

ลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่อายุมากกว่า 50 ปี โรงพยาบาลหัวหิน พ.ศ. 2561–2562 Clinical Characteristics and Outcomes of Older People Living with HIV in Hua Hin Hospital, 2018–2019

พรชนัน ดุริยะประพันธ์ พ.บ.,
วท.ม. (ระบาดวิทยา)
วว. วิสัญญีวิทยา
กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา
โรงพยาบาลหัวหิน
ประจวบคีรีขันธ์

Pornchanan Duriyaprapan M.D.,
M.Sc. Epidemiology,
Dip., Thai Board of Anesthesiology
Division of Anesthesiology
Hua Hin Hospital
Prachuap Khiri Khan

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีชีวิตที่ยาวนานขึ้น รวมถึงพบภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ ตามอายุที่มากขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวียังมีอยู่จำกัด ดังนั้นวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ คือเพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิก และการใช้บริการทางการแพทย์ต่าง ๆ ของประชากรกลุ่มนี้ รวมถึงประเมินประสิทธิภาพของการดูแลรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยศึกษาข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อายุมากกว่า 50 ปี ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 30 มิถุนายน 2562 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Spearman correlation เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วมที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์และการใช้บริการทางการแพทย์ด้านอื่นๆ ของโรงพยาบาล และใช้ chi-square และ Fisher exact test เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี

ผลการศึกษา: จากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 307 คน พบว่าร้อยละ 49.2 มีภาวะโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค และร้อยละ 22.5 มีภาวะโรคร่วมมากกว่า 2 ชนิด โดยผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 94.5 และกดไวรัสสำเร็จร้อยละ 97.9 จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า จำนวนของภาวะโรคร่วมสัมพันธ์กับจำนวนยาที่ใช้ประจำ อัตราการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก และการนอนโรงพยาบาล โดยเพศ อายุ และผล CD4 ล่าสุดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาต่อเนื่อง (retention in care) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

สรุป: จากผลการศึกษาแสดงถึงลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงภาวะโรคร่วมที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์ และเนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพจึงมีความสำคัญอย่างมาก เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตที่ยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: เอชไอวี เอดส์ ผู้สูงอายุ โรคร่วม ลักษณะทางคลินิก

วารสารแพทยเขต 4-5 2564 ; 40(3) : 347–59.

Abstract

Objective: With the advent of antiretroviral therapy (ART), HIV-positive people are living longer lives with conditions associated with aging. Nevertheless, limited information regarding this older population exists. This study aimed to characterize the clinical status, healthcare service utilization and the outcome of patients diagnosed with HIV above the age of 50 and associated factors.

Methods: A cross-sectional study was conducted at Hua Hin Hospital. The data of patients who visited at the HIV clinic from 1 July 2018 to 30 June 2019 were extracted from the electronic medical records. We assessed the clinical characteristics including chronic comorbidities and treatment outcomes. The data were analyzed using Spearman correlation, chi-square test and Fisher exact test to explore the association between variables of interest with statistical significance at .05.

Results: The total of 307 HIV patients were included in this study which 49.2% of them had at least 1 comorbidity and 22.5% had more than 2 non-AIDS related comorbidities. Almost all were retained in care (94.5%) and virally suppressed (97.9%). The statistical analyses showed a number of comorbidities associated with amount of comedication, OPD visit and hospitalization. Moreover; gender, age, and CD4 count were also associated with being retained in care (p -value < .05).

Conclusion: The finding underscores significant characteristics and chronic comorbidities in older HIV patients. Accordingly, comprehensive interdisciplinary care approach is warranted due to the complexity of clinical care in this aging population.

Key words : HIV, AIDS, aging, comorbidity

Received : Nov 2, 2020; Revised : Dec 16, 2020; Accepted : Feb 25, 2021

Reg 4-5 Med J 2021 ; 40(3) : 347–59.

บทนำ

จากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV; Human Immunodeficiency Virus) สามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรอง และรักษาด้วยยาต้านไวรัส (antiretroviral drug, ARV) ได้มากขึ้น ทำให้การเสียชีวิตจากภาวะโรคที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ในปัจจุบันลดลงทั่วโลกถึงร้อยละ 33 เมื่อเทียบกับสถิติของปี 2553¹ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี (people living with HIV, PLHIV) ที่ได้รับ

ยาต้านไวรัสและกดไวรัสสำเร็จ มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นและคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยพบว่าช่วงอายุขัยนั้นใกล้เคียงกับประชากรปกติ² และอัตราส่วนของผู้ติดเชื้อที่อายุมากกว่า 50 ปีทั่วโลก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 17 ในปี 2559 ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นอีกในอนาคต³ สำหรับประเทศไทยนั้นเป็นหนึ่งในประเทศรายได้ปานกลางที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานเรื่องโรคเอชไอวีหรือเอดส์ ในปี 2562

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีประมาณ 480,000 ราย หรือร้อยละ 1.1 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ หรือคิดเป็นสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 9 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก⁴ โดยจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ลดลงเหลือเพียง 14,000 รายต่อปี หรือลดลงร้อยละ 39 จากปี 2553⁵

อย่างไรก็ตามในกลุ่มประชากรสูงอายุ ยังมีความท้าทายอย่างยิ่งในการวินิจฉัยและการดูแลรักษา เนื่องจากอาการของโรคเอชไอวีในระยะท้าย เช่น อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ระบบประสาทเสื่อม นั้นคล้ายคลึงกับอาการที่เกิดจากความชราภาพของร่างกาย ทำให้ได้รับการวินิจฉัยและเข้าถึงบริการการรักษาที่ล่าช้า ส่งผลให้การรักษาโรคเอชไอวีไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร⁶ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อมีโอกาที่จะเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยเฉพาะโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคจากความเสื่อมของระบบประสาทและมะเร็ง จากกระบวนการชราภาพที่เร็วกว่าปกติ (premature aging) จากการกระตุ้นภูมิคุ้มกันแบบเรื้อรัง (chronic immune activation) และภาวะอักเสบอย่างต่อเนื่องซึ่งเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลานาน⁷ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าประชากรกลุ่มนี้มีความชุกของภาวะโรคเรื้อรังที่ไม่เกี่ยวข้องกับเอดส์ (non-AIDS-related comorbidities) มากกว่า และเริ่มมีอาการของโรคเร็วกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรปกติ⁸⁻¹¹ ดังนั้นเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันจึงได้เปลี่ยนมาเน้นด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีในระยะยาว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

โรงพยาบาลหัวหินเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล ขนาด 340 เตียง ให้บริการประชาชนในพื้นที่อำเภอหัวหินเป็นหลัก และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรับส่งต่อ

ผู้ป่วยซับซ้อนจากโรงพยาบาลชุมชนข้างเคียง ในปี 2562 คลินิกเอชไอวีขึ้นทะเบียนและให้การรักษาก่อนหน้านี้ทั้งหมด 1,376 ราย จากจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด 4,000 ราย ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์¹² แต่เนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และข้อมูลเกี่ยวกับประชากรกลุ่มนี้ยังมีอยู่อย่างจำกัด ข้อมูลพื้นฐานเชิงประจักษ์จึงมีความจำเป็นเพื่อใช้วางแผนกลยุทธ์ การพัฒนานโยบาย และการจัดสรรทรัพยากร วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษา ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลหัวหิน โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ไม่เกี่ยวข้องกับเอดส์ การใช้บริการทางการแพทย์ด้านต่างๆ 2) ศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี (HIV treatment cascade) โดยดูสัดส่วนของผู้ป่วยที่มารับการรักษาต่อเนื่อง (retention in care) และการกดไวรัสสำเร็จ (viral suppression) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของการรักษาทั้งสองด้าน และ 3) หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคเรื้อรังที่ไม่เกี่ยวข้องกับเอดส์ กับการใช้บริการทางการแพทย์ด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาและประชากร

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน 2562 หลังจากได้รับการอนุมัติจาก Institutional Review Board (IRB) ของ University of California, Los Angeles และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อายุมากกว่า 50 ปี และมารับการรักษาที่คลินิกเอชไอวีระหว่าง 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 30 มิถุนายน 2562 ผู้ป่วยจะถูก

คัดออกจากการศึกษาในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือเสียชีวิตก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของคลินิกเอชไอวี และฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยได้ดึงข้อมูลของผู้เข้าร่วมการศึกษาจาก International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) รหัสวินิจฉัย B20-24 และทะเบียนนัดผู้ป่วยของคลินิกเอชไอวี และสำหรับภาวะโรคร่วมที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์นั้น ผู้วิจัยใช้การวินิจฉัยจากเวชระเบียน ร่วมกับผลทางห้องปฏิบัติการ และรหัสวินิจฉัย ICD-10 และได้ทำการตรวจสอบเพื่อเป็นการยืนยันการวินิจฉัยอีกครั้ง เพื่อป้องกันความผิดพลาดของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน โดยไม่มีการติดต่อกับผู้ป่วยโดยตรงตลอดการเก็บข้อมูล

การวัดประสิทธิผล

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้วัดตัวแปรด้านข้อมูลทั่วไป และลักษณะทางคลินิก ดังต่อไปนี้ 1) ข้อมูลด้านประชากร ได้แก่ เพศ, อายุ, เชื้อชาติ, ดัชนีมวลกาย (BMI), สิทธิการรักษา และการใช้บริการด้านสุขภาพ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 2) ข้อมูลด้านเอชไอวี ได้แก่ ยาต้านไวรัสที่ผู้ป่วยได้รับ, ค่า CD4, ปริมาณไวรัส (viral load), ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี (ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย) และ 3) ภาวะโรคร่วมไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์ที่พบได้ในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคไขมันในเลือดสูง, โรคอ้วน, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, โรคทางระบบประสาท (โรคลมชัก, โรคสมองเสื่อม หรือโรคพาร์กินสัน), โรคตับ (ไวรัสตับอักเสบบี, ไวรัสตับอักเสบซี หรือตับแข็ง), โรคไตวายเรื้อรัง, โรคทางกระดูก (โรคกระดูกบาง หรือโรคกระดูกพรุน) และโรคเมร็งที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับเอชไอวี และข้อมูลจำนวนยาร่วมที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ นอกเหนือไปจากยาต้านไวรัส โดย multimorbidity หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์มากกว่า 2 โรคขึ้นไป¹³ และ polypharmacy หมายถึง การใช้ยาร่วมกันหลายขนานมากกว่า 5 ชนิดขึ้นไป¹⁴

สำหรับประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามว่า retention in care หมายถึง ผู้ป่วยมารับการรักษาโรคเอชไอวีต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี โดยที่นัดห่างกัน 3 เดือน และ viral suppression หมายถึง viral load น้อยกว่า 200 copies/ml¹⁵

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ผู้วิจัยทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลด้านลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยด้วย exploratory data analysis (EDA) เพื่อศึกษาการกระจายตัวของตัวแปรต่างๆ สำหรับข้อมูลตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) แสดงผลโดย ค่าเฉลี่ย (mean), ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation), มัธยฐาน (median) และพิสัย (range) ตามลักษณะการกระจายตัวของข้อมูล และตัวแปรแบบกลุ่ม (categorical variable) แสดงผลโดยความถี่และร้อยละ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวีในด้านการรับการรักษาต่อเนื่องและการกดไวรัสสำเร็จ ด้วยการวิเคราะห์ chi-square test หรือ Fisher exact test ตามความเหมาะสม และคำนวณ Spearman correlation coefficient เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนของภาวะโรคร่วมที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์ และการใช้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล ได้แก่ คลินิกเอชไอวี, แผนกผู้ป่วยนอก, การนอนรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนยาร่วมของผู้ป่วย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า alpha 0.05 และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติ R version 3.6.3¹⁶

ผลการศึกษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 307 คนได้เข้าร่วมการศึกษานี้ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 22.3 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมดที่รับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกเอชไอวี ค่ามัธยฐานของอายุผู้ป่วยคือ 55 ปี (พิสัย 50–83.1 ปี) เป็นเพศชาย

139 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.3 เชื้อชาติไทย 300 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.7 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 22.3 kg/m^2 และผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า 193 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.9 นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของระยะการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 8.33 ปี โดยร้อยละ 26.4 ของผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีตอนอายุมากกว่า 50 ปี และค่ามัธยฐานของ CD4 แรกรับเท่ากับ 117 cells/mm^3

(พิสัย 1-1, 018) โดยร้อยละ 80.9 ของผู้ป่วยนั้นเข้าถึงบริการการดูแลรักษาซ้ำ (ค่า CD4 แรกรับ $< 350 \text{ cells/mm}^3$) และร้อยละ 59 มีประวัติของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ (AIDS-defining event) และค่ามัธยฐานของ CD4 ล่าสุดเท่ากับ 501.5 cells/mm^3 และผู้ป่วย 244 รายตรวจพบ viral load ล่าสุดต่ำกว่า 20 copies/ml ร้อยละ 83.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ และการติดเชื้อเอชไอวีของผู้เข้าร่วมการศึกษา

	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนทั้งหมด	307
อายุ (ปี), มัธยฐาน (พิสัย)	54.96 (50.01, 83.12)
เพศ	
ชาย	139 (45.3)
หญิง	168 (54.7)
เชื้อชาติ	
ไทย	300 (97.7)
พม่า	2 (0.7)
อื่น ๆ	5 (1.6)
BMI (kg/m^2), ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	22.30 ± 3.63
สิทธิการรักษา	
สิทธิหลักประกันสุขภาพ	193 (62.9)
สิทธิประกันสังคม	76 (24.8)
สิทธิข้าราชการ	30 (9.8)
อื่น ๆ	8 (2.6)
ระยะการติดเชื้อเอชไอวี (ปี), ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.33 ± 4.46
ค่า CD4 แรกรับ (cells/mm^3), มัธยฐาน (พิสัย)	117.00 (1.00, 1018.00)
เข้าถึงบริการการดูแลรักษาซ้ำ (CD4 แรกรับ $< 350 \text{ cells/mm}^3$)*	
ใช่	199 (81.0)
ไม่ใช่	47 (19.1)
ความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับเอดส์	
เคยมี	181 (59.0)
ไม่เคยมี	126 (41.0)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ และการติดเชื้อเอชไอวีของผู้เข้าร่วมการศึกษา (ต่อ)

	จำนวน (ร้อยละ)
ค่า CD4 ล่าสุด < 200 cells/mm ³ *	
ใช่	20 (6.7)
ไม่ใช่	280 (93.3)
ค่า CD4 ล่าสุด (cells/mm ³), มัธยฐาน (พิสัย)	501.50 (38.00, 1514.00)
ค่า CD4 ที่เปลี่ยนแปลง (cells/mm ³), มัธยฐาน (พิสัย)	345.00 (-582.00, 1273.00)
ข้อมูลขาดหาย	68
HIV viral load ล่าสุด*	
0–20 copies/ml	244 (83.8)
21–500 copies/ml	41 (14.1)
>500 copies/ml	6 (2.1)

BMI, body mass index; แสดงผลข้อมูลด้วยความถี่ และเปอร์เซ็นต์ ยกเว้นกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น; *ไม่ครบ 307 รายเนื่องจากมีข้อมูลขาดหาย

ข้อมูลการรักษาโรคเอชไอวีและการใช้บริการด้านสุขภาพแสดงในตารางที่ 2 โดยค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเท่ากับ 7.3 ปี และค่ามัธยฐานของระยะเวลาจากวินิจฉัยจนได้รับยาต้านไวรัสเท่ากับ 0.22 ปี สูตรยาต้านไวรัสที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด คือ nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) ร่วมกับ non-nucleoside reverse transcriptase

inhibitor (NNRTI) คิดเป็นร้อยละ 89.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกเอชไอวีเฉลี่ย 7 ครั้งต่อปี ร้อยละ 39.4 ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และร้อยละ 21 เข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยนั้นมารับการรักษาต่อเนื่อง (ร้อยละ 94.5) และกดไวรัสสำเร็จ (ร้อยละ 97.9)

ตารางที่ 2 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการใช้บริการด้านสุขภาพ

	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนทั้งหมด	307
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส (ปี), ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.27 ± 4.26
ระยะเวลาจากวินิจฉัยจนได้รับยาต้านไวรัส (ปี), มัธยฐาน (พิสัย)	0.22 (0.0–12.0)
สูตรยาต้านไวรัส*	
NRTI + NNRTI	274 (89.5)
NRTI + PI	31 (10.1)
PI	1 (0.3)

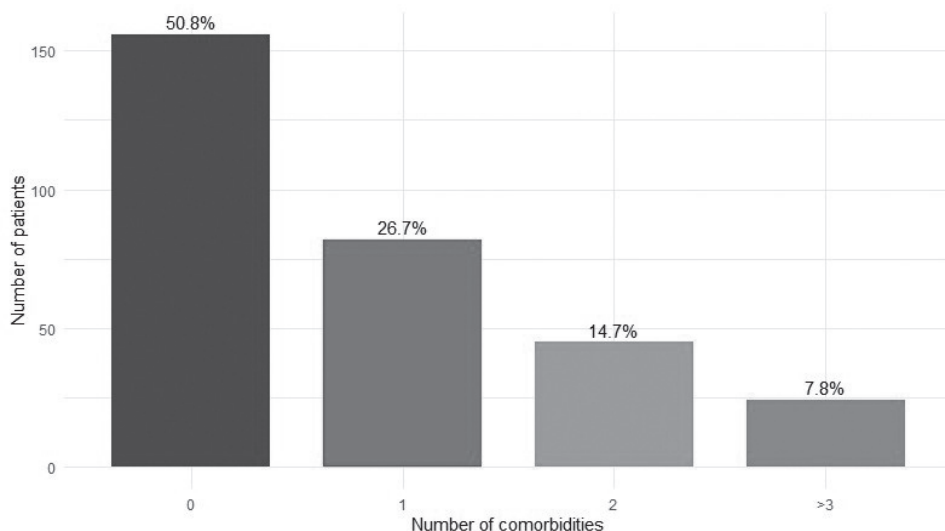
ตารางที่ 2 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการใช้บริการด้านสุขภาพ (ต่อ)

	จำนวน (ร้อยละ)
การใช้บริการด้านสุขภาพ	
คลินิกเอชไอวี	300 (97.7)
จำนวนครั้ง, ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (พิสัย)	7.04 $\pm$ 2.63 (1-15)
แผนกผู้ป่วยนอก	121 (39.41)
จำนวนครั้ง, ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (พิสัย)	3.66 $\pm$ 2.82 (1-15)
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	21 (6.84)
จำนวนครั้ง, ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (พิสัย)	1.1 $\pm$ 0.3 (1-2)

NRTI, nucleoside reverse transcriptase inhibitor; NNRTI, non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor; PI, protease inhibitor; *ผู้ป่วยปฏิเสธรับยาต้านไวรัส 1 ราย; แสดงผลข้อมูลด้วยความถี่ และเปอร์เซ็นต์ ยกเว้นกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น

จำนวนภาวะโรคร่วมที่ไม่เกี่ยวข้องกับเอดส์ แสดงในรูปที่ 1 และตารางที่ 3 โดยเกือบครึ่งของผู้ป่วย (ร้อยละ 49.2) มีภาวะโรคร่วมเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และผู้ป่วย 69 ราย (ร้อยละ 22.5) มีภาวะโรคร่วมมากกว่า 2 ชนิด (multimorbidity) สำหรับภาวะโรคร่วมที่ไม่เกี่ยวข้องกับเอดส์ที่พบมากที่สุดได้แก่

โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 33.9) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 21.5) และเบาหวาน (ร้อยละ 8.1) ตามลำดับ ซึ่งเกือบร้อยละ 70 ของผู้ป่วยได้รับยาาร่วมที่นอกเหนือไปจากยาต้านไวรัส และร้อยละ 34.5 มีการใช้ยาร่วมกันมากกว่า 5 ชนิดขึ้นไป (polypharmacy)



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและจำนวนภาวะโรคร่วมที่ไม่เกี่ยวข้องกับเอดส์

ตารางที่ 3 ภาวะโรคร่วมที่ไม่เกี่ยวข้องกับเอดส์

	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนทั้งหมด	307
โรคร่วมเรื้อรัง, จำนวน (%)	
ไขมันในเลือดสูง	104 (33.9)
ความดันโลหิตสูง	66 (21.5)
เบาหวาน	25 (8.1)
ไวรัสตับอักเสบบี	16 (5.2)
ไตวายเรื้อรัง	10 (3.3)
ภาวะอ้วน	7 (2.3)
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	5 (1.6)
ไวรัสตับอักเสบบี	5 (1.6)
มะเร็งที่ไม่เกี่ยวข้องกับเอดส์	3 (1.0)
หลอดเลือดสมอง	3 (1.0)
โรคหัวใจอื่น ๆ	2 (0.6)
ตับแข็ง	1 (0.3)
ลมชัก	1 (0.3)

จากการวิเคราะห์ตัวแปรสองตัว (bivariate analysis) เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี พบว่าเพศหญิง (OR = 4.23; 95% CI 1.34–13.2), อายุ < 55 ปี (OR = 3.53; 95% CI 1.12–11.1) และผล CD4 ล่าสุด

ที่มากกว่า 200 cells/mm³ (OR = 6.11; 95% CI 1.75–21.35) ได้รับการรักษาต่อเนื่องมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) ในขณะที่ไม่พบปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการกดไวรัสสำเร็จอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

	การมารับการรักษาต่อเนื่อง*			การกดไวรัสสำเร็จ*		
	n/N	OR (95%CI)	P-value	n/N	OR (95%CI)	P-value
เพศ						
หญิง	164/168	4.23	.016	159/162	1.26	>.999
ชาย	126/139	(1.34–13.2)		126/129	(0.25–6.4)	
อายุ						
< 55 ปี	151/155	3.53	.04	147/150	1.07	>.999
≥ 55 ปี	139/152	(1.12–11.1)		138/141	(0.21–5.37)	

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

	การมารับการรักษาต่อเนื่อง*			การกดไวรัสสำเร็จ*		
	n/N	OR (95%CI)	P-value	n/N	OR (95%CI)	P-value
BMI						
≥ 20 kg/m ²	214/225	1.28	.85	210/214	1.4	.66
< 20 kg/m ²	76/81	(0.43–3.8)		75/77	(0.25–7.8)	
ระยะเวลาเริ่มยาต้านไวรัสหลังได้รับการวินิจฉัย						
< 3 เดือน	126/131	1.6	.59	122/125	1.14	>.999
≥ 3 เดือน	107/114	(0.51–5.34)		107/110	(0.23–5.77)	
ค่า CD4 ล่าสุด						
≥ 200 cells/mm ³	269/280	6.11	.01	266/270	4.43	0.25
< 200 cells/mm ³	16/20	(1.75–21.35)		15/16	(0.47–42.16)	
ภาวะโรคร่วมที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์						
มี	142/151	0.85	.81	139/142	0.95	>.999
ไม่มี	148/156	(0.32–2.27)		146/149	(0.19–4.8)	

*ไม่ครบ 307 รายเนื่องจากมีข้อมูลขาดหาย

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation analysis) พบว่าการใช้บริการผู้ป่วยนอก ($r = 0.14$; $p\text{-value} = .01$) การรับการรักษาในโรงพยาบาล ($r = 0.15$; $p\text{-value} < .01$) และจำนวนของยาร่วมนอกเหนือไป

จากยาต้านไวรัส ($r = 0.8$; $p\text{-value} < .01$) สัมพันธ์กับจำนวนของภาวะโรคร่วมที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วมไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์ และการใช้บริการด้านสุขภาพ

ภาวะโรคร่วมไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์	Spearman correlation coefficient	P-value
คลินิกเอชไอวี	0.02	.72
แผนกผู้ป่วยนอก	0.14	.01
รับการรักษาในโรงพยาบาล	0.15	< .01
จำนวนของยาร่วม	0.8	< .01

วิจารณ์

งานวิจัยนี้ได้ศึกษาถึงลักษณะทางคลินิก โดยเฉพาะความชุกของภาวะโรคร่วมที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์ (non-AIDS related comorbidity) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อายุมากกว่า 50 ปี และประสิทธิภาพการรักษา ด้านการมารับการรักษาต่อเนื่องและการกดไวรัสสำเร็จ

โดยการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ของผู้เข้าร่วมการศึกษา ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและเข้าถึงบริการการดูแลรักษาค่อนข้างช้า โดยจะมาตรวจเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยภาวะที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ (AIDS-related illness) และตรวจพบค่า CD4 ต่ำแล้ว มีความเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะละเลยการตรวจคัดกรอง

เอชไอวี เนื่องจากมีความรู้ด้านเอชไอวี และการรับรู้ด้านความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่า^{17,18} เช่นเดียวกับการศึกษาของ Asher¹⁹ ที่พบว่า 1 ใน 5 ของผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับการวินิจฉัยหลังอายุ 50 ปี อย่างไรก็ตาม ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่าส่วนใหญ่ของผู้เข้าร่วมการศึกษานั้นมีระดับ CD4 ที่เพิ่มสูงขึ้นมารับการรักษาตามนัดต่อเนื่อง และสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ

เมื่อพิจารณาผลการรักษาโรคเอชไอวีในประชากรกลุ่มนี้ สัดส่วนของผู้ป่วยที่รับการรักษาต่อเนื่องและกดไวรัสสำเร็จนั้นผ่านเกณฑ์ 90–90–90 ของ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)²⁰ โดยพบว่าเพศหญิง, อายุที่มากกว่า 55 ปี และผล CD4 ล่าสุดมากกว่า 200 cells/mm³ มีการรับการรักษาต่อเนื่อง (retention in care) มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา^{21–23} อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบว่าปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย และระยะเวลาระหว่างการได้รับการวินิจฉัยและการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยขาดนัดการรักษา (loss to follow-up) ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Chinenye²³ และ Allam²⁴

สำหรับภาวะโรคร่วมที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์ ผลการศึกษาพบว่าเกือบครึ่งของผู้เข้าร่วมการศึกษามีโรคร่วมเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งชนิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในภูมิภาคเอเชีย^{25–27} ซึ่งพบว่า ความชุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมเรื้อรังมีค่าประมาณร้อยละ 40–60 โดยที่โรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wong et al.²⁸ ซึ่งความชุกของโรคเหล่านี้ใกล้เคียงกับผลของการศึกษาของกลุ่มผู้ติดเชื้อในภูมิภาคอาเซียนเช่นกัน^{25,26}

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนของยาร่วมเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนของโรคเรื้อรังที่มี รวมถึงสัมพันธ์

กับจำนวนครั้งของการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก และการรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Serrao et al.²⁹ ที่พบว่าจำนวนของโรคเรื้อรังนั้นสัมพันธ์กับจำนวนยาร่วมที่ผู้ป่วยใช้ แต่ไม่สอดคล้องในด้านการใช้บริการผู้ป่วยนอก และการรับการรักษาในโรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยมียาร่วมหลายชนิดทำให้มีความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยา และผลจากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interactions) มากขึ้น ถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะไม่ได้ประเมินค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพที่นอกเหนือไปจากการรักษาโรคเอชไอวี แต่เป็นที่คาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะโรคร่วมหลายโรคร่วมมีแนวโน้มที่จะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะโรคร่วมชนิดเดียวกัน³⁰

สำหรับข้อจำกัดของการศึกษานี้ เนื่องจากข้อมูลที่นำมาศึกษาเป็นข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะตัวแปรที่สำคัญบางตัวที่อาจมีผลต่อประสิทธิภาพการรักษา เช่น วิธีการติดต่อของโรค (mode of transmission) สถานะภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และระดับการศึกษา นอกจากนี้เมื่อพิจารณาด้านความเที่ยงตรงภายนอก (external validity) การสรุปอ้างอิงผลของการศึกษานี้กับกลุ่มประชากรอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกันอาจให้ผลที่ไม่แม่นยำได้ นอกจากนี้ เนื่องจากระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษานี้ไม่มีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานเพียงพอ จึงไม่สามารถสรุปอ้างอิงสาเหตุ (causal inference) จากผลการศึกษาได้ได้เพียงแค่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ เท่านั้น

สำหรับการทำงานวิจัยในอนาคต อาจทำการการศึกษาเพิ่มเติมโดยการเปรียบเทียบด้านลักษณะทางคลินิกและผลการรักษากับกลุ่มประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อายุน้อยกว่า เพื่อให้ทราบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ หรือเปรียบเทียบความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะโรคร่วมต่าง ๆ กับประชากรที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อดูผลของการติดเชื้อเอชไอวีต่อภาวะโรคร่วมเรื้อรังเหล่านี้

รวมถึงศึกษาด้านภาวะเปราะบาง (frailty) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยกลุ่มนี้นอกเหนือไปจากการรักษาโรคเอชไอวี

สรุป

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงลักษณะทางคลินิกของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและภาวะโรคร่วมไม่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์ รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง และเน้นให้เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองและให้ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีกับกลุ่มประชากรวัยกลางคน ถึงแม้ว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มารับการรักษาต่อเนื่อง และกดไวรัสได้สำเร็จ การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีความซับซ้อนมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ทั้งผลข้างเคียงการใช้ยาพร้อมหลายขนานและมิติด้านจิตสังคม เพราะฉะนั้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพจึงมีความสำคัญอย่างมาก เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตที่ยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- (UNAIDS) JUNPoHA. Global HIV & AIDS statistics — 2019 fact sheet. 2019 [cited 2020 April 1, 2020]; Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- May MT, Gompels M, Delpech V, Porter K, Orkin C, Kegg S, et al. Impact on life expectancy of HIV-1 positive individuals of CD4+ cell count and viral load response to antiretroviral therapy. AIDS (London, England) 2014;28(8):1193–202.
- (UNAIDS) JUNPoHA. UNAIDS/PCB (39)/16.26 Agenda11: HIV and ageing 2016.
- AVERT. HIV and AIDS in Thailand. 2020 [cited 2020 April 1, 2020]; Available from: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/asia-pacific/thailand>
- (UNAIDS) JUNPoHA. Thailand: 2018 Country Factsheet. 2018 [cited 2020 March 20]; Available from: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/thailand>.
- Eduardo E, Lamb MR, Kandula S, et al. Characteristics and Outcomes among Older HIV-Positive Adults Enrolled in HIV Programs in Four Sub-Saharan African Countries. PLOS ONE 2014;9(7):e103864.
- Wing EJ. HIV and aging. International Journal of Infectious Diseases 2016;53:61–8.
- Patel P, Rose CE, Collins PY, et al. Noncommunicable diseases among HIV-infected persons in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. AIDS (London, England) 2018;32 Suppl 1(Suppl 1):S5–S20.
- Bijker R, Choi JY, Ditangco R, et al. Cardiovascular Disease and Cardiovascular Disease Risk in HIV-Positive Populations in the Asian Region. The open AIDS journal 2017;11:52–66.
- Schouten J, Wit FW, Stolte IG, et al. Cross-sectional Comparison of the Prevalence of Age-Associated Comorbidities and Their Risk Factors Between HIV-Infected and Uninfected Individuals: The AGEHIV Cohort Study. Clinical Infectious Diseases 2014;59(12):1787–97.

11. Guaraldi G, Orlando G, Zona S, et al. Premature Age-Related Comorbidities Among HIV-Infected Persons Compared With the General Population. *Clinical Infectious Diseases* 2011;53(11):1120–6.
12. Bureau of registration administration Mol, Thailand. Official Statistics Registration System. 2019 [cited 2020 April 1, 2020]; Available from: <http://www.bora.dopa.go.th/index.php/th/>
13. Fortin M, Stewart M, Poitras M-E, et al. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Annals of family medicine* 2012;10(2):142–51.
14. Gnjjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology* 2012;65(9):989–95.
15. Kay ES, Batey DS, Mugavero MJ. The HIV treatment cascade and care continuum: updates, goals, and recommendations for the future. *AIDS research and therapy* 2016;13:35-.
16. Team RC. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2020.
17. Savasta A. HIV: Associated Transmission Risks in Older Adults–An Integrative Review of the Literature. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC* 2004;15:50–9.
18. Youssef E, Wright J, Delpach V, et al. Factors associated with testing for HIV in people aged ≥ 50 years: a qualitative study. *BMC Public Health* 2018;18(1):1204.
19. Asher I, Guri KM, Elbirt D, et al. Characteristics and Outcome of Patients Diagnosed With HIV at Older Age. *Medicine* 2016;95(1):e2327–e.
20. (UNAIDS) JUNPoHA. 90–90–90 – An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. 2017 [1/10/2020]; Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90–90–90>
21. Koole O, Tsui S, Wabwire-Mangen F, et al. Retention and risk factors for attrition among adults in antiretroviral treatment programmes in Tanzania, Uganda and Zambia. *Tropical medicine & international health : TM & IH* 2014;19(12):1397–410.
22. Thida A, Tun STT, Zaw SKK, et al. Retention and risk factors for attrition in a large public health ART program in Myanmar: a retrospective cohort analysis. *PloS one* 2014;9(9):e108615-e.
23. Chinenye U, Nwanneka O, Patrick D, et al. Correlates of Patient Retention in HIV Care and Treatment Programs in Nigeria. *Current HIV Research* 2015;13(4):300–7.
24. Allam RR, Murhekar MV, Bhatnagar T, et al. Survival probability and predictors of mortality and retention in care among patients enrolled for first-line antiretroviral therapy, Andhra Pradesh, India, 2008–2011. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2014;108(4):198–205.

25. Ruzicka DJ, Imai K, Takahashi K, et al. Comorbidities and the use of comedications in people living with HIV on antiretroviral therapy in Japan: a cross-sectional study using a hospital claims database. *BMJ Open* 2018;8(6):e019985.
26. Wu P-Y, Chen M-Y, Hsieh S-M, et al. Comorbidities among the HIV-infected patients aged 40 years or older in Taiwan. *PloS one* 2014;9(8):e104945-e.
27. Nakaranurack C, Manosuthi W. Prevalence of Non-AIDS Comorbidities and Factors Associated with Metabolic Complications among HIV-Infected Patients at a Thai Referral Hospital. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care* 2018;17:2325957417752256-.
28. Wong C, Gange SJ, Moore RD, et al. Multimorbidity Among Persons Living with Human Immunodeficiency Virus in the United States. *Clinical Infectious Diseases* 2017;66(8):1230–8.
29. Serrão R, Piñero C, Velez J, et al. Non-AIDS-related comorbidities in people living with HIV-1 aged 50 years and older: The AGING POSITIVE study. *International Journal of Infectious Diseases* 2019;79:94–100.
30. Lachaine J, Baribeau V, Lorgeoux R, et al. Health Care Resource Utilization And Costs Associated With HIV-Positive Patients With Comorbidity Versus HIV-Negative Patients With Comorbidity. *Value in Health* 2017;20(9):A791.

