

## สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ในโครงการ NAP ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

### (The Mortality of AIDS Patients in National AIDS Program In Chiangrai Regional Hospital)

สวัสดิ์ เพ็ชรรัตน์ พ.บ., ว.ว.อายุรศาสตร์

Sawat Petcharat, M.D.

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Department of Internal Medicine, Chiang Rai

Regional Hospital

#### บทคัดย่อ

นับตั้งแต่มีโรคเอดส์เข้าในประเทศไทย ตั้งแต่ปีพ.ศ.2527 พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเสียชีวิตเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้เชื้อโรคฉวยโอกาส เจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ถึงแม้จะเริ่มมีการใช้ยาต้านไวรัส แต่ยังเป็นแบบหนึ่งชนิดหรือสองชนิด ทำให้เชื้อ HIV คือ ยาสูงมาก ทำให้อัตราการเสียชีวิตยังคงสูงอยู่

รัฐบาลจึงมีโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติขึ้นมาเพื่อให้คนไทยสามารถได้รับยาคุณภาพดี (HAART therapy) เริ่มตั้งแต่โครงการ ATC โครงการ NAPHA จนมาเป็นโครงการ NAP ในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นทำให้เชื้อโรคฉวยโอกาสลดลง อัตราการเสียชีวิตก็ลดลง โดยทางโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ได้เข้าโครงการดังกล่าวตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2544 จนถึงปัจจุบันมีผู้ป่วยในโครงการทั้งสิ้นจำนวน 1,404 คน ถึงแม้ว่าโครงการดังกล่าวจะมีประโยชน์ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงแต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตอยู่จำนวนหนึ่ง จึงได้มีการรวบรวมประวัติของผู้ป่วยที่เสียชีวิตว่าสัมพันธ์กับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่ เสียชีวิตจากโรคอะไรมากที่สุด เกี่ยวข้องกับยาหรือการบริการทางการแพทย์หรือไม่ เพื่อจะได้หาทางแก้ไขและลดอัตราการเสียชีวิตให้น้อยที่สุด ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น สามารถทำคุณประโยชน์ให้ครอบครัวและประเทศชาติต่อไป จากการรวบรวมประวัติผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เสียชีวิตในโครงการ NAP ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2545 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้เสียชีวิต 153 คน (ร้อยละ 10.89) เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ 71 คน (ร้อยละ 46.4) ไม่เกี่ยวกับโรคเอดส์ 45 คน (ร้อยละ 29.4) ไม่ทราบสาเหตุ 37 คน (ร้อยละ 24.1) ที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่พบมากที่สุดคือ วัณโรค 39 คน (ร้อยละ 54.93 ของโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์) Cryptococcosis 9 คน Diarrhea 8 คน Penicilliosis และ Cerebral Toxoplasmosis อย่างละ 5 คน ที่ไม่เกี่ยวกับโรคเอดส์พบมากที่สุดคือ ฆ่าตัวตาย 7 คน (แขนง 6 คน, กินยาฆ่าตัวตาย 1 คน) คีโมสุราเกินขนาด 4 คน ไตวายเรื้อรัง 4 คน และมะเร็งปากมดลูก 3 คน โดยที่ส่วนใหญ่จะมี CD<sub>4</sub> เริ่มแรกต่ำมาก คือน้อยกว่า 50 เซลล์/มม<sup>3</sup> ถึง 103 คน (ร้อยละ 67.3) ทำให้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ แสดงถึงการรักษาช้าเกินไป ควรจะต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้ถึงโครงการ NAP และขอเปิดตัวมารักษาเร็วขึ้น ซึ่งจะทำให้มีชีวิตรอดยาวขึ้น

**คำสำคัญ:** โรคเอดส์ ระดับ CD<sub>4</sub> โครงการ ATC โครงการ NAPHA โครงการ NAP

**Abstract**

Since the first case of AIDS in Thailand in the year 1984, the mortality rate of HIV infected patients is increasing. Because of the immunodeficiency caused by HIV infection, the patients died from many opportunistic infections. Availability of antiretroviral drugs from monotherapy and dualtherapy at the beginning caused HIV drug resistance then the mortality rate still increased. Thai government provided Highly Active Anti-Retroviral Treatment (HAART) from the program of Access To Care (ATC), National Program for People living with HIV/AIDS (NAPHA) and now HAART is covered by National Health Security Organisation (National AIDS Program;NAP).

Chiangrai Regional Hospital provided antiretroviral treatment (ART) since 2001 until now 1,404 patients are in NAP. The availability of ART decreased the mortality in AIDS patients but the mortality is still existed. Analysis of mortality has been done to find the common causes for further improvement of the dead rate. From January 2002 to April 2008, 153 of AIDS patients in the NAP died, 71(46.4%) from AIDS related illness, 45 (29.4%) from Non-AIDS conditions and 37 (24.1%) from unknown causes. The common opportunistic infections are tuberculosis (39 patients; 49.36% of AIDS related illness), cryptococcosis (9 patients), diarrhea (8 patients), penicilliosis and cerebral toxoplasmosis (5 patients for each). Non-AIDS conditions are 7 patients from suicide (6 hangings, 1 drug overdose), 4 over alcoholic drinkings and 3 carcinoma of cervix 103(67.3%) patients had CD4 < 50 cells/cu.mm. showed that the patients accessed to HIV care too late. In the next step, we will try to educate people to know more about HIV and the available of treatment. The disclosure issue is one of the problem of delay access too.

**Keywords:** AIDS, CD<sub>4</sub> level, ATC Program, NAPHA Program, NAP Program

**บทนำ**

โรคเอดส์เข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 แล้วเริ่มระบาดของเชื้อ HIV ในปี พ.ศ. 2531 ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด<sup>1</sup> กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ<sup>2-4</sup> จากนั้นแพร่กระจายไปยังประชากรกลุ่มต่างๆ ของประเทศโดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงานชาย และแม่บ้าน พบว่ามีมากกว่าหนึ่งล้านคนที่ติดเชื้อ HIV ในจำนวนนี้มีประมาณ 500,000 คนที่เสียชีวิตแล้ว และมีผู้ป่วยเอดส์รายใหม่เกิดขึ้นปีละประมาณ 50,000 กว่าคน<sup>5</sup> ระยะเริ่มแรกการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์จะรักษาตามอาการจากนั้นเริ่มมีการใช้ยาต้านไวรัสหนึ่งชนิดหรือสองชนิดมารักษา ซึ่งทำให้เชื้อ HIV มีการดื้อยาสูงมาก ทำให้การรักษาไม่ได้ผล อัตราการเสียชีวิตจากโรคฉวย

โอกาสจึงสูงมาก<sup>6-7</sup> ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยเจริญพันธุ์ ที่จะเป็นกำลังหลักของครอบครัวและประเทศชาติ

ในปี พ.ศ. 2543 รัฐบาลได้เริ่มวางแผนจัดทำ “โครงการ พัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย” เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสแบบสามชนิดร่วมกัน (HAART) ซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดจำนวนเชื้อไวรัสและลดโอกาสเกิดเชื้อดื้อยา อย่างเท่าเทียมกัน และอบรมเตรียมความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>8-9</sup> เริ่มให้บริการเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค

เอดส์ดีขึ้น ภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น โรคฉวยโอกาสลดลง อัตราการเสียชีวิตจึงลดลงด้วย

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ได้เข้าร่วมโครงการดังกล่าวตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2544 จนถึงปัจจุบันในชื่อโครงการ “โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์” หรือ ATC (Access to Care) ต่อมามีการปรับแผนงานได้เปลี่ยนชื่อภาษาอังกฤษเป็น โครงการ NAPHA (National AIDS Program for People living with HIV/ AIDS) และเปลี่ยนเป็นโครงการ NAP (National AIDS Program) ในปัจจุบัน โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้นจนถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 จำนวน 1,404 คน ถึงแม้ว่าโครงการดังกล่าวจะมีประโยชน์ลดอัตราการเสียชีวิตลง ทำให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่ยังพบว่ามีการรายงานการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลและไม่ได้มารักษาตามนัดติดตามไปเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ซึ่งเป็นอัตราที่มากกว่าประชากรทั่วไป จึงได้มีการรวบรวมข้อมูลประวัติของผู้ป่วยเสียชีวิตในโครงการดังกล่าวของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตว่าสัมพันธ์กับโรคเอดส์หรือไม่ เสียชีวิตจากโรคอะไรมากที่สุด เกี่ยวข้องกับยาหรือการบริการทางการแพทย์หรือไม่เพื่อจะได้หาทางแก้ไข และลดอัตราการเสียชีวิตให้ได้น้อยที่สุด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบถึงอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโครงการ ATC โครงการ NAPHA และโครงการ NAP ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และเพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่เสียชีวิตว่าเกิดจากโรคหรือภาวะอะไรบ้าง สัมพันธ์กับโรคเอดส์หรือไม่ เกี่ยวข้องกับยาต้านไวรัส หรือการบริการทางการแพทย์อย่างไร

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาโดยรวบรวมประวัติของผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและสมุดแบบบันทึก “การให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์ (ATC 1)” และสมุดแบบบันทึก “ผลการติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์สำหรับผู้ใหญ่ (NAPHA และ NAP)” ที่เสียชีวิตของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ตั้งแต่ 1 มกราคม 2545 ถึง 30 เมษายน 2551 (เนื้อหาต่อไปจะเรียกกรมสามโครงการเป็นโครงการ NAP) ลงข้อมูลผู้เสียชีวิตได้แก่ หมายเลข NAP ชื่อ นามสกุล hospital number อายุ วันที่เริ่มรับยาต้านไวรัส สูตรยาเริ่มแรก CD<sub>4</sub> ก่อนกินยาต้านไวรัส CD<sub>4</sub> ครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ประวัติการได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน ระยะของโรคก่อนเริ่มรับยาต้าน วันที่เสียชีวิต สาเหตุที่เสียชีวิต ระยะเวลาการรักษาทั้งหมด และสูตรยาต้านไวรัสครั้งสุดท้าย สาเหตุที่เสียชีวิตจะอ้างอิงจากประวัติที่แพทย์ผู้รักษาสรุปลงไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย จากโรคหรือภาวะครั้งสุดท้ายที่ผู้เสียชีวิตเคยรักษาซึ่งยังคงดำเนินโรคอยู่ (Active Disease) จากประวัติในสมุดแบบบันทึกที่แพทย์และเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยลงข้อมูลไว้ จากการประสานงานกับเจ้าหน้าที่เครือข่ายตามหมู่บ้านต่างๆ และสอบถามญาติที่ดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต ข้อมูลต่างๆ ที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่เสียชีวิตว่าเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์หรือไม่ เสียชีวิตจากโรคอะไรมากที่สุด ระยะเวลาการรักษา สัมพันธ์กับการเสียชีวิตหรือไม่ CD<sub>4</sub> เริ่มแรกมีผลต่อการเสียชีวิตอย่างไร สูตรยาต้านไวรัสมีผลอย่างไร ระยะอาการของผู้เสียชีวิตเป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษาประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตในขณะที่เข้าร่วมโครงการ ATC โครงการ NAPHA และ โครงการ NAP ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2545 – 30 เมษายน 2551

#### ผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่เสียชีวิตในโครงการ NAP ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2545 ถึง 30 เมษายน พ.ศ.2551 มีทั้งหมด 153 คน จากผู้ที่เข้าโครงการทั้งหมด 1,404 คน (ตารางที่ 1 และตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยใหม่โครงการ NAP ในแต่ละปีของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

| ปี   | ชาย (คน) | หญิง (คน) | รวม (คน) | หมายเหตุ            |
|------|----------|-----------|----------|---------------------|
| 2544 | 32       | 46        | 78       | เริ่มปลายปี 2544    |
| 2545 | 19       | 31        | 50       |                     |
| 2546 | 51       | 55        | 106      |                     |
| 2547 | 188      | 237       | 425      |                     |
| 2548 | 114      | 125       | 239      |                     |
| 2549 | 119      | 115       | 234      |                     |
| 2550 | 113      | 100       | 213      |                     |
| 2551 | 28       | 31        | 59       | ถึงเดือนเมษายน 2551 |
| รวม  | 664      | 740       | 1,404    |                     |

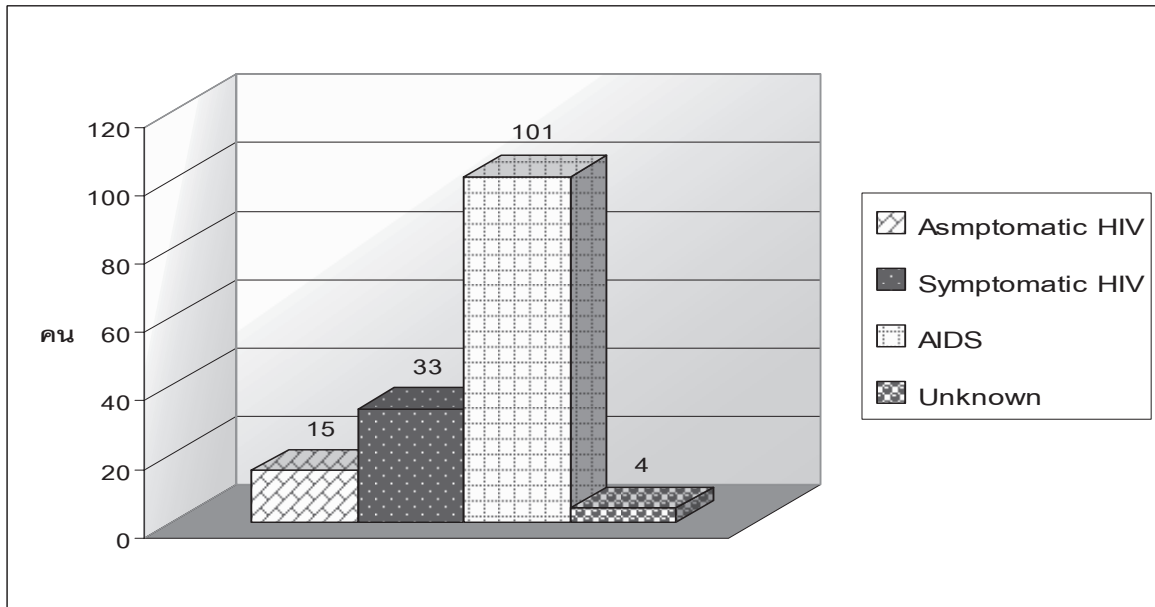
ตารางที่ 2 จำนวนผู้เสียชีวิตในโครงการ NAP ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

| ปี   | จำนวน (คน)            |                | หมายเหตุ            |
|------|-----------------------|----------------|---------------------|
|      | ปีที่เริ่มยาค้านไวรัส | ปีที่เสียชีวิต |                     |
| 2545 | 9                     | 2              | เริ่มปลายปี 2544    |
| 2546 | 25                    | 12             |                     |
| 2547 | 59                    | 46             |                     |
| 2548 | 27                    | 32             |                     |
| 2549 | 20                    | 33             |                     |
| 2550 | 12                    | 23             |                     |
| 2551 | 1                     | 5              | ถึงเดือนเมษายน 2551 |
| รวม  | 153                   | 153            |                     |

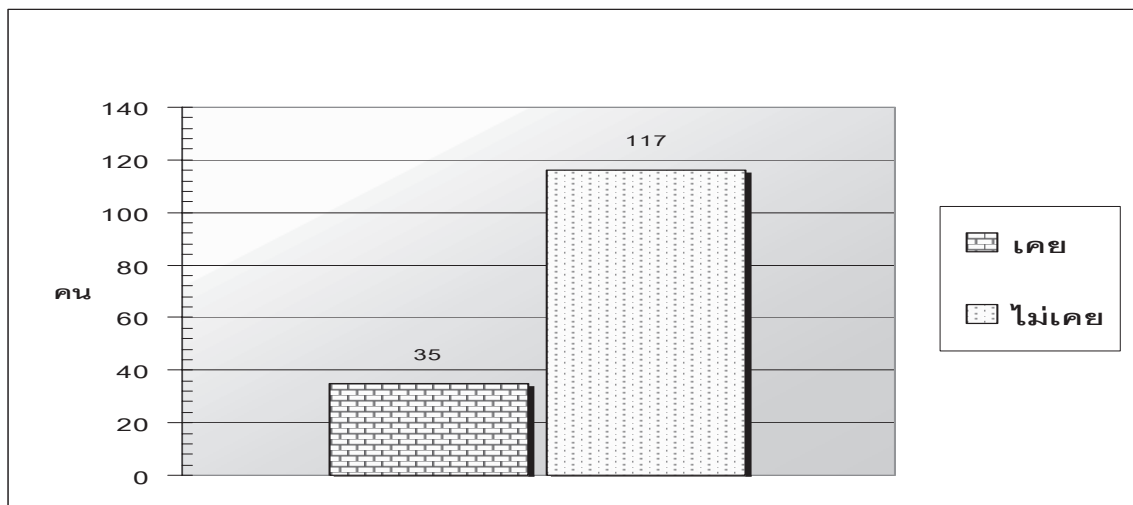
พบว่ามีการรับผู้ป่วยใหม่เข้าโครงการในปี พ.ศ. 2547 มากที่สุดคือ 425 คน และมีผู้เสียชีวิตมากที่สุด ทั้งปีที่เริ่มยาและปีที่เสียชีวิต คือ 59 และ 46 คนตามลำดับ ในปีต่อไปๆ มีการรับผู้ป่วยใหม่ในโครงการลดลง การเสียชีวิต

แนวโน้มลดลงด้วย แสดงว่าการเสียชีวิตมักจะเสียชีวิตภายในปีนั้นๆ ที่เริ่มยา แสดงถึงภาวะหรือโรคเริ่มแรกก่อนเข้าโครงการอาจจะไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระยะอาการ<sup>10</sup> ก่อนเริ่มยาของผู้ป่วย คือ ระยะ AIDS 101 คน(ร้อยละ66.0)

มีอาการ 33 คน (ร้อยละ 21.6) ไม่มีอาการ 15 คน (ร้อยละ 9.6) และไม่มีข้อมูล 4 คน (ร้อยละ 2.6) ดังแผนภูมิที่ 1  
แผนภูมิที่ 1 จำนวนระยะอาการก่อนเริ่มขาด้านไวรัส



ผู้เสียชีวิตบางคนเคยได้รับขาด้านไวรัสมาก่อนแล้ว 36 คน (23.5%) ไม่เคยกินขาด้านมาก่อน 117 คน (76.47%) ดังแผนภูมิที่ 2  
และมีผลต่อการเสียชีวิตหรือไม่ พบว่าผู้ป่วยเคยกินขาด้านไว  
แผนภูมิที่ 2 จำนวนผู้เสียชีวิตที่เคยกินและไม่เคยกินขาด้านไวรัสมาก่อน



จะเห็นได้ว่าผู้เสียชีวิตที่เคยได้รับขาด้านไวรัสมาก่อนไม่ได้มีจำนวนมาก แสดงว่าไม่น่าจะเป็นการคัดยั้ง แต่ก่อนเข้าโครงการที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต อาจจะเป็นแค่ปัจจัยเสริมในบางราย

พบว่ามีการเสียชีวิตนอกโรงพยาบาล 93 คน(ร้อยละ 60.78) ในโรงพยาบาล 60 คน(ร้อยละ 39.22) การเก็บข้อมูลสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลโดยดูจากประวัติเดิมว่ามีโรคที่ดำเนินอยู่อะไรบ้าง และถามญาติ รวมทั้งผู้ประสานงานชุมชน ว่าสาเหตุหรืออาการที่ทำให้เสียชีวิตน่าจะเกิดจากอะไร ซึ่งอาจจะได้ข้อมูลไม่ตรงกับ

ตารางที่ 3 จำนวนสาเหตุที่เสียชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์และไม่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

| เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์        |       | ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ |       |
|------------------------------|-------|--------------------------|-------|
| โรค                          | จำนวน | โรค                      | จำนวน |
| Tuberculosis                 |       | Suicides                 |       |
| - Pulmonary                  | 13    | - Hanging                | 6     |
| - Meningitis                 | 10    | - Chemical ingestion     | 1     |
| - Lymph node                 | 7     | Sepsis, septic shock     | 6     |
| - Intraabdomen               | 4     | Alcohol intoxication     | 4     |
| - Disseminated               | 3     | Liver Cirrhosis          | 2     |
| - Liver                      | 2     | Hepatitis                | 2     |
| Mycobacterium intracellulare | 1     | Chronic renal failure    | 4     |
| Cryptococcus                 |       | Lymphoma                 | 2     |
| - Meningitis                 | 8     | CA. Cervix               | 3     |
| - Liver                      | 1     | Seizure                  | 2     |
| Penicilliosis                | 5     | CA. Liver                | 2     |
| Cerebral Toxoplasmosis       | 5     | Accident                 | 5     |
| PCP                          | 3     | Liver abscess            | 1     |
| Diarrhea                     | 8     | Pneumonia                | 1     |
| Nocardiasis                  | 1     | Congestive heart failure | 1     |
|                              |       | Cardiogenic shock        | 1     |
| รวม                          | 71    | รวม                      | 45    |

โรคที่พบว่าเป็นสาเหตุที่เสียชีวิตสูงที่สุดคือวัณโรค ตามตำแหน่งต่างๆ โดยเฉพาะปอด และเชื้อหุ้มสมอง ซึ่งเป็นโรคที่สามารถรักษาได้แต่ต้องใช้ระยะเวลารักษานาน ทำให้อาจจะเกิดผลข้างเคียงของยาหรือผู้ป่วยไม่รักษาต่อเนื่องทำให้เชื้อดื้อยาและรักษาไม่ได้ผล ส่วนโรคที่เกี่ยวกับ

ความเป็นจริงหรือบางกรณีไม่ทราบสาเหตุจริงๆ ในรายงานนี้จึงลงข้อมูลว่าไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบถึง 37 คน(ร้อยละ 24.18) ส่วนสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์มี 71 คน(ร้อยละ 46.40) ไม่เกี่ยวกับโรคเอดส์ 45 คน(ร้อยละ 29.41) ตารางที่ 3

โรคเอดส์อื่นๆ ที่เป็นเชื้อฉวยโอกาสจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อระดับภูมิคุ้มกันเริ่มแรกต่ำกว่า 200 เซลล์/มม<sup>3</sup> ซึ่งพบในโครงการนี้จำนวนมากโดย CD<sub>4</sub> น้อยกว่า 50 เซลล์/มม<sup>3</sup> มีถึง 103 คน(ร้อยละ 67.32)

ตารางที่ 4 CD<sub>4</sub> เริ่มแรกก่อนรับยาต้านไวรัส

| ปริมาณ CD <sub>4</sub> เริ่มแรก | จำนวน (คน) |
|---------------------------------|------------|
| 0-50                            | 103        |
| 51-100                          | 24         |
| 101-150                         | 3          |
| 151-200                         | 9          |
| 201-250                         | 7          |
| 251-300                         | 2          |
| 301-350                         | 1          |
| มากกว่า 350                     | 2          |
| ไม่มีข้อมูล                     | 2          |
| <b>รวม</b>                      | <b>153</b> |

ตารางที่ 5 จำนวนช่วงอายุที่เสียชีวิต

| อายุ (ปี) | จำนวน (คน) |
|-----------|------------|
| 20-29     | 33         |
| 30-39     | 63         |
| 40-49     | 41         |
| 50-59     | 10         |
| 60-69     | 2          |

ระยะเวลาการรักษาก่อนที่จะเสียชีวิตพบว่า เสียชีวิตภายใน 30 วันมี 25 คน(ร้อยละ16.33) เสียชีวิตภายใน 60 วันมี 50 คน(ร้อยละ32.68) มีผู้รักษานานมากกว่า 300 วัน ที่เสียชีวิตมี 49 คน(ร้อยละ32.03) อัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปีมีมากถึง 107 คน ร้อยละ69.93 (ตารางที่ 6) โดยมีผู้เสียชีวิตที่ระยะเวลาการรักษานานที่สุด 8 คน ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 6 ระยะเวลาการรักษาในโครงการเป็นจำนวนวันและจำนวนปี

| ระยะเวลาการรักษา (วัน) | จำนวน (คน) | ระยะเวลารักษา (ปี)  | จำนวน (คน) |
|------------------------|------------|---------------------|------------|
| 0-30                   | 25         | น้อยกว่า 1 ปี       | 107        |
| 31-60                  | 25         | 1 ปี - 2 ปี         | 28         |
| 61-90                  | 13         | มากกว่า 2 ปี – 3 ปี | 14         |
| 91-120                 | 14         | มากกว่า 3 ปี        | 4          |
| 121-150                | 8          |                     |            |
| 151-180                | 6          |                     |            |
| 181-210                | 4          |                     |            |
| 211-240                | 2          |                     |            |
| 241-270                | 4          |                     |            |
| 271-300                | 3          |                     |            |
| >300                   | 49         |                     |            |
| <b>รวม</b>             | <b>153</b> | <b>รวม</b>          | <b>153</b> |

ตารางที่ 7 ผู้เสียชีวิตที่ระยะเวลาการรักษานานที่สุด 8 คน

| ระยะเวลาการรักษา (วัน) | สาเหตุที่เสียชีวิต     | ปริมาณ CD <sub>4</sub> (% CD <sub>4</sub> ) |
|------------------------|------------------------|---------------------------------------------|
| 1,307                  | Gastric Lymphoma       | 180 (10%)                                   |
| 1,246                  | Hanging                | 616 (18%)                                   |
| 1,230                  | Alcohol intoxication   | 67 (7%)                                     |
| 1,222                  | Pulmonary tuberculosis | 144 (9%)                                    |

ตารางที่ 7 ผู้เสียชีวิตที่ระยะเวลาการรักษานานที่สุด 8 คน (ต่อ)

| ระยะเวลาการรักษา (วัน) | สาเหตุที่เสียชีวิต | ปริมาณ CD <sub>4</sub> (% CD <sub>4</sub> ) |
|------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| 1,083                  | Accident           | 268 (11%)                                   |
| 1,042                  | Accident           | 201 (13%)                                   |
| 1,033                  | Hepatoma           | 857 (15%)                                   |
| 1,019                  | TB meningitis      | 382 (16%)                                   |

จะพบว่าผู้ที่รักษามานานแล้วเสียชีวิตมักจะไม่ใช่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ยกเว้นรายที่เป็นวัณโรคเชื้อหุ้มสมอง และวัณโรคปอดซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในคนปกติ สูตรยาที่ผู้ป่วยเริ่มกินเป็นสูตรมาตรฐานของโครงการ NAP คือ GPO vir S

#### อภิปรายผล

ผู้ติดเชื้อที่เข้าโครงการ NAP ของโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2544 จนถึงเมษายน พ.ศ.2551 มีทั้งหมด 1,404 คน พบว่ามีผู้เสียชีวิต 153 คน (ร้อยละ 10.8) การรับผู้ติดเชื้อเข้าโครงการรายใหม่ในแต่ละปีปริมาณไม่เท่ากัน มีจำนวนเพิ่มขึ้นสูงสุดในปี พ.ศ. 2547 จากนั้นจำนวนลดลง พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นและลดลงตามปริมาณที่รับผู้ป่วยเข้าโครงการในแต่ละปี ซึ่งอัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปี มีมากถึง 107 คน (ร้อยละ 69.93) พบว่าผู้ที่เสียชีวิตมักมี CD<sub>4</sub> ต่ำมาก คือน้อยกว่า 50 เซลล์/มม<sup>3</sup> ถึง 103 คน (67.3%) และระยะของโรคก่อนกินยาต้านไวรัสพบว่าอยู่ในระยะเอดส์ ถึง 101 คน (66.0%) แสดงให้เห็นว่าระดับ CD4 ที่ต่ำทำให้เกิดโรคฉวยโอกาสหรือระยะที่เป็นโรคเอดส์แล้ว สัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมาก ถ้าสามารถให้ผู้ติดเชื้อเข้าโครงการได้เร็วขึ้นการเสียชีวิตน่าจะลดลง วิธีการที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการเร็วขึ้นช่วงแรกๆ ของโครงการในโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์จะมีปัญหาเพราะมีข้อจำกัดของทรัพยากรเวชภัณฑ์และบุคลากร ทำให้ต้องคัดเลือกผู้ที่ CD4 ต่ำที่สุดและพร้อมในการรับยาด้าน ทำให้ผู้ที่ CD4 ยังไม่ต่ำมาก

ต้องรอไปก่อน ทำให้ CD4 ลดลงเรื่อยๆ จนเกิดโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนขึ้น ในระยะหลังของโครงการมีความพร้อมของทรัพยากรเวชภัณฑ์ บุคคลและสถานที่มากขึ้น การเข้าถึงโครงการได้มากขึ้น แต่การประชาสัมพันธ์ยังไม่แพร่หลายผู้ติดเชื้อที่คิดว่าติดเชื้อแต่ยังไม่มีอาการมักจะไม่มาตรวจ จนเมื่อมีอาการของโรคฉวยโอกาสแล้ว หรือ CD4 ต่ำมากแล้วจึงได้เข้าโครงการ ซึ่งอาจจะทำให้การใช้ยาด้านไวรัสไม่ทันในการกดเชื้อไวรัสและเพิ่มระดับ CD4 จึงยังคงมีการเสียชีวิตจากโรคฉวยโอกาสสูง ส่วนสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์เช่นการฆ่าตัวตายที่มีอยู่ 7 คน จากการสอบถามญาติพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาจากความเครียดและเศรษฐกิจ การแก้ไขต่อไปควรจะมีการประสานงานกับจิตแพทย์ และนักจิตวิทยาให้มากขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งปัจจุบันยังไม่ได้ประสานงานอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

โรคที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ทำให้เสียชีวิตเป็นเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุดคือโรควัณโรค มี 39 คน (ร้อยละ 54.9) ของโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคที่พบมากขึ้นหลังจากมีโรคเอดส์ระยะปานกลาง ซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกระดับของภูมิคุ้มกัน แต่ถ้าภูมิคุ้มกันลดลงโอกาสเกิดวัณโรคปอดจะเพิ่มขึ้นในการศึกษานี้พบ 26 คน (ร้อยละ 36.6 ของโรคที่เกี่ยวกับโรคเอดส์) แสดงว่ามาตรการการลดการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ยังต้องมีการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากกว่านี้ มีผู้เสียชีวิตที่ไม่ทราบสาเหตุ 37 คน (ร้อยละ 24.2) เนื่องจากไม่มีบันทึกใน

เวชระเบียนและในสมุดแบบบันทึก ญาติ หรือผู้ประสานงานไม่ทราบว่าเสียชีวิตจากโรคอะไร บางคนไม่มารับการรักษาตามนัดติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่าเสียชีวิตแล้ว ทำให้ข้อมูลเท็จจริงของโรคที่ทำให้เสียชีวิตอาจมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้

### สรุป

โครงการ NAP เป็นโครงการที่มีประโยชน์ต่อผู้ที่ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์อย่างมากโดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อยเพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ได้รับยาคุณภาพตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่ยังมีผู้ที่เข้าโครงการนี้ช้าเกินไปทำให้การรักษาไม่ทันท่วงที หรือมีบางคนปฏิบัติตัวและวินัยในการกินยาไม่ถูกต้อง หรือประมาทในการรักษา และการใช้ชีวิตเช่นดื่มสุรา ทำให้การรักษาไม่ได้ผล หรือเสียชีวิตจากโรคที่ไม่น่าจะเกิดขึ้น

ดังนั้น ถ้ามีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ติดเชื้อมาสมัครโครงการเร็วขึ้น มีการนัดตรวจถี่ขึ้นให้ยาต้านเร็วไวรัสเร็วขึ้น ดูแลรักษาแบบองค์รวม ดูแลด้านจิตใจผู้ติดเชื้อด้วย จะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง ทำให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อายุยืนยาวขึ้น เป็นกำลังหลักของครอบครัวและประเทศชาติต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ห้องตรวจคลินิกพิเศษโรคติดเชื้อ HIV ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และขอขอบคุณแพทย์หญิงพัชร ชันติพงษ์ (ผู้เชี่ยวชาญโรคเอดส์) ที่ได้กรุณาเป็นที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ห้องตรวจคลินิกพิเศษ คุณศุภลักษณ์ ปลอดอ่อน และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนของโรงพยาบาล

เชียงรายประชานุเคราะห์ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. Wright NH, Vanichseni S, Akarasewi P, Wasi C, Choopanya K. Was the 1988 HIV epidemic among Bangkok's injecting drug users a common source outbreak? AIDS 1994; 8(4) : 529-532
2. Limanonda B, Van Griensven GJ, Chongvatana N, Tirasawat P, Coutinho RA, Auwanit W, et al. Condom use and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in Thailand. Am J Public Health 1994;84(12):2026-2027
3. Sawanpanyalert P, Ungchusak K, Thanprasertsuk S, Akarasewi P. HIV-1 seroconversion rates among female commercial sex workers, Chiang Mai, Thailand : a multi cross-sectional study . AIDS 1994; 8(6): 825-829.
4. Limpakarnjanarat K, Mastro TD, Saisorn S, Uthairoravit W, Kaewkungwal J, Korattana S, et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. Sex Transm Infect 1999;75(1):30-35
5. The Thai Working Group on HIV/AIDS in Thailand: 2000-2020. Division of AIDS, Department of Communicable Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi, 2001
6. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในผู้ติด

- เชื้อเอชไอวี/เอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กทม. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. พ.ศ. 2547: 1-61
7. World Health Organization. TB/HIV A Clinical Manual. 2<sup>nd</sup> ed. Geneva, 2004: 1-204.
  8. กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : เจเอสการพิมพ์, 2544
  9. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา, 2546
  10. Division of Epidemiology, Ministry of Public Health. Thai surveillance case definition for AIDS and HIV infection. Thai Weekly Epidemiol Surveill Rep 1993;24(supp):1-39