

การศึกษสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรสาคร Cause of Death in HIV/AIDS Infected Patients in Samutsakhon Hospital

ณัฐนันท์ ภูวิภิรมย์ พ.บ.,
ว.ว. อายุรศาสตร์ทั่วไป
กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Natthanan Pooviprom M.D.,
Thai Board of Internal medicine
Department of Internal medicine
Samutsakhon Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

วิธีการศึกษา: ทำการศึกษาย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่เสียชีวิตขณะรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลสมุทรสาครในปี พ.ศ. 2557

ผลการศึกษา: ในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด 1,142 ราย เป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตทั้งหมด 52 ราย พบเป็นเพศชาย ร้อยละ 65.4 อายุเฉลี่ย 42.7 ปี ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 80.6 ระดับ CD4 เฉลี่ยครั้งแรก ก่อนเริ่มยา และก่อนเสียชีวิตเฉลี่ย 109, 101.3 และ 109.7 เซลล์/ ลบ.มม. ตามลำดับ ได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 40.4 ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 53.3 สาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่ จากการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 46.2 รองลงมาคือการติดเชื้ออื่นๆ ร้อยละ 26.9 โดยการติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อย คือ วัณโรค ร้อยละ 21.2 และปอดอักเสบ PCP ร้อยละ 15.4 ตามลำดับ

สรุป: จากผลการศึกษา ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาส่วนใหญ่เข้ามารับการรักษาค่อนช้า พบค่า CD4 อยู่ในระดับต่ำ การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยพบวัณโรคมากที่สุด ซึ่งการติดเชื้อมักพบมากขึ้นเมื่อ CD4 ต่ำลง การตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรก และเข้าถึงยาต้านไวรัสได้เร็ว จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และความสูญเสียจากการเจ็บป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: สาเหตุเสียชีวิต เอชไอวี/ เอดส์

ABSTRACT

Objective: To determine cause of death in HIV infected patients.

Method: This was a retrospective study, collected data of deceased HIV infected patients whom needed admission in Samutsakhon Hospital in 2014.

Results: There were 1,142 patients dead in Samutsakhon Hospital in 2014. 52 of these were HIV infected patients which 65.4% was male, average age was 42.7 years. Most presented with opportunistic infection (80.6%). Mean CD4 level at 1st diagnosis, initiate ARV and last were 109, 101.3 and 109.7 cells/mm³, respectively. 40.4% and 53.3% of the patients received ARV appropriated OI prophylaxis, respectively. Most common cause of death was opportunistic infections (46.2%) following by others infections (26.9%), which TB (21.2%) and PCP (15.4%) were the two leading causes of death from opportunistic infections.

Conclusions: Most common cause of death from this study was opportunistic infections especially TB, which were more common in lower CD4 level. So early diagnosis and treatment will reduce mortality, disability and improve quality of life among HIV infected patients.

Keywords: cause of death, HIV/AIDS

บทนำ

โรคเอดส์ (AIDS/acquired immune deficiency syndromes) เป็นโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง จนไม่สามารถต่อสู้เชื้อโรค หรือสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดโรคต่างๆ ที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่ายกว่าคนปกติ เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV / human immunodeficiency virus) สามารถติดเชื้อได้จากทางเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การได้รับเลือด การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันผ่านทางแม่สู่ลูกระหว่างการตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หรือให้นมบุตร มีรายงานการติดเชื้อชนิดนี้ครั้งแรกที่ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ. 2524¹ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี 2556 พบว่าปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อทั่วโลกที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 35 ล้านคน² ผู้ป่วยติดเชื้อใหม่ทั่วโลกประมาณ 2.1 ล้านคน³ ความชุกของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในช่วงอายุ 15-49 ปี คือ ร้อยละ 0.8⁴ จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 1.5 ล้านคน⁵

ประเทศไทยมีรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรก เมื่อ พ.ศ. 2527 จนกระทั่ง พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ติดเชื้อจากการคาดประมาณแล้วทั้งสิ้น 1,175,084 คน จากจำนวนนี้ยังมีชีวิตอยู่ 431,475 คน โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 8,535 คน ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์กำลังรับยาด้านไวรัส ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 จำนวนทั้งสิ้น 286,214 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าสี่เท่าเมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2547 (58,133 คน) ซึ่งเป็นปีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เริ่มขยายบริการยาด้านไวรัสแก่คนไทยทุกคน⁶ ส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาด้านไวรัส ในโรงพยาบาลสมุทรสาครเมื่อปี พ.ศ. 2557 จำนวน 1,626 คน

จากการเข้าถึงบริการยาด้านไวรัส สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ซึ่งได้ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสเข้าถึงยาด้านไวรัสอย่างครอบคลุม และขยายขอบเขตการให้บริการไปยังสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ และสวัสดิการข้าราชการ รวมถึงกองทุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

อย่างครอบคลุมทั้งประเทศ โดยปรับเกณฑ์การได้
รับยาต้านไวรัส ที่ปรับจากเดิมที่ระดับเม็ดเลือด
ขาว $CD4 \leq 200$ เป็น ≤ 350 เซลล์/ลบ.มม. เมื่อ
1 ตุลาคม 2555 ทำให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี
ที่เสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี
เสียชีวิตประมาณ 23,000 คน ในปี 2553 20,000 คน
ในปี 2555 และ 19,000 คน ในปี 2557⁵ แต่อย่างไร
ก็ตาม พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อ
เอชไอวีนั้น ยังมีจำนวนมากอยู่ โดยเมื่อ 1 ตุลาคม
2557 ได้เริ่มใช้แนวทางการให้ยาในผู้ป่วยเอชไอวีใหม่
ซึ่งปรับเป็นเริ่มยาต้านไวรัสทุกระดับเม็ดเลือดขาว
 $CD4$ น่าจะลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อ
เอชไอวีลงได้อีก

สาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อ
เอชไอวี เป็นได้ทั้งที่เกี่ยวเนื่องกับโรคเอดส์ (AIDS
related illness) เช่น การติดเชื้อฉวยโอกาส มะเร็ง
(Kaposi sarcoma, lymphoma) และไม่เกี่ยวเนื่อง
กับโรคเอดส์ (non-AIDS related illness) เช่น
โรคหัวใจ มะเร็ง (non-AIDS malignancy) อุบัติเหตุ
โดยผลการศึกษาที่ขึ้นกับประชากร และการเข้าถึง
การรักษาในแต่ละแห่ง⁷

โดยในปัจจุบัน ยังไม่มีการศึกษาถึงสาเหตุ
ของการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่รับไว้
รักษาตัวในโรงพยาบาลสมุทรสาคร จึงได้ดำเนินการ
วิจัยศึกษาข้อมูลดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน
และสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิง เพื่อดำเนินการวิจัย
ในเชิงลึกต่อไป ทำให้เกิดการพัฒนาการดูแลรักษา
ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
ลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี
และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และสาเหตุของการ
เสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่รับไว้รักษาตัวใน
โรงพยาบาลสมุทรสาคร ในระยะเวลา 1 ปี

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยทำการศึกษาย้อนหลัง (retrospective
study) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่เสียชีวิต
ขณะรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลสมุทรสาคร
จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน เวชระเบียนผู้ป่วยนอก
ฐานข้อมูล National AIDS Program (NAP) ผลการ
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับการสรุปสาเหตุการ
ตายจากแพทย์ ตั้งแต่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2557

วิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐาน และสาเหตุการเสียชีวิต
จะถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติประเภทพรรณนา โดยใช้
ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และ
พิสัย (range) วัดผลเป็นร้อยละ และนำเสนอข้อมูล
ในรูปของตาราง

ผลการศึกษา

ในช่วงที่ทำการศึกษา มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต
ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ใน
ปี พ.ศ. 2557 ทั้งหมด 1,142 ราย พบผู้ป่วยติดเชื้อ
เอชไอวีที่เสียชีวิตในช่วงที่ทำการศึกษา มีทั้งหมด
52 ราย เป็นเพศชาย 34 คน คิดเป็นร้อยละ 65.4
มีอายุระหว่าง 28-73 ปี อายุเฉลี่ย 42.7 ปี ส่วนใหญ่
ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 71.2 สิทธิประกันสังคม
ร้อยละ 17.3 ผู้ป่วยมีสัญชาติไทย ร้อยละ 86.5
ส่วนต่างชาตินั้นมีพม่าเพียงชาติเดียว ร้อยละ 13.5
ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว
อื่นร่วม ร้อยละ 57.8 โดยโรคประจำตัวอื่นที่พบ
รวมมากที่สุดคือ เบาหวาน ร้อยละ 15.4 รองลงมา
คือ โรคตับ ร้อยละ 9.6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมุทรสาคร (n=52)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (พิสัย)
เพศ	
ชาย	34 (65.4)
หญิง	18 (34.5)
อายุ (จำนวนปี)	42.7 $\pm$ 9.9 (28-73)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
ประกันสุขภาพ	37 (71.2)
ประกันสังคม	9 (17.3)
เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	1 (1.9)
จ่ายเงินเอง	5 (9.6)
สัญชาติ	
ไทย	45 (86.5)
พม่า	7 (13.5)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	30 (57.8)
เบาหวาน	8 (15.4)
ความดันโลหิตสูง	1 (1.9)
โรคตับ	5 (9.6)
โรคไต	2 (3.8)
โรคอื่นๆ	6 (11.5)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 80.6 โดยจะเห็นวาระดับ CD4 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง < 50 เซลล์/ลบ.มม. ระดับ CD4 เฉลี่ยครั้งแรก 109 เซลล์/ลบ.มม. (3-525) ระดับ CD4 เฉลี่ยครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิตใน 1 ปี 109.7 เซลล์/ลบ.มม. (1-666) ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยถึงเสียชีวิตเฉลี่ย 639 วัน (5-2064) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยก่อนเสียชีวิต 8 วัน (1-56) ผู้ป่วยมีการติดเชื้อตับอักเสบบีร่วม ร้อยละ 7.7 ติดเชื้อตับอักเสบบีซีร่วม ร้อยละ 13.5 และไม่พบการติดเชื้อซิฟิลิสร่วม ซึ่งมีผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50

ไม่ได้รับการตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี และซิฟิลิส ดังตารางที่ 2 และ 3

เมื่อนำระยะเวลาการวินิจฉัย ได้รับความรู้ด้านไวรัส และเสียชีวิตจัดความสัมพันธ์เป็นช่วงเวลาค้นพบโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับการเจาะ CD4 และเริ่มยาต้านไวรัส ภายใน 3 เดือนนับตั้งแต่การวินิจฉัย โดยระยะเวลาดังแต่วินิจฉัยถึงเสียชีวิตแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ น้อยกว่า 3 เดือน และมากกว่า 1 ปี และระยะเวลาดังแต่เริ่มยาต้านไวรัส ถึงเสียชีวิตส่วนใหญ่มากกว่า 1 ปี ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเอชไอวี	จำนวน (ร้อยละ) หรือค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (พิสัย)
การเข้าถึงการตรวจเอชไอวี (n= 36)	
ก่อนได้รับการผ่าตัด	3 (8.3)
ติดเชื้อฉวยโอกาส	29 (80.6)
โดยสมัครใจ	4 (11.1)
ระดับ CD4 (เซลล์/ลบ.มม.)	
ระดับ CD4 ครั้งแรก (n = 32)	109.0 $\pm$ 131.8 (3-525)
ระดับ CD4 ครั้งสุดท้าย** (n = 42)	109.7 $\pm$ 153.0 (1-666)
ระยะเวลาในการตรวจรักษา (วัน)	
ตั้งแต่วินิจฉัยถึงเจาะระดับ CD4 (n = 35)	154 $\pm$ 419 (1-2032)
ตั้งแต่วินิจฉัยถึงเสียชีวิต (n = 41)	639 $\pm$ 800 (5-2064)
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (n = 52)	8 $\pm$ 11 (1-56)
การตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (n =52)	
ผลบวก	4 (7.7)
ผลลบ	27 (51.9)
ไม่ได้รับการตรวจ	21 (40.4)
การตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (n =52)	
ผลบวก	7 (13.5)
ผลลบ	23 (44.2)
ไม่ได้รับการตรวจ	22 (42.3)
การตรวจเชื้อซิฟิลิส (n =52)	
ผลบวก	0 (0.0)
ผลลบ	26 (50.0)
ไม่ได้รับการตรวจ	26 (50.0)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกตามระดับ CD4

ระดับ CD4	ผู้ป่วยทั้งหมด		ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส	
	ครั้งแรก (ร้อยละ)	ครั้งสุดท้าย (ร้อยละ)	ครั้งแรก (ร้อยละ)	ครั้งสุดท้าย (ร้อยละ)
< 50	18 (56.2)	22 (52.4)	8 (61.5)	9 (45.0)
50-99	2 (6.3)	6 (14.3)	-	2 (10.0)
100-199	5 (15.6)	5 (11.9)	3 (23.7)	4 (20.0)
200-349	5 (15.6)	5 (11.9)	2 (15.4)	2 (10.0)
$\geq$ 350	2 (6.3)	4 (9.5)	-	3 (15.0)

ตารางที่ 4 แสดงระยะเวลาผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย เริ่มยาต้านไวรัส และเสียชีวิต

ระยะเวลา	วินิจฉัยถึงเจาะ ระดับ CD4 (ร้อยละ)	วินิจฉัยถึงเริ่มยา ต้านไวรัส (ร้อยละ)	วินิจฉัยถึง เสียชีวิต (ร้อยละ)	เริ่มยาต้านไวรัส ถึงเสียชีวิต (ร้อยละ)
< 3 เดือน	26 (74.3)	10 (66.6)	13 (31.7)	4 (23.5)
3 – 6 เดือน	4 (11.4)	1 (6.7)	3 (7.3)	0 (0.0)
6 เดือน – 1 ปี	1 (2.9)	1 (6.7)	9 (22.0)	3 (17.7)
> 1 ปี	4 (11.4)	3 (20)	16 (39.0)	10 (58.8)

ตารางที่ 5 การให้ยาต้านไวรัส และยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

การรักษา	จำนวน (ร้อยละ)
ยาต้านไวรัส (n =52)	
ได้รับยาต้านไวรัส	21 (40.4)
ไม่ได้รับยาต้านไวรัส	28 (53.8)
ไม่มีข้อมูล	3 (5.8)
ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (n =45)	
ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	24 (53.3)
ไม่ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	21 (46.7)
ปริมาณไวรัสในเลือด (n =21)	
ได้รับการตรวจปริมาณไวรัสในเลือดหลังได้รับยาต้านไวรัส	6 (28.6)
ตรวจไม่พบปริมาณไวรัสในเลือด <40 ตัว/ลบ.มม.	4 (66.7)

มีผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 40.4 โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 53.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจปริมาณไวรัสในเลือดหลังได้รับยาต้านไวรัสพบเพียง ร้อยละ 28.6

โดยผู้ป่วยร้อยละ 66.7 มีการตอบสนองต่อการรักษา โดยไม่พบปริมาณไวรัส ซึ่งเป็นเป้าหมายของการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 6 สาเหตุการตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

สาเหตุการตาย	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต (ร้อยละ)
โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	24 (46.2)
Tuberculosis	11 (21.2)
PCP	8 (15.4)
Tuberculosis และ PCP	2 (3.8)
Toxoplasmosis	2 (3.8)
Cryptococcal meningitis	1 (1.9)
โรคติดเชื้อ	14 (26.9)
Sepsis/bacterial infection	8 (15.4)
Pneumonia	3 (5.8)
Meningitis	2 (3.8)
Appendiceal abscess	1 (1.9)
มะเร็ง	2 (3.8)
แพ้ยาล	2 (3.8)
อื่นๆ	10 (19.2)
ไตวายเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อน	4 (7.7)
เลือดออกในสมอง	3 (5.8)
เลือดออกในทางเดินอาหาร	1 (1.9)
Rupture abdominal aortic aneurysm	1 (1.9)
Cardiac arrest	1 (1.9)

พบว่าสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่เกิดจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 46.2 รองลงมาคือ โรคติดเชื้ออื่นๆ ร้อยละ 26.9 และโรคอื่นๆ ร้อยละ 19.2 โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบ คือ วัณโรคทั้งในปอด นอกปอด และปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis jiroveci* 11 และ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 21.2 และ 15.4 ตามลำดับ ทั้งนี้ยัง

พบสองสาเหตุนี้ร่วมกัน ด้วยอาจเป็นจากการที่ไม่สามารถแยกเชื้อจากอาการทางคลินิก หรือผลเพาะเชื้อจากเสมหะได้ โรคติดเชื้ออื่นๆ ที่พบมากที่สุด คือ ติดเชื้อแบคทีเรีย ร้อยละ 15.4 ส่วนโรคอื่นๆ ที่พบ คือ โรคไตวายเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อน และเลือดออกในสมองร้อยละ 7.7 และ 5.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

วิจารณ์

จากข้อมูลสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557 โดยมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ *Mycobacterium tuberculosis* ร้อยละ 29.46 รองลงมาโรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis jiroveci* ร้อยละ 19.19 cryptococcosis ร้อยละ 12.97 candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด ร้อยละ 4.71 และ recurrent bacterial pneumonia มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี จำนวน 13,251 ราย ร้อยละ 3.41⁸

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2555 พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตอยู่ในลำดับที่ 11 อัตราตายอยู่ที่ 6.3 ต่อประชากร 100,000 คน⁹ ข้อมูลโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่ามีผู้ป่วย ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2557 เสียชีวิตจำนวน 52 คน คิดเป็นอัตราตาย 7.08 ต่อประชากร 100,000 คน (734,699 คน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมุทรสาคร)¹⁰ จะเห็นได้ว่าอัตราตายสูงกว่าสถิติของประเทศ เป็นไปได้จากหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น ประชากรในจังหวัดส่วนใหญ่เป็นแรงงาน อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ อาจมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน มีการเที่ยวกลางคืน ส่วนหนึ่งอาจไม่ทราบว่าติดเชื้อ และมีการติดต่อไปยังผู้อื่น ทำให้ทราบว่าติดเชื้อเมื่อมีอาการแสดงของโรคแล้ว หรืออีกส่วนหนึ่งเป็นแรงงานที่ย้ายถิ่นมาจากที่ต่างๆ ผู้ป่วยในเรือนจำ กลุ่มแรงงานต่างด้าว ทำให้ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง หรือมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงการรักษาในเบื้องต้น ส่งผลให้ขณะที่เข้ามารักษาตัวนั้นมีภูมิคุ้มกันต่ำ และติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นสาเหตุให้เสียชีวิต นอกจากนี้ข้อมูลในระดับประเทศ อาจไม่ได้เป็นข้อมูลที่แท้จริง เนื่องจากยังมีผู้ป่วยอีกส่วน อาจยังไม่เคยได้เข้ารับการรักษามาก่อน ไม่มีการบันทึกข้อมูล หรือรายงานข้อมูลไม่ครบถ้วน

ส่วนสาเหตุการตายของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรค รองลงมาคือ ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ *Pneumocystis jiroveci* และ sepsis ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า วัณโรคเป็นสาเหตุการตายประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี¹¹ และการศึกษาจากประเทศเกาหลีใต้ ที่ดูสาเหตุการตายของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสใน 5 ปี พบว่าสาเหตุจาก AIDS related death ร้อยละ 57.7 โดยโรคที่เป็นสาเหตุหลัก คือ วัณโรค และปอดอักเสบจากการติดเชื้อ *Pneumocystis jiroveci* ร้อยละ 30.8 และร้อยละ 7.7 ตามลำดับ ส่วน non-AIDS related death ที่พบมากที่สุดคือ bacterial infection หรือ sepsis ร้อยละ 11.5¹²

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่คล้ายกัน แต่ดูสาเหตุที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ต้องเข้ารับการรักษาศูนย์ในโรงพยาบาล¹³ เป็นการเก็บข้อมูลใน 50 ประเทศทั่วโลก จาก 106 การศึกษา จากผู้ป่วย 313,253 ราย พบว่าระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 9 วัน (1-29) เป็นเพศชาย ร้อยละ 66 ค่ามัธยฐาน CD4 168 เซลล์/ลบ.มม. (91-263) มีผู้ป่วย ร้อยละ 43 (27-72) ได้รับยาต้านไวรัส มัธยฐานเวลาที่ได้รับยาด้านไวรัสก่อนเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 11 เดือน (7-25) สาเหตุที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ การป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อแบคทีเรีย ประมาณร้อยละ 46 และ 31 ตามลำดับ

ข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่าระดับ CD4 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยกว่า 50 เซลล์/ลบ.มม. ซึ่งต่ำมาก โดยระดับ CD4 < 200 เซลล์/ลบ.มม. จะพบการติดเชื้อฉวยโอกาสได้มากขึ้น ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยถึงเสียชีวิตแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ น้อยกว่า 3 เดือน หรือมากกว่า 1 ปี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่เสียชีวิต ส่วนหนึ่งตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี เป็นครั้งแรก และมีอาการรุนแรงทำให้เสียชีวิต

อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ในกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับยาต้านถึงเสียชีวิตนั้น ส่วนใหญ่มากกว่า 1 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการได้รับยาต้านไวรัส สามารถทำให้มีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้ เทียบกับ ผลการศึกษาจากโรงพยาบาลรามาธิบดี¹⁴ พบว่า ผลการติดเชื้อดื้อยาอีกเสบปีรวมใกล้เคียงกัน (7.7, 8.7) และติดเชื้อดื้อยาอีกเสบซีร่วมสูงกว่า (13.5, 7.8) อาจเนื่องมาจากมีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดฉีดเข้าหลอดเลือด และมีนักโทษ ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HCV มากกว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 40 ได้รับยาต้านไวรัส ส่วนหนึ่งเกิดจากไม่มาติดตามการรักษาตามนัด เพื่อเริ่มยาต้านไวรัส หรือกำลังรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือผู้ป่วยมี $CD4 > 350$ เซลล์/ลบ.มม. ซึ่งแนวทางการให้ยาต้านไวรัสในไทย พ.ศ. 2553 พิจารณาให้ในผู้ป่วยทุกรายที่ $CD4 \leq 350$ เซลล์/ลบ.มม.¹⁵ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจปริมาณไวรัสในเลือด พบหลังได้ยาต้านไวรัสเพียง ร้อยละ 28.6 ซึ่งถือว่าน้อยมาก แสดงให้เห็นถึงมาตรฐานการรักษาที่ยังไม่ดีพอ หรือผู้ป่วยไม่มาตรวจติดตาม

จากข้อมูลเบื้องต้น การนำกลุ่มเสี่ยงมา คัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี หรือการเฝ้าระวัง และ ส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยความ สม่ัครงใจ และนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาที่เหมาะสม โดยเร็ว (early diagnosis and treatment) รวมถึงมีการ ประเมินการติดเชื้อร่วม และการติดเชื้อฉวยโอกาส รับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดการ ติดเชื้อฉวยโอกาส หรือการติดเชื้ออื่นๆ และลดอัตราการ เสียชีวิต ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ดีขึ้น รวมถึงป้องกันการติดต่อจากแม่สู่ลูก หรือคู่นอน

นอกจากนี้ยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว ในโรงพยาบาล และการรักษาอื่นๆ ได้เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีไม่ใช่เป็นเพียงโรคทางกาย แต่ยังส่งผล ถึงสภาวะจิตใจของผู้ป่วยเอง ครอบครัว ผู้ร่วมงาน การยอมรับจากสังคม

การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ต้องมีการ ดูแลแบบองค์รวม มีทั้งแพทย์ เภสัช พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ร่วมกันดูแล นอกจากนี้อาจต้อง ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น กรมราชทัณฑ์ เนื่องจากการศึกษานี้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่อยู่ใน เรือนจำ ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง รวมถึงมีโอกาส เสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรค และไวรัสตับอักเสบซี ได้มากขึ้น มีการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค และการดูแล ปฏิบัติตัวกับผู้ติดเชื้อ ตามสโลแกนของสำนัก โรคเอดส์ที่ว่า Getting to Zero ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ ไม่มีการตายเนื่องจากเอดส์ ไม่มีการตีตรา และเลือกปฏิบัติ

สรุป

จากผลการศึกษา ผู้ป่วยที่เข้ามารับการ รักษาส่วนใหญ่เข้ามารับการรักษาค่อนข้างช้า พบค่า $CD4$ อยู่ในระดับต่ำ การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก การติดเชื้อฉวยโอกาส โดยพบวัณโรคมากที่สุด ซึ่ง การติดเชื้อมักพบมากขึ้นเมื่อ $CD4$ ต่ำลง การนำ กลุ่มเสี่ยงมาคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และส่งเสริม การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสม่ัครงใจ และนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาที่เหมาะสมโดย เร็ว นั้น ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม โดยสหวิชาชีพ จะทำให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร และความสูญเสียจากการเจ็บป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อมูลที่ต้องการศึกษาไม่สามารถเก็บได้ครบ เนื่องจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก บางส่วนสูญหายหรือถูกทำลาย ไม่สามารถดูข้อมูลจากโปรแกรม NAP ในผู้ป่วยบางคน รวมถึงผู้ป่วยบางส่วนเป็นนักโทษ ไม่มีประวัติการรักษาก่อนหน้านี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์โลกเชษฐ์ ฐนสุกาญจน์ ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ แผนกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยใน และเวชสถิติ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ในการค้นหาข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Greene WC. A history of AIDS: looking back to see ahead. Eur J Immunol 2007;37 Suppl 1:S94-102.
- People living with HIV (all age). UNAIDS. [Online]. 2015 [cited 2015 Sep 5]. Available from: URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.
- New HIV infection. UNAIDS. [Online]. 2015 [cited 2015 Sep 5]. Available from: URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.
- HIV prevalence among adult (15-49). UNAIDS. [Online]. 2015 [cited 2015 Sep 5]. Available from: URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.
- HIV related deaths (all ages). UNAIDS [Online]. 2015 [cited 2015 Sep 5]. Available from: URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.
- แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี 2557. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
- Feng RF, Ma Y, Liu ZF, et al. Specific causes of death among 381 AIDS patients who died in hospital. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2013;34:1237-41.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2557. [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก: URL: https://www.m-society.go.th/article_attach/13373/17464.pdf.
- กระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. เอกสารประกอบการนำเสนอการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2558 วันที่ 24-26 กุมภาพันธ์ 2558. สมุทรสาคร; 2558: 7.
- Global fact sheet: HIV/AIDS. 20th International AIDS Conference; 2014 July 20-25; Melbourne, Australia. [cited 2015 Sep 5]. Available from: URL: http://www.aids2014.org/webcontent/file/AIDS2014_Global_Factsheet_April_2014.

12. Lee SH, Kim KH, Lee SG, et al. Causes of death and risk factors for mortality among HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy in Korea. J Korean Med Sci 2013;28:990-7.
13. Kerby C, Shubber Z, Meintjes G, et al. Causes of hospitalization among people living with HIV: a global review. [poster]. World Health Organization; 2015: poster number MOPEB169.
14. Sungkanuparph S, Vibhagool A, Manosuthi W, et al. Prevalence of hepatitis B virus and hepatitis C virus co-infection with human immunodeficiency virus in Thai patients: a tertiary-care-based study. J Med Assoc Thai 2004;87:1349-54.
15. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระดับชาติ ปีพ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.