นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของการใช้ยาต้านไวรัส ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี

ธวัช คงคาลัย พ.บ.*

Abstract **Effectiveness of Highly Active Antiretroviral therapy in HIV infected/AIDS Patients at Soidao Hospital, Chanthaburi Province**

Thawatt Kongkalai M.D.*

*Soidao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2007;24:173-179.

Background : **AIDS was the common and important health problem of Thailand since 1984. The numbers of infected patients with HIV were increased, the mortality rate was high. The usage of antiretroviral drug treatment in HIV infected/AIDS patients was proved that prolonged life and improved quality of life.**

Objective : **To evaluate the effectiveness of antiretroviral drug in the treatment of Naive HIV infected/AIDS patients attended at antiretroviral clinic of Soidao hospital between June 2003 to June 2007. By mean of measuring the changing of CD_4 count and body weight at 6^{th}, 12^{th} and 18^{th} month after antiretroviral treatment and also evaluate the side effects of antiretroviral drugs.**

Material and method : **A retrospective cohort study was undertaken. The data were corrected from database of Soidao hospital. All adults HIV infected/AIDS patients were included by inclusion criteria. The HIV infected/AIDS patients must attended regularly at least 18 months long. The changing of CD_4 count and body weight at 6th, 12^{th} and 18^{th} month after antiretroviral treatment was analyzed by Repeated Measures ANOVA method.**

Results : **Thirty three Naive HIV infected/AIDS patients were included in this study. The means CD_4 count at the beginning, 6^{th}, 12^{th} and 18^{th} month after antiretroviral treatment were 42.58, 187.39, 232.85 and 294.64 cells/mm^3 respectively, which increased significantly ($p<0.001$). The mean body weight at the beginning, 6th, 12th and 18^{th} month after antiretroviral treatment were 52.88, 57.03, 57.46 and 57.98 kilograms respectively, which increased significantly ($p\leq0.001$) The side effects of antiretroviral drugs were 75.76 percent mostly neuropathy and rash. Six patients (18.18 percent) had to change to the new drug regimen due to Steven Johnson**

* โรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี

Syndrome(3), lipoatrophy(2) and severe neuropathy(1). One patient died during antiretroviral treatment due to drug failure and opportunistic infection superimposed.

Conclusion : The usages of antiretroviral drugs in the treatment of Naive HIV infected/AIDS patients were effective. So the usage of antiretroviral drugs at appropriated time, monitoring the side effects of drug and changing to appropriated regimens will improve the quality of life of HIV infected/AIDS patients.

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญของประเทศไทย นับตั้งแต่พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 ช่วงแรกยังมีการระบาดในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ชายรักร่วมเพศ ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดและหญิงขายบริการ ต่อมาได้มีการระบาดมาสู่ประชากรที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศและแม่บ้าน จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2550 พบว่ามีผู้ป่วย และโรคเอดส์ทั้งหมด 313,299 คน เสียชีวิตไปแล้ว 86,589 คน[1] สำหรับอำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรีมีผู้ป่วยโรคเอดส์สะสม 268 คน เสียชีวิตไปแล้ว 76 คน[2]

การให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและและผู้ป่วยเอดส์ประกอบด้วยการรักษาตามอาการ การรักษาและป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส การสร้างเสริมสุขภาพและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีถือเป็นส่วนสำคัญที่สุดในบรรดาการให้บริการทางการแพทย์ทั้งหมดในการดูแลผู้ป่วย[3] ถึงแม้การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีจะไม่สามารถกำจัดเชื้อให้หมดไปจากร่างกายก็ตาม แต่สามารถลดอัตราการป่วย ตาย จากโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี เช่นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ เป็นต้น และสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ลดการนอนพักในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถทำงานและอยู่ในสังคมได้ โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและคนรอบข้าง ฉะนั้นการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่เหมาะสมจึงเป็นการรักษาที่คุ้มค่า[4,5] และการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี 3 ชนิดดีกว่า 2 หรือ 1 ชนิด[6,7] ดังนั้นในปัจจุบันจึงใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี 3 ชนิดรวมกัน (triple therapy)

ในปี พ.ศ. 2545 องค์การเภสัชกรรมของประเทศไทยสามารถผลิตยาต้านไวรัสเอชไอวี 3 ชนิดอยู่ในเม็ดยาเดียวกันได้ (GPO-vir) ส่งผลให้ราคายาถูกลงอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงนำโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (National Access to Antiretroviral Program for Patients Living with HIV/AIDS : NAPHA) ขึ้นโรงพยาบาลสอยดาวได้เข้าร่วมโครงการการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี (NAPHA) ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2546 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลสอยดาวที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อน โดยดูค่า CD_4 และน้ำหนักตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตลอดจนผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี

วัสดุและวิธีการ

ทำการศึกษาแบบ Retrospective Cohort Study ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลสอยดาว ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2546 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2550 โดยผู้ป่วยทั้งหมดไม่เคยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีมาก่อน ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี)

ข้อบ่งชี้ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (inclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์เนื่องจากมีโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ (AIDS defining illness)

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีค่า CD_4 ต่ำกว่า 250 cells/mm^3 และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

2.1 ฝ้าขาวในปาก (oral candidiasis)

2.2 ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ

2.3 อุจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่า 14 วันโดยไม่ทราบสาเหตุ

2.4 น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 15 เปอร์เซ็นต์ภายใน 3 เดือน

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ แต่ค่า CD_4 ต่ำกว่า 200 cells/mm^3

ก่อนเริ่มต้นให้ยา ผู้ป่วยต้องได้รับการให้คำปรึกษาจนเข้าใจและยินยอมจะรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อประเมินระยะของโรคและโรคแทรกซ้อนที่มีอยู่เดิม ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Anti HIV, CD4, CBC, SGPT, CXR และ Liver Function Test, Creatinine, Lipid Profile ในผู้ป่วยบางราย

สูตรยาที่ใช้

สูตรที่ 1 : d4T+3TC+Nevirapine หรือ GPO–vir

สูตรที่ 2 : d4T+3TC+Efavirenz

สูตรที่ 3 : AZT+3TC+Nevirapine

โดยผู้ป่วยทุกรายจะได้รับยาสูตรที่ 1 ก่อนและให้แบบแยกชนิดก่อน 2 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยไม่มีผื่นรุนแรงและค่า SGPT ปกติ ให้เปลี่ยนเป็นยา GPO–vir 1 เม็ดทุก 12 ชม. และนัดติดตาม ประเมินผลการรักษาที่ 4, 8 สัปดาห์ หลังจากนั้นทุก ๆ 1 เดือน ทุกครั้งจะมีการบันทึกความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (adherence) น้ำหนัก อาการที่เปลี่ยนแปลงและผลข้างเคียงของยาทุกครั้ง และมีการตรวจ CD_4 ทุก 6 เดือน ถ้าผู้ป่วยมีผลแทรกซ้อนจากยาจะทำการเปลี่ยนสูตรยาตามความเหมาะสม

ตารางที่ 1 สูตรยาที่ให้

สูตรยา	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
1. สูตร 1 (d4T+3TC+Nevirapine)	25	75.75
2. สูตร 2 (d4T+3TC+Efavirenz)	5	15.15
3. สูตร 3 (AZT+3TC+Nevirapine)	3	9.10
รวม	**33**	**100**

ผู้ป่วยที่นำมาศึกษาต้องอยู่ในเกณฑ์ดังกล่าวและเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสอยดาว เป็นเวลาอย่างน้อย 18 เดือน รวมทั้งมีผลการติดตามค่า CD4 น้ำหนักตัวทุก 6 เดือน รวม 4 ครั้ง (เมื่อเริ่มรักษา, 6 เดือน, 12 เดือน และ 18 เดือนหลังรักษา)

ได้รวบรวมข้อมูล อายุ เพศ สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ก่อนการรักษา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นค่าเฉลี่ยในเรื่องอายุ ค่า CD_4 น้ำหนักตัว และเป็นร้อยละในส่วนของสูตรยา โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผลข้างเคียงจากยา ส่วนการติดตามการเปลี่ยนแปลงของค่า CD_4 และน้ำหนักตัวตั้งแต่ก่อนรักษากับช่วงเวลาต่าง ๆ ที่ศึกษาโดยใช้ Repeated measures ANOVA (multivariate appoarch)

ผลการศึกษา

มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนรับยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด 77 คน แต่ที่นำมาประเมินประสิทธิผลการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด 33 คน เป็นเพศชาย 20 คน (ร้อยละ 60.6) เพศหญิง 13 คน (ร้อยละ 39.4) อายุเฉลี่ย 42.58 ปี อายุต่ำสุด 26 ปี สูงสุด 52 ปี

ผู้ป่วยอีก 44 คนไม่ได้นำมาประเมินผล เนื่องจากเข้ารับการรักษาไม่ครบ 18 เดือน จากการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ที่ศึกษา 33 คน พบว่ามีความสม่ำเสมอในการรับประทานยากมากกว่าร้อยละ 95 ทุกคน

สูตรยาที่ใช้เป็นสูตรยาที่ 1 ตั้งแต่เริ่มแรก 31 คน (ร้อยละ 93.9) สูตรที่ 2 2 คน (ร้อยละ 6.1) ต่อมาเปลี่ยนจากสูตรที่ 1 เป็นสูตรที่ 2 3 คนจาก severe ADR และเปลี่ยนเป็นสูตรที่ 3 3 คนจาก lipoatrophy 2 คน และ severe neuropathy 1 คน เริ่มสูตรที่ 2 ตั้งแต่ต้น 2 คน เนื่องจากมี drug interactions กับยาที่รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections)

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนการรักษา พบมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57.58 และไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 14 คน คิดเป็นร้อยละ 42.42 โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุดคือ Pneumocystis carinii Pneumonia (PCP) พบร้อยละ 28.57 และ Cryptococcal meningitis ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ชนิดของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	ความถี่ (ราย)	ร้อยละ
Pneumocystis carinii Pneumonia (PCP)	6	28.57
Cryptococcal meningitis	6	28.57
Pulmonary tuberculosis	2	9.53
Tuberculous lymphadenitis	2	9.53
Toxoplasmosis	1	4.76
Histoplasmosis	1	4.76
Herpes simplex infection	1	4.76
Moniliasis	1	4.76
Penicillosis	1	4.76
รวม	**21**	**100**

หมายเหตุ : ผู้ป่วย 1 คน อาจมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากกว่า 1ชนิด

ผลข้างเคียงจากยา พบมี 25 คน คิดเป็นร้อยละ 75.76 อาการที่พบส่วนใหญ่คือ Neuropathy ผื่น (rash) Lipoatrophy และคลื่นไส้อาเจียน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลข้างเคียงจากยา

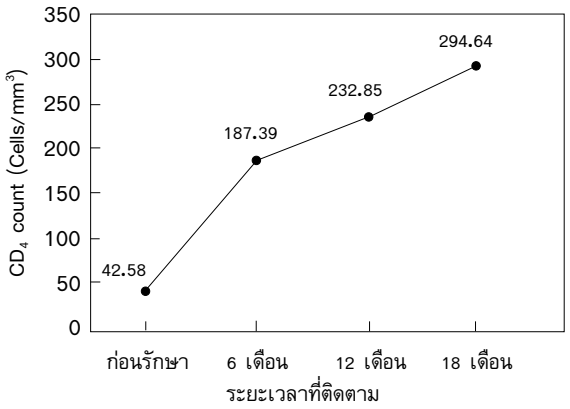
ผลข้างเคียงจากยา	ความถี่ (ราย)	ร้อยละ
Neuropathy	14	34.15
Rash	7	17.07
Lipoatrophy	5	12.19
Nausea/vomiting	4	9.75

ผลข้างเคียงจากยา	ความถี่ (ราย)	ร้อยละ
Stevens Johnson Syndrome	3	7.32
Increase liver enzyme	2	4.88
Nightmare	2	4.88
Severe neuropathy	1	2.44
Hepatitis	1	2.44
Anemia	1	2.44
Insomnia	1	2.44
รวม	**41**	**100**

หมายเหตุ : ผู้ป่วย 1 คนอาจมีผลข้างเคียงจากยาได้มากกว่า 1 ชนิด

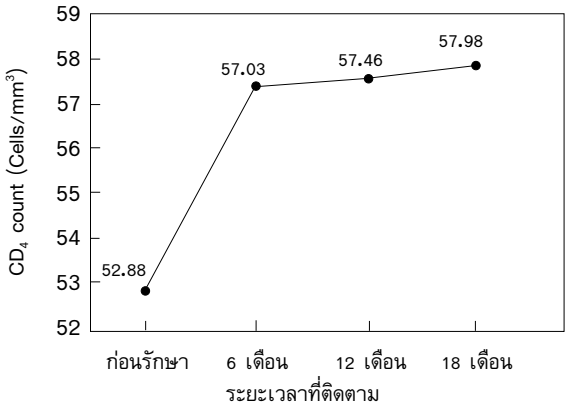
ค่า CD_4 ตั้งแต่ก่อนการรักษาเมื่อเทียบกับที่ 6, 12, 18 เดือนหลังการรักษาเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และพบว่าค่า CD_4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกช่วงเวลาที่มีการประเมินผล (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 กราฟแสดงค่า CD4 เฉลี่ยตั้งแต่การก่อนรักษา, ที่ 6, 12 และ 18 เดือนหลังการรักษา



น้ำหนักตัวก่อนการรักษา จนถึง 6, 12, 18 เดือนหลังการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\leq0.001$) แต่เมื่อพิจารณาน้ำหนักตัวหลังการรักษาที่ 6 เดือนเทียบกับ 12 และ 18 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) (ดังรูปที่ 2)

รูปที่ 2 กราฟแสดงน้ำหนักตัวเฉลี่ยตั้งแต่ก่อนการรักษา, ที่ 6, 12 และ 18 เดือน หลังการรักษา



วิจารณ์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลสอยดาว เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ย 42.58 ปี มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่ก่อนการรักษาร้อยละ 57.58 ซึ่งต่างจากการศึกษาของ วินิต เทอดสุทธิรณภูมิ [8] ที่ทำการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่โรงพยาบาลประจวบ–คีรีขันธ์ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยทั้งหมด 135 ราย มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่ก่อนถึงร้อยละ 82 ซึ่งโรคติด

เชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลสอยดาว คือ Pneumocystis carinii Pneumonia (PCP) และ Crytococcal meningitis ส่วนวัณโรคปอดพบเป็นอันดับ 3

สูตรยาที่ใช้ส่วนใหญ่เริ่มด้วยสูตร d4T+3TC+ Nevirapine (GPO–vir) และมีผู้ป่วย 2 รายที่เริ่มด้วยสูตร d4T+3TC+Efavirenz เนื่องจากมี drug interactions กับยาที่รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเดิมของผู้ป่วย

ในการศึกษานี้พบผลข้างเคียงจากยาร้อยละ 75.76 ซึ่งต่างจากข้อมูลของ Swiss HIV cohort study ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยเอดส์กว่า 1,000 คน พบผลข้างเคียงจากยาร้อยละ 47[9] และของ วินิต เทอดสุทธิ–รณภูมิ ซึ่งพบร้อยละ 58.5[8]

ผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอชไอวีที่พบบ่อย คือ Neuropathy (ร้อยละ 34.15) ซึ่งเกิดจากยา d4T[10] โดยทั่วไปมักไม่ต้องหยุดยา ให้การรักษาตามอาการ แต่มีผู้ป่วย 1 คนที่มี Severe neuropathy จนต้องเปลี่ยนยา ส่วนผลข้างเคียงจากยาที่พบรองลงมา คือ Rash (ร้อยละ 17.07) ซึ่งต่างจากการศึกษาของวินิต เทอดสุทธิรณภูมิ ซึ่งพบ Rash เป็นอันดับ 1 และรองลงมาคือ Neuropathy[8]

มีผู้ป่วยแพ้ยารุนแรง 3 คน เป็น Stevens Johnson Syndrome จนต้องเปลี่ยนสูตรยา ซึ่งเกิดจากการใช้ยา Nevirapine[10]

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (adherence) ของผู้ป่วยดีมาก โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 95 ทุกคน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของวินิต เทอดสุทธิรณภูมิ[8]

การศึกษานี้ใช้ค่าการเปลี่ยนแปลงของปริมาณ CD_4 และน้ำหนักตัวของผู้ป่วยในการประเมินประสิทธิผลของการรักษา แต่การติดตามประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ดีคือ การหาปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV viral load) ซึ่งมีความไวในการเปลี่ยนแปลงมากกว่าค่า CD_4 การลดลงของ HIV viral load หลังการรักษามีความสัมพันธ์กับการชะลอการดำเนินของโรคและความล้มเหลวของการรักษา ซึ่งปริมาณ HIV viral load จะเปลี่ยนแปลงเร็วกว่าค่า CD_4 แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการการตรวจหาปริมาณ Viral load มีราคาสูง จึงยังไม่สามารถตรวจได้อย่างแพร่หลาย ปัจจุบันในปี 2550 ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้งบประมาณในการตรวจหาปริมาณ HIV viral load ซึ่งจะช่วยในการติดตามกรณีที่สงสัยเกิดความล้มเหลวในการรักษา เช่น เกิดเชื้อดื้อยา เป็นต้น

จากการศึกษาพบว่าปริมาณ CD_4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) หลังจากการรักษาแล้ว 6, 12 และ 18 เดือนตามลำดับ ส่วนน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\leq0.001$) หลังจากการรักษาแล้ว 6, 12 และ 18 เดือนตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักหลังการรักษาที่ 6 เดือนกับ 12 และ 18 เดือน พบว่าน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) อาจเป็นไปได้ว่าน้ำหนักของผู้ป่วยได้เพิ่มถึงระดับปกติแล้ว

มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 รายจาก Drug failure ร่วมกับติดเชื้อวัณโรคและติดเชื้อในกระแสโลหิต

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาประสิทธิผลของยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลสอยดาว จำนวนทั้งสิ้น 33 คน โดยได้รับยา GPO–vir เป็นส่วนใหญ่ มีความสม่ำเสมอในการมารับยาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (adherence) ดีมาก ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีประสิทธิผลในการเพิ่มปริมาณ CD_4 และน้ำหนักตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเกณฑ์ที่ดีโดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรก อาการไม่พึงประสงค์จากยาส่วนใหญ่ คือ อาการชา (neuropathy) ซึ่งไม่รุนแรงและไม่จำเป็นต้องหยุดยา ฉะนั้นการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีจึงมีประสิทธิผลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมและทำงานได้ โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัว

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้

ได้แก่ การเริ่มให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีควรเริ่มให้เร็วขึ้นโดยเฉพาะเมื่อ CD_4 ประมาณ 200 cells/mm^3

เนื่องจากถ้าให้ยาในช่วงที่ CD_4 ต่ำมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อาจมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแล้ว และอาจเสียชีวิตก่อนได้รับยาต้านไวรัส ควรมีการตรวจหาปริมาณ HIV viral load เพื่อดูการดื้อยาซึ่งจะไวกว่าการตรวจค่า CD_4 ควรมีการติดตามในระยะยาวเพื่อประเมินผล 5-Year Survival Rate, 10-Year Survival Rate ว่าเป็นอย่างไร ตลอดจนดู Adherence ในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับยาตลอดชีวิต โอกาสที่ผู้ป่วยจะมาติดตามสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานาน ๆ อาจน้อยลง และควรมีการเตรียมการรองรับเรื่องเชื้อดื้อยาไว้แต่เนิ่นๆ เพราะต้องใช้ยาที่มีประสิทธิผลและราคาสูงขึ้น ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านราคายาที่สูงขึ้น อาจส่งผลกระทบต่องบประมาณของประเทศซึ่งใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เมษายน 2550.
2. สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. สถานการณ์โรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. เมษายน, เอกสารอัดสำเนา 2550.
3. สมนึก สังฆานุภาพ, อัษฎา วิภากุล. ยาต้านไวรัสเอชไอวี. ใน : พรรณทิพย์ ฉายากุล, ชิษณุ พันธ์เจริญและคณะ : บรรณาธิการ. ตำราโรคติดเชื้อ 2. กรุงเทพฯ : โฮลิสติคพับลิชชิ่ง 2548:1252-69.
4. Palella FJ, Delancy KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advance HIV infection. NEngl J Med 1998; 338:853-60.
5. Mocroff A, Vella S, Benfield TL, Chiesi A, Miller V, Gargalinnos P, et al. changing pattern of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. Euro SIDA Study Group. Lancet 1998;352:1725-30.
6. 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.
7. CAESAR Coordinating Committee. Randomized trial of addition of lamivudine plus loviride to zidovudine-containing regimens for patients with HIV-1 infection : The CAESAR trial. Lancet 1997;349:1413-21.
8. วินิต เทอดสุทธิรณภูมิ. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาจีพีโอเวียร์ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี 2549; 14(1):19-31.
9. Fellay J, Boubaker K, Ledergerber B, Furrer H, Battegay M, Hirschel B, et al. Prevalence of adverse events associated with potent antiretroviral treatment : Swiss HIV cohort Study. Lancet 2001;358:1322-7.
10. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทย, 2547:166- 9.