเช่นการตรวจได้ด้วยตนเองนอก medical center

การมีระบบการดูแลและติดตามที่มีประสิทธิภาพ การให้ Primary prophylaxis เพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสรวมถึงการส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีตามข้อบ่งชี้และการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลในการวินิจฉัยโรคติดเชื้อ เป็นมาตรการสำคัญที่น่าจะนำไปสู่การลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนและสถิติ ที่ให้

ความสะดวกในการค้นเวชระเบียนและวิเคราะห์ทางสถิติ ตลอดจนแพทย์ผู้ร่วมงานทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. US Census Bureau. The Asian population: 2002. Census 2000 Brief. [cited 2008 March 20]; Available from: URL: <http://www.census.gov/prod/2002pubs/c2kbr01-16.pdf>.
2. ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อผู้ใหญ่และเยาวชนที่ไม่เคยได้รับยามาก่อน. ใน: สมนึก สังฆานุภาพ, กุลกัญญา โชคไพบุลย์กิจ, อนุมศักดิ์ อเนกชนานนท์, นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล, ฤดีวิไล สามโกเศศ, ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยปี 2549/2550 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550. หน้า 32.
4. Department of Health and Human Services (DHHS). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. 2008 [cited 2008 Jan 29]. Available from: URL: <http://aidsinfo.nih.gov>
5. Clumeck N, Pozniak A, Raffi F and the European AIDS Clinical Society Executive Committee. Guidelines for the clinical management and treatment of HIV infected adults in Europe. 2008 [cited 2008 Feb 1]. Available from: URL: <http://www.eacs.eu/guide/index.htm>.
6. Emery S for the SMART Study Group and INSIGHT. Major clinical outcomes in patients not treated with antiretroviral therapy (ART) at baseline in SMART: a rationale for a trial to examine early treatment of HIV disease. 4 IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention; 2007 July 22-25; Sydney, Australia. Abstract WePeB018; 2007.
7. Kahle EM, Freedman MS, Buskin SE. HIV risks and testing behavior among Asians and Pacific Islanders: results of the HIV Testing Survey, 2002-2003. Journal of the National Medical Association 2005; 97:S13-8.
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV/AIDS fact sheet; HIV/AIDS among Asians and Pacific islanders June 2007. Atlanta : CDC; 2007.
9. Hooshyar D, Hanson D, Wolfe M, Selik R, Buskin S, McNaghten A. Trends in perimortal conditions and mortality rates among HIV-infected patients. AIDS 2007; 21:2093-100.
10. Michelet C, Arvieux C, Francois C, Besnier J M, Rogez J P, Breux J P, et al. Opportunistic infections occurring during highly active antiretroviral treatment. AIDS 1998; 12:1815-22.

ภาคผนวก 1 ข้อบ่งชี้ในการเริ่มต้นยาด้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย⁽³⁾

อาการทางคลินิก	ระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (cells/ μ l)	คำแนะนำ
มีความเจ็บป่วยของระยะเอดส์ (AIDS-defining illness)	เท่าใดก็ตาม	เริ่มยาด้านไวรัสเอชไอวี
มีอาการ*	เท่าใดก็ตาม	เริ่มยาด้านไวรัสเอชไอวี
ไม่มีอาการ	น้อยกว่า 200	เริ่มยาด้านไวรัสเอชไอวี
ไม่มีอาการ	200-350	ยังไม่เริ่มยาด้านไวรัสเอชไอวี ให้ติดตามอาการ และตรวจระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 ทุก 3 เดือน**
ไม่มีอาการ	มากกว่า 350	ยังไม่เริ่มยาด้านไวรัสเอชไอวี ให้ติดตามอาการ และตรวจระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 ทุก 6 เดือน

*อาการดังกล่าวได้แก่ เชื้อราในปาก ตุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ, ใช้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ อูจาาระวังเรื้อรังที่ไม่สามารถหาสาเหตุได้นาน 14 วัน น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ในระยะเวลา 3 เดือนเป็นต้น ควรให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแก่ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ร่วมด้วยแต่ไม่ควรเริ่มพร้อมกับยาด้านไวรัสเอชไอวี

**ในผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวชนิด ซีดี 4 200-250 Cells/ μ l อาจพิจารณาให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีประมาณ 2 เดือน หลังเริ่มยารักษาวัณโรคในบางราย เช่น ไม่สามารถตรวจระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 ที่ 3 เดือน เป็นต้น

ภาคผนวก 2 Recommendations for initiation of antiretroviral therapy in chronically HIV-1 infected adults (EACS and USDHHS guidelines)⁽⁵⁾

Disease stage	EACS December 2007	USDHHS January 29, 2008
Symptomatic/History of AIDS-defining illness	Treat	Treat (AI)
Asymptomatic		
CD4 < 200 cells/mm ³	Treat	Treat (AI)
CD4 200 - 350 cells/mm ³	Treat	Treat (AI)
CD4 350 - 500 cells/mm ³	Treatment may be offered if viral load > 10 copies/mL and/or CD4 decline 50-100/mm ³ /year or age > 55 or hepatitis C coinfection	Not well defined
CD4 > 500	Treatment should be deferred	
Pregnant women		Treat (AI)
Persons with HIV-associated nephropathy		Treat (AI)
Persons coinfecting with Hepatitis B virus when HBV treatment is indicated		Treat (BIII)

EACS = European AIDS Clinical Society

USDHHS = United States Department of Health and Human Services

**Abstract Inpatients HIV Infection at Paholpolpayuhasaena Hospital in 2 Years
Suwimon Angkasekwinai**

Division of Internal Medicine, Paholpolpayuhasaena Hospital, Kanchanaburi
Journal of Health Science 2008; 17:227-35.

HIV disease is the one of health problem in Thailand. Many HIV/AIDS patients are still suffering from opportunistic infection and HIV itself. Although HIV/AIDS patients can easily access antiretroviral therapy, the morbidity and mortality were still stable. The retrospective descriptive study was conducted by reviewing the medical records during January 1st 2006 - December 31st 2007. The data from HIV/AIDS patients who admitted in medical ward were collected in order to determine the demographys, causes of disease and death, antiretroviral therapy and clinical outcomes.

There were 427 HIV/AIDS patients during study period, the mean age was 38.8 years and 58.3 percent were male, AIDS-defining illness was observed in 58.0 percent. There were 35.5 percent of all patients newly diagnosed with HIV infection. The three most common discharged diagnoses were tuberculosis (25.5%), *Pneumocystis carinii* pneumonia (13.6%) and Cryptococcal meningitis (12.9%). Antiretroviral therapy had been given to 25.3 percent of all patients. The patients who received antiretroviral therapy had significantly less tuberculosis and *Pneumocystis carinii* pneumonia than those without antiretroviral therapy. The mortality among all HIV/AIDS patients was 24.6 percent and decreased significantly in HIV/AIDS patients who received antiretroviral therapy compared to those without antiretroviral therapy (12.9%, 28.5%; $p = 0.002$).

Early detection of HIV/AIDS, infection, screening in high risk groups, effective health care system easily access of antiretroviral therapy are the important strategies to reduce morbidity and mortality in HIV/AIDS patients.

Key words: AIDS, HAART, HTV, cause of death, mortality, opportunistic infections