

การเปรียบเทียบผลของการยับยั้งไวรัส ในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเทียบกับ กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมของโรงพยาบาลไชวาน จังหวัดอุดรธานี

Received: 15/03/2019, Accepted: 23/03/2019

พรชัย คูวิวัฒนชัย*, สุรัตดา มอโท*

Abstract

Comparison of HIV Viral Suppression Outcome between Peer Support Group and Non- Peer Support Group in Chaiwan Hospital, Udonthani

Pornchai Kuwivattanachai*, Suratda Moto*

*Chaiwan Hospital, Udonthani, Thailand

Background and objective: Peer support intervention has been recommended as an adjunct to antiretroviral therapy, but the evaluation of this intervention was limited in Thailand. The aim of this study was to compare viral suppression rate between Peer Support Group (PSG) and non-PSG.

Methods: A retrospective cohort study of adults receiving ART between July 2013 and June 2018 in Chaiwan Hospital was performed. Viral suppression were compared by intention to treat between 2 groups, using Log-binomial regression for multivariable analysis to calculate adjusted odds ratios.

Results: There were 33 patients in PSG and 20 in non-PSG. The loss to follow-up rate was 3.0 % in PSG versus 15.0% in non-PSG. After 5 years, viral suppression between PSG and non-PSG was not a statistically significant difference. (adjusted OR, 2.73 ; 95% confidence interval , 0.42 to 18.01)

Conclusions: The difference in viral load suppression over five years between PSG and non-PSG did not reach statistical significance due to a small number of subjects. Further scale-up of study in Thailand should be considered.

Keywords: HIV, intervention, Antiretroviral therapy, viral suppression, peer support

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การใช้วิธีการรักษาแบบผู้ป่วยมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นวิธีที่ WHO แนะนำ แต่ยังคงขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทของประเทศไทย วัตถุประสงค์การศึกษานี้เพื่อเปรียบเทียบผลของการยับยั้งไวรัสเอชไอวีของกลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group, PSG) เทียบกับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (non-PSG)

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Cohort Study เก็บข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลไวยวาน ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2561 จำนวน 53 ราย ใช้การวิเคราะห์แบบ Intention To Treat เปรียบเทียบการยับยั้งไวรัสของทั้งสองกลุ่มด้วย Log-Binomial Regression เป็นค่า Adjusted Odds Ratio ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) จำนวน 33 ราย และกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (non-PSG) จำนวน 22 ราย ในระยะเวลา 5 ปี พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อนมีผลการยับยั้งไวรัสด้วยยาต้านไวรัส ได้ 2.73 เท่า เทียบกับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR, 2.73; 95% Confidence Interval, 0.42 to 18.01)

สรุป: ผลการยับยั้งไวรัสเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสของกลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) เทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วม (non-PSG) แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศไทย

คำสำคัญ: เอชไอวี, ยาต้านไวรัส, การยับยั้งไวรัส, เพื่อนช่วยเพื่อน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปี พ.ศ. 2560 มีประมาณ 300,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 72 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วประเทศ⁽¹⁾ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยได้มีนโยบายในการรักษาโดยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบครอบคลุมทั่วประเทศ และมีการปรับเกณฑ์ในการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปี พ.ศ. 2553 จากระดับปริมาณ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลบ.มม. เป็นต่ำกว่า 350 เซลล์ต่อลบ.มม.⁽²⁾ จากนั้นได้มีการปรับเกณฑ์ในปี พ.ศ. 2557 เป็นการเริ่มยาต้านไวรัสในทุกระดับปริมาณ CD4 หากผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกินยาอย่างสม่ำเสมอ⁽³⁾ ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในภาพรวมของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่าอัตราการยับยั้งไวรัส เอชไอวี อยู่ที่ประมาณร้อยละ 84⁽⁴⁾ ซึ่งห่างจากเป้าหมายทางนโยบายที่กำหนดไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 ภายใน ปี พ.ศ. 2573⁽⁵⁾ การเสริมวิธีต่าง ๆ ในการรักษาจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

การใช้วิธีการรักษาร่วมเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีหลายรูปแบบตามคำแนะนำในแนวทางรักษาของ WHO⁽⁶⁾ อาทิ การใช้อุปกรณ์ เดือนการกินยา, การกำกับการกินยา (DOT), การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ซึ่งรูปแบบที่ใช้ในเวชปฏิบัติของประเทศไทยเป็นแบบกลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมในลักษณะกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group; PSG)

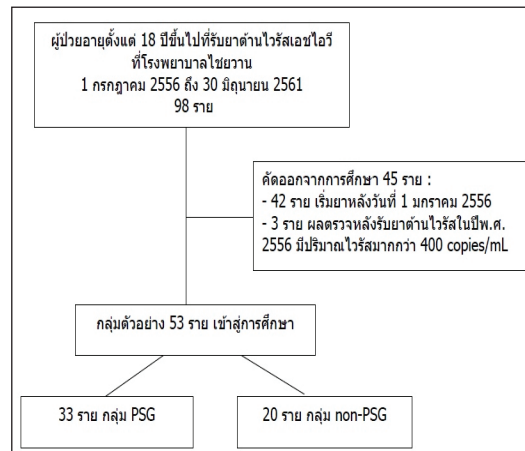
จากการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta - Analysis) ของวิธีเสริมการรักษาในลักษณะกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน แสดงถึงประสิทธิผลต่อการยับยั้งไวรัสเอชไอวีที่เหนือกว่าการรักษาที่ไม่ได้เสริมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds Ratio, 1.34; 95% Confidence Interval, 0.67 to 2.67) เนื่องจากมีการศึกษาจำนวนจำกัด⁽⁷⁾ รวมถึงการขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษาในบริบทของประเทศไทย ด้วยเหตุนี้การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการยับยั้งไวรัสเอชไอวีของกลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) เทียบกับกลุ่มที่

ไม่เข้าร่วม (Non-PSG) เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Cohort Study ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2561 โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสติดต่อกันน้อยกว่า 6 เดือน ก่อนช่วงเวลาการศึกษา และผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดหลังรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 400 copies/mL จากผลตรวจเลือดในปี พ.ศ. 2556 เนื่องจากการมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดมากอยู่แล้วทั้งที่กินยาต้านไวรัส จะไม่สามารถประเมินผลในการรักษาเสริมได้ (รูปที่ 1)

เก็บข้อมูลดำเนินการจากแหล่งข้อมูล คือ เวชระเบียนและโปรแกรมระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (National Aids Program Plus) ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ระดับขั้นของการติดเชื้อเอชไอวี ตาม WHO ระดับปริมาณ CD4 สูตรยาที่ได้รับการรักษาและผลการตรวจวัดปริมาณไวรัสในเลือด โดยการรวบรวมข้อมูลใช้การเข้ารหัสให้ไม่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้นอกจากผู้วิจัยเท่านั้น



รูปที่ 1: แสดงแผนภูมิการศึกษา

คลินิกรักษาด้วยยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลไชยวานดำเนินงานโดยพยาบาลเป็นหลัก แพทย์ตรวจรักษาในผู้ป่วยรายใหม่และรับปรึกษา กรณีพบปัญหาหรือในรายที่ซับซ้อน ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการประเมินว่ามีความพร้อมในการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอจะได้รับคำแนะนำเรื่องการเข้า

พยาบาลประจำคลินิก ให้ผู้ป่วยเลือกที่จะเข้ากลุ่มรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) ตามความสมัครใจ ดังนั้นกลุ่มรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) จึงไม่ได้มีการเริ่มเข้ากลุ่มที่พร้อมกัน แต่จะเป็นการทยอยรับสมาชิกกลุ่ม การนัดติดตามการรักษาของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) และกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (non-PSG) จะนัดแยกวันกัน โดยมีแพทย์และพยาบาลที่ดูแลรักษาชุดเดิม และนัดติดตามการรักษาทุก 1 - 2 เดือน ผู้ป่วยของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) จะมาติดตามการรักษาในวันเดียวกัน และเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) ไปเรื่อยๆ จนกว่าจะไม่พร้อมมาเข้ากลุ่มหรือขาดการติดตามรักษา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) จะได้รับการเสริมการดูแลรักษาเพิ่มเติมจากการดูแลรักษาปกติ อันประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

- การจัดกิจกรรมพบกลุ่มทุกครั้งทันตติดตามการรักษา และในโอกาสพิเศษต่าง ๆ เช่น งานปีใหม่

- กลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับพยาบาลผู้ดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมการดูแลสุขภาพ เช่น ช่วยทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ติดเชื้อรายใหม่ que เริ่มต้นกินยาต้านไวรัส แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาในดูแลสุขภาพ โดยอยู่ในการกำกับของพยาบาลผู้ดูแลคลินิก

- กลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการภาวะเครียดจากการเจ็บป่วย การใช้ชีวิตและการประกอบอาชีพมีการร่วมแรงในงานภาคเกษตรกรรม

- ด้านสังคม มีการสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชนแบ่งย่อยตามระดับตำบล ติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้รูปแบบหมุนเวียนเยี่ยมบ้านตำบลละ 1 ครั้งในแต่ละเดือน ประธานกลุ่มจะร่วมกับตัวแทนแต่ละตำบลออกเยี่ยมบ้านในตำบลที่กำหนด โดยเลือกบ้านของสมาชิกกลุ่มตามที่ประสานงานกับพยาบาลผู้ดูแลว่ามีข้อพัฒนาในการเข้าไปเยี่ยมบ้าน อาทิ การกินยาไม่สม่ำเสมอ จากนั้นจะจัดทำบันทึกในการเยี่ยมบ้านส่งให้พยาบาลผู้ดูแลต่อไป นอกจากนี้ประธานกลุ่มยังมีหน้าที่ในการประสานงานหน่วยงานระดับจังหวัดเพื่อช่วยเหลือสมาชิกของกลุ่มในการขอรับเงินช่วยเหลือ เป็นต้น

ผู้ป่วยที่รับรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งที่เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) และที่ไม่เข้าร่วม (non-PSG) จะได้รับการตรวจปริมาณไวรัสในเลือดปีละ 1 ครั้ง โดยส่งเลือดตรวจที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

คำนิยามที่ใช้ในการศึกษา

1. กลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมในลักษณะกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group; PSG) หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดจากการรวมกันของสมาชิกในกลุ่มที่มีสถานการณ์เดียวกัน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างสมัครใจ โดยมีการรับฟังแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ทางประสบการณ์ สภาวะทางจิตใจและอารมณ์ ผลจากความสัมพันธ์ก่อให้เกิดเป็นความไว้นื้อเชื่อใจ และสร้างเสริมพลังในการช่วยสมาชิกในกลุ่มผ่านปัญหาและอุปสรรคที่เผชิญด้วยความท้าทายจากการปรับแนวคิดและพฤติกรรม⁽⁷⁾

2. การยับยั้งไวรัส (Viral Suppression) หมายถึง ผลการตรวจไวรัสในกระแสเลือดมีปริมาณน้อยกว่า 400 copies/mL หลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นค่าที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่ของประเทศที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำ (Low- and Middle-Income Countries)⁽⁸⁻⁹⁾

3. การขาดการติดตามรักษา (Loss To Follow Up) หมายถึง การไม่มารับการรักษาหลังจากการรักษาครั้งสุดท้ายตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

- การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ มัชยฐาน พิสัย ควอไทล์ และค่าร้อยละ ใช้ Mann-Whitney U Test, Fisher's Exact Test ในการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่ม

- ใช้การวิเคราะห์แบบ Intention To Treat เปรียบเทียบผลการยับยั้งไวรัสของกลุ่มทั้งสองด้วย Log - Binomial Regression เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน เป็นค่า Adjusted Odds Ratio กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่: HE 6113

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 53 ราย แบ่งเป็นกลุ่มรับการรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) จำนวน 33 ราย และกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (non-PSG) จำนวน 20 ราย ข้อมูลลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่ม

ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้ยาต้านไวรัส

กลุ่มการรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG)
จำนวน 33 ราย พบการขาดติดตามการรักษา 1 ราย

(ร้อยละ 3.0) กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (Non-PSG) จำนวน
20 ราย พบการขาดติดตามการรักษา 3 ราย (ร้อยละ
15.0) ไม่พบการขอยอกจากกลุ่มการรักษาแบบ
เพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) ในช่วงเวลาที่ศึกษา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 : ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

	PSG (n=33)	non- PSG (n=20)	p value
เพศ, n (%)			
ชาย	12 (36.4)	12 (60.0)	0.15
อายุ, ปี (median, IQR)	40.8 (36.4-47.4)	38.8 (36.4-40.9)	0.13
สถานภาพสมรส, n (%)			0.73
โสด	11 (33.3)	7 (35.0)	
สมรส	21 (63.6)	13 (65.0)	
หย่า	1 (3.0)	0 (0)	
อาชีพ, n (%)			0.05
รับจ้าง	2 (6.1)	5 (25.0)	
เกษตรกร	31 (93.9)	14 (70.0)	
นักบวช	0 (0)	1 (5.0)	
BMI, kg/m ² (median, IQR)	21.1 (19.2-24.1)	22.2 (20.1-25.3)	0.37
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้ยาต้านไวรัส, ปี (median, IQR)	6.3 (5.2-7.7)	2.4 (1.4-3.7)	<0.001
ปริมาณ CD4 เมื่อเริ่มยาต้านไวรัส, cells/ μ L (median, IQR)	83 (9.0-128.5)	44 (12.8-91.0)	0.49
ระดับขั้นของการติดเชื้อ HIV เมื่อเริ่มยาต้านไวรัสตาม WHO, n (%)			0.11
I/II	10 (30.3)	4 (20.0)	
III	17 (51.5)	7 (35.0)	
IV	6 (18.2)	9 (45.0)	
โรคร่วม, n (%)			0.07
เบาหวาน	2 (6.1)	1 (5.0)	
ความดันโลหิตสูง	1 (3.0)	1 (5.0)	
ไวรัสตับบี	0 (0)	1 (5.0)	
ไวรัสตับซี	1 (3.0)	2 (10.0)	
สูตรยาที่ได้รับ, n (%)			0.42
d4T+3TC+NVP	2 (6.1)	1 (5.0)	
d4T/3TC/EFV	3 (9.1)	1 (5.0)	
AZT/3TC/NVP	23 (69.7)	12 (60.0)	
AZT+3TC+EFV	0 (0)	1 (5.0)	
AZT+ddI+LPVr	1 (3.0)	0 (0)	
AZT+TDF+LPVr	1 (3.0)	1 (5.0)	
TDF+3TC+NVP	2 (6.1)	0 (0)	
TDF+3TC+EFV	1 (3.0)	3 (15.0)	
d4T+TDF+LPVr	0 (0)	1 (5.0)	

ตารางที่ 2 : เปรียบเทียบการยับยั้งไวรัสเอชไอวี ของกลุ่มรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน และกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม

Year	PSG (n=33) n (%)	non-PSG (n=20) n (%)	Adjusted OR† (95% CI)
1	33 (100)	19 (95)	2.06 (0.01, 28.56)
2	33 (100)	18 (90)	1.79 (0.01, 26.31)
3	33 (100)	17 (85)	3.21 (0.01, 32.99)
4	32 (96.97)	17 (85)	5.65 (0.55, 58.52)
5	31 (93.94)	17 (85)	2.73 (0.42, 18.01)

†ควบคุมปัจจัยเกี่ยวกับอายุ, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้ยาต้านไวรัส, ปริมาณ CD4 เมื่อเริ่มยาต้านไวรัสและระดับขั้นของการติดเชื้อเอชไอวี

ผลจากการศึกษาที่ระยะเวลา 5 ปี พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) สามารถยับยั้งไวรัส ได้เป็น 2.73 เท่า เทียบกับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (Non-PSG) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR, 2.73; 95% Confidence Interval, 0.42 To 18.01) (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

ผลการยับยั้งไวรัสเอชไอวีของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) เทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วม (non - PSG) ไม่แตกต่างกันอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดน้อยเกินไป ซึ่งจากค่าความกว้างของช่วงความเชื่อมั่นจะเห็นว่าแนวโน้มของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสามารถยับยั้งไวรัสเอชไอวีได้ดีกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วม ลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่มที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้ยาต้านไวรัส โดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) มีการใช้ยาต้านไวรัส มาเฉลี่ย 6.3 ปี ก่อนการศึกษา ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วม (non - PSG) มีการใช้ยาต้านไวรัสมาเฉลี่ย 2.4 ปี ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการยับยั้งไวรัสจากการร่วมกิจกรรมกลุ่มมาระยะหนึ่งแล้วก่อนช่วงเวลาที่เรา

การศึกษาของกลุ่มรับการรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่า การเริ่มยาต้านไวรัส ในระยะหลัง (Later Calendar Year) มีการยับยั้งไวรัสเอชไอวีได้ดีกว่า⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ซึ่งอาจเนื่องจากการที่ยารุ่นใหม่มีประสิทธิภาพมากกว่าและผลข้างเคียงที่น้อยกว่า

สำหรับสาเหตุของการขาดติดตามการรักษา มาจากการเปลี่ยนสถานที่ในการประกอบอาชีพไปยังภาคอื่นของประเทศ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่การขาดติดตามการรักษาตามนิยามของการศึกษาของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีรายใดเสียชีวิตและกลับเข้ารับการรักษา เมื่อมาทำงานที่ภูมิลำเนาเดิม และได้รับการตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือดซึ่งมีผลที่มากกว่า 400 copies/mL ทุกราย

ข้อแตกต่างของการศึกษาก่อนหน้า คือ สูตรยาที่มีความแตกต่างกันและไม่ได้เป็นยาชนิดเม็ดรวม (Fixed - Dose Combinations) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษา^(12 - 13) นอกจากนี้ข้อแตกต่างทางวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เช่น การเปิดเผยตัวของผู้ป่วยและบริบทของสังคมในชุมชน รวมไปถึงรูปแบบการจัดการความมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา

จุดเด่นของการศึกษาค้างนี้ คือ การมีระยะเวลาที่ทำการศึกษา 5 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานกว่าการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ที่กำหนดระยะเวลาที่ทำการศึกษาไม่เกิน 52 สัปดาห์⁽⁷⁾ ซึ่งอาจไม่ตรงพบผลการศึกษาที่แสดงถึงความไม่ยั่งยืนของการยับยั้งไวรัสเอชไอวีที่ระยะเวลาเกินกว่า 2 ปี⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การมีอคติที่เกิดจากการเลือกตัวอย่างตามรูปแบบการศึกษา (Selection Bias) การรายงานผลการตรวจไวรัสในกระแสเลือด หากมีปริมาณน้อยกว่า 50 copies/mL จะรายงานเป็นไม่สามารถตรวจพบ (Undetectable) ซึ่งจะพบในรายงานผลส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 จึงเป็นข้อจำกัดในการวิเคราะห์ผลปริมาณไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดหากต้องการเปรียบเทียบผลของการรักษาอย่างละเอียด นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงการขาดการตรวจการดื้อยาต้านไวรัสก่อนการรับการรักษา เนื่องจากเป็นการตรวจที่มีราคาสูงและยังไม่เป็นมาตรฐานในเวชปฏิบัติของประเทศไทย การขาดการวิเคราะห์ความสม่ำเสมอของการกินยา (Adherence) เนื่องจากข้อมูลบางส่วนในเวชระเบียนสูญหาย และการมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เพียงพอในการทำการวิเคราะห์เพื่อตอบปัญหาการวิจัยได้อย่างชัดเจน

การศึกษาค้างถัดไปควรมีกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และเป็นแบบ Prospective Cohort Study โดยอาจเป็นการศึกษาแบบสหสถาบัน (Multicenter Trial) ในการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาล

ขนาดเล็กกรรมกัน เนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้ป่วยสะสมเพิ่มมากขึ้นทุกปี มักไม่สามารถทำกลุ่มรับการรักษาแบบผู้ป่วยมีส่วนร่วมได้ เพราะมีต้นทุนการบริหารจัดการและต้องใช้เวลามากในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา หรือเป็นการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อแก้ไขข้อคติดังกล่าวจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และขจัดตัวแปรกวนซึ่งจะทำให้ได้ผลในเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน นอกจากนี้ควรทำการศึกษาในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการตัดสินใจเสริมวิธีการรักษา

สรุป

ผลการยับยั้งไวรัสเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสของกลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) เทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วม (non - PSG) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์หญิงปิยรัตน์ โรจน์สง่า โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ในการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ และคุณดวงใจ นุ่นสวัสดิ์ ในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคด้วยยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทฯ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization and UNAIDS [Internet]. Geneva: Q&A on HIV/AIDS estimates ; 2017 [cited 2019 Mar14]. Available from: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/thailand>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2553. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2553.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2557.
4. ข่าวสารเพื่อสื่อมวลชน [Internet] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สัปดาห์วันเอดส์โลกประจำปี 2561 เน้น “ตรวจเร็ว รักษาเร็ว ยุติเอดส์”; [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/th/site/newsview/view/1861>
5. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The Gap Report Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2014. [cited 2019 Mar14]. Available from: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaids-publication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf.
6. World Health Organization [Internet]. Geneva: Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection; 2015 [cited 2019 Mar14]. Available from: <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv2015-service-delivery-factsheet/en/>
7. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer Support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2001;25(2):134-41.
8. Kanter S, Park JJ, Chan K, et al. Use of peers to improve adherence to antiretroviral therapy: a global network meta-analysis. *J Int AIDS Soc* 2016; 19(1): 21141.
9. McMahon JH, Elliott JH, Bertagnolio S, Kubiak R, Jordan MR. Viral suppression after 12 months of antiretroviral therapy in low- and middle-income countries: A systematic review. *Bull World Health Organ*. 2013;91(5):377-85.
10. Delaunay C, Ghosn J, Lacombe JM. Significant reduction in HIV virologic failure during a 15-year period in a setting with free healthcare access. *Clin Infect Dis*. 2015;60:463-472.
11. O'Connor J., et al., Durability of viral suppression with first-line antiretroviral therapy in patients with HIV in the UK: an observational cohort study. *Lancet HIV*, 2017. 4(7): p. e295-e302.
12. Aldir I, Horta A, Serrado M. Single-tablet regimens in HIV: does it really make a difference? *Curr Med Res Opin* 2014; 30:89-97.
13. Nachega JB, Parienti JJ, Uthman OA, Gross R, Dowdy DW, Sax PE et al. Lower pill burden and once-daily antiretroviral treatment regimens for HIV infection: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Infect Dis* 2014; 58(9): 1297-1307.
14. Chang LW, Kagaayi J, Nakigozi G, et al. Effect of peer health workers on AIDS care in Rakai, Uganda: a cluster-randomized trial. *PLoS One* 2010; 5: e10923.
15. Taiwo BO, Idoko JA, Welty LJ, et al. Assessing the virologic and adherence benefits of patient-selected HIV treatment partners in a resource-limited setting. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; 54: 85-92.