

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง จากเวชระเบียน (Retrospective chart review) เพื่อศึกษา การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุข 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลบาราศนราศวร โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา รวมทั้งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสกับข้อมูลด้านการ รักษา และข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ตั้งแต่ เดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม 2539 จำนวน 738 คน (ทุกคน) โดย ติดตามการรักษาจนถึง เดือนพฤศจิกายน 2542 และผู้ป่วยที่สิ้นสุดการรักษาก่อนเดือนพฤศจิกายน 2542 ติดตามการรักษาถึงการรักษาค้นสุดท้าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่มี รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลด้านการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ระยะเวลาของการเก็บบันทึกข้อมูลตั้งแต่ เดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2542 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows ศึกษาคุณลักษณะและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และใช้โปรแกรม STATA 5.0 ศึกษาข้อมูลด้านการรักษา และข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็น ข้อมูลระยะยาว และใช้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านการรักษา และข้อมูลลักษณะทาง ประชากรของผู้ป่วย กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ตัวแปรอิสระ ได้แก่ รูปแบบของการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสเอดส์ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ระดับ CD4+ cell การได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อ ฉวยโอกาส อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส สิทธิในการรักษาพยาบาล และพฤติกรรมเสี่ยง ตัวแปรตามคือ การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ค่า มัธยฐาน (Median) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่าร้อยละ ใช้สถิติ Logistic regression model applying Generalized Estimating Equation (GEE) วิเคราะห์ข้อมูล ด้านการรักษา และข้อมูลลักษณะทางประชากร กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และวิเคราะห์ หาค่า Chi-square และ p-value เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านการรักษา และข้อมูล

ลักษณะทางประชากร กับ การเกิดโรคติดต่ออวยโอกาส ซึ่งการใช้สถิติดังกล่าวมีความเหมาะสม สามารถตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัยครั้งนี้ ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายถึงร้อยละ 72.6 อายุเฉลี่ย 32.5 ปี ร้อยละ 98.2 นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.1 โสด ร้อยละ 37.4 และร้อยละ 6.2 ที่ หม้าย/หย่า/แยก ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1 มีอาชีพรับจ้าง จำนวนครั้งที่มาติดตามการรักษาเฉลี่ย (Mean number visit) 16.5 ครั้ง ระยะเวลาที่มาติดตามการรักษาเฉลี่ย (Mean follow up time) 18.9 เดือน ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์มีน้ำหนักตัวเฉลี่ยเท่ากับ 55.3 กิโลกรัม สำหรับสิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ร้อยละ 46.5

เมื่อแยกผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ออกในแต่ละโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้ง 3 โรงพยาบาล เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 26-35 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ มีอาชีพรับจ้าง สำหรับสิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ร้อยละ 88.1 ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศ และร้อยละ 3.7 ติดจากยาเสพติด ค่า Median ของระยะเวลาที่รู้ว่ามี การติดเชื้อจนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 เดือน

ร้อยละ 29.7 ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ยังคงมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยขาดการรักษาติดต่อกันนานกว่า 2 เดือน ร้อยละ 42.3 แพทย์เห็นสมควรให้หยุดการรักษา ร้อยละ 15.7 ผู้ป่วยหยุดการรักษาเองร้อยละ 3.5 และเสียชีวิต ร้อยละ 7.0

จากการติดตามผู้ป่วยทั้งหมดว่ายังมีชีวิตอยู่ หรือว่าเสียชีวิตแล้ว ทราบว่าร้อยละ 49.7 ยังคงมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 23.7 เสียชีวิตแล้ว และไม่รู้ว่ายังคงมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิต ร้อยละ 26.6 ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วยและทะเบียนราษฎร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษา กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ ความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส กับการรักษา มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ เมื่อเริ่มได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนใหญ่อยู่ในระยะเป็นโรคเอดส์ (ร้อยละ 70.1) รองลงมาเป็นระยะติดเชื้อที่ไม่ปรากฏอาการ (ร้อยละ 26.8) และระยะติดเชื้อที่ปรากฏอาการ (ร้อยละ 4.1) หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ แล้ว ร้อยละ 74.4 อยู่ในระยะเป็นโรคเอดส์ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงระยะของการติดเชื้อในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

2. มีผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 335 คน (ร้อยละ 45.4) โดยที่เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 1 ครั้ง ร้อยละ 81.5, 2 ครั้ง ร้อยละ 14.6 และ 3 ครั้ง ร้อยละ 3.9

3. ขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ จะเป็น Oral candidiasis เป็นลำดับที่ 1 (ร้อยละ 27.3) อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 9.6 /100 คน-ปี Median CD4+ cell = 40 cells/cu.mm ลำดับที่ 2 เป็น Pruritic papular eruption ร้อยละ 16.3 อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 5.7 /100 คน-ปี Median CD4+ cell = 90 cells/cu.mm. ลำดับที่ 3 เป็น Tuberculosis ร้อยละ 15.1 อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 5.3 /100 คน-ปี Median CD4+ cell = 80 cells/cu.mm. ลำดับที่ 4 เป็น Cryptococcosis ร้อยละ 12.5 อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 4.4 /100 คน-ปี Median CD4+ cell = 20 cells/cu.mm. ลำดับที่ 5 เป็น Herpes zoster ร้อยละ 8.6 อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 3.0 /100 คน-ปี Median CD4+ cell = 90 cells/cu.mm.

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเป็นโรคเอดส์ ส่วนใหญ่ จะมีอาการของ Oral candidiasis ร้อยละ 26.6 รองลงมาเป็น Pruritic papular eruption ร้อยละ 16.9, Tuberculosis ร้อยละ 15.6 , Cryptococcosis ร้อยละ 13.2 และ Herpes zoster ร้อยละ 7.4

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะติดเชื้อที่ปรากฏอาการ จะมีอาการของ Oral candidiasis ร้อยละ 35.5 รองลงมาเป็น Herpes zoster ร้อยละ 26.6, Pruritic papular eruption ร้อยละ 9.7 และ Tuberculosis ร้อยละ 15.6 ระยะของการติดเชื้อในผู้ป่วยนั้นมีความสัมพันธ์กับ การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในระยะโรคเอดส์มากที่สุด คือ 48.5/100 คน-ปี

5. ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้รับการรักษาในสูตรยาแบบ ยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดเดียว (Monotherapy) ร้อยละ 60.7 อุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เท่ากับ 60/100 คน-ปี โรคติดเชื้อฉวยโอกาสส่วนใหญ่คือ Oral candidiasis ร้อยละ 27.9 รองลงมาเป็น

ยาต้านไวรัสเอดส์สองชนิดพร้อมกัน (Double therapy) ร้อยละ 17.8 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เท่ากับ 10/100 คน-ปี โรคติดเชื้อฉวยโอกาสส่วนใหญ่คือ Oral candidiasis (ร้อยละ 35.0) และ เมื่อรักษาไปได้ระยะหนึ่ง มีการเปลี่ยนแปลงสูตรการรักษา โดยส่วนใหญ่เปลี่ยนจากยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดเดียวเป็นยาต้านไวรัสเอดส์สองชนิดพร้อมกัน ร้อยละ 18.3 และในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสูตรยา พบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เท่ากับ 20/100 คน-ปี โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบคือ Oral candidiasis และ Pruritic papular eruption ร้อยละ 23.4 รูปแบบของการรักษามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มที่รักษาในสูตรยาแบบยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดเดียวมากที่สุด

6. ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึง 10 เดือน พบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อยู่ในเกณฑ์สูง คือ 160.7/100 คน-ปี และส่วนใหญ่จะมีอาการของ Oral candidiasis (ร้อยละ 28.3) เมื่อรักษาได้มากกว่า 10 เดือน ถึง 20 เดือน พบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง เหลือ 60.8 /100 คน-ปี ยังคงพบว่าส่วนใหญ่มีอาการของ Oral candidiasis (ร้อยละ 23.8) เมื่อรักษาได้มากกว่า 20 เดือน ถึง 30 เดือน พบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเท่ากับ 31.9/100 คน-ปี อาการส่วนใหญ่ยังคงเป็น Oral candidiasis (ร้อยละ 23.8) และเมื่อรักษาได้มากกว่า 30 เดือน พบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเท่ากับ 4.0/100 คน-ปี อาการส่วนใหญ่เป็น Herpes zoster (ร้อยละ 22.2) ในระยะเวลาของการรักษานี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในกลุ่มที่เริ่มรักษาจนถึง 10 เดือนมากที่สุด

7. ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระดับ CD4+ cell ต่ำกว่า 200 cells/cu.mm. และ ระดับ CD4+ cell เท่ากับ 200-499 cells/cu.mm ส่วนใหญ่จะมีอาการของ Oral candidiasis รองลงมาคือ Pruritic papular eruption และ Tuberculosis สำหรับผู้ที่มีระดับ CD4+ cell มากกว่า 500 cells/cu.mm. ไม่พบโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

8. มีผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ร้อยละ 74.1 ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 25.9 ไม่ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.4) ได้รับยาป้องกัน *Pneumocystis carinii* pneumonia และผู้ที่ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่ในระยะเป็นโรคเอดส์ ร้อยละ 62.4 รองลงมาเป็นระยะ ไม่ปรากฏอาการร้อยละ 8.8 โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่ยังคงพบมากที่สุดคือ Oral candidiasis รองลงมาเป็น Cryptococcosis

ผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกัน *Pneumocystis carinii* pneumonia ยังพบว่าร้อยละ 3.1 ป่วยเป็น *Pneumocystis carinii* pneumonia และผู้ที่ได้รับยาป้องกัน *Pneumocystis carinii* pneumonia

(PCP) ร่วมกับยาป้องกัน Cryptococcosis ยังคงป่วยเป็น Pneumocystis carinii pneumonia ร้อยละ 14.3 และ Cryptococcosis ร้อยละ 28.6

อุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ที่ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเท่ากับ 49.6/100 คน-ปี, และผู้ที่ไม่ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเท่ากับ 9.6/100 คน-ปี

การได้รับยาป้องกันและไม่ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.036$) โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มที่ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และ ผู้ป่วยโรคเอดส์ กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส กับข้อมูลลักษณะทางประชากร

1. อุตบัติการณ์ของการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง คือ ผู้ชาย 42.1/100 คน-ปี, และผู้หญิง 23.5/100 คน-ปี ส่วนใหญ่ผู้ชายมีอาการของ Oral candidiasis (ร้อยละ 25.9) รองลงมาเป็น Tuberculosis (ร้อยละ 16.6) สำหรับผู้หญิง ส่วนใหญ่มีอาการของ Oral candidiasis (ร้อยละ 31.4) เช่นเดียวกัน รองลงมาเป็น Pruritic papular eruption (ร้อยละ 18.6) และเพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ชายมากที่สุด

2. โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในทุกกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่เป็น Oral candidiasis รองลงมาเป็น Pruritic papular eruption, Tuberculosis, Cryptococcosis, และ Herpes zoster อุตบัติการณ์ของการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสค่อนข้างสูงในกลุ่มอายุ >55 ปี คือ 44.1/100 คน-ปี, กลุ่มอายุ 46-55 ปี เท่ากับ 39.0/100 คน-ปี, กลุ่มอายุ 36-45 ปี เท่ากับ 37.1/100 คน-ปี, กลุ่มอายุ 26-35 ปี เท่ากับ 36.5/100 คน-ปี และกลุ่มอายุ 18-25 ปี เท่ากับ 27.7/100 คน-ปี การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ($p=0.339$)

3. ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีอาการของ Oral candidiasis ร้อยละ 27.9 และโสด ร้อยละ 27.1 สำหรับผู้ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก ส่วนใหญ่มีอาการของ Herpes zoster ร้อยละ 36.4 อุตบัติการณ์ของการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ เท่ากับ 35.7/100 คน-ปี, โสดเท่ากับ 27.7/100 คน-ปี, และหม้าย/หย่า/แยก เท่ากับ 24.4/100 คน-ปี,

สถานภาพสมรสของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และ ผู้ป่วยโรคเอดส์เหล่านี้ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ($p=0.270$)

4. ผู้ที่มีอาชีพรับจ้าง ส่วนใหญ่พบเป็น Oral candidiasis ร้อยละ 31.6 เช่นเดียวกับอาชีพค้าขายพบ ร้อยละ 19.0 อาชีพงานบ้านพบ ร้อยละ 25.0 อาชีพพนักงานพบ ร้อยละ 35.3 สำหรับอาชีพรับราชการ ส่วนใหญ่พบเป็น Pruritic papular eruption ร้อยละ 22.5 ผู้ที่ไม่มีอาชีพพบเป็น Tuberculosis ร้อยละ 22.2 อุบัติการณ์ของการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ที่มีอาชีพงานบ้านสูงกว่าอาชีพอื่น คือ 55.3/100 คน-ปี และพบว่าการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับอาชีพของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และ ผู้ป่วยโรคเอดส์เหล่านี้ ($p=0.209$)

5. ทางด้านการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล ถึงแม้ว่าจะใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่ก็พบว่า เป็น Oral candidiasis รองลงมาเป็น Cryptococcosis, Tuberculosis, Pruritic papular eruption, Cytomegalovirus และ Herpes zoster อุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสค่อนข้างสูงในผู้ที่ใช้สวัสดิการข้าราชการ คือ 42.9/100 คน-ปี และพบว่าการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสนี้มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับสิทธิในการรักษาพยาบาล ($p = 0.204$)

6. ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแบบมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศ และมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (Heterosexual/ Homosexual) และ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแบบการรับเลือด, การติดยาเสพติดแบบฉีดเข้าเส้นเลือด และการสัมผัสกับเลือดและสารน้ำของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และ ผู้ป่วยโรคเอดส์ (Blood Tx/IVDU/ Expose blood&secretion) มีการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่คล้ายกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็น Oral candidiasis รองลงมาเป็น Pruritic papular eruption และ Tuberculosis อุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแบบการรับเลือด, การติดยาเสพติดแบบฉีดเข้าเส้นเลือด และการสัมผัสกับเลือดและสารน้ำของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และ ผู้ป่วยโรคเอดส์ เท่ากับ 62.7 /100 คน-ปี ในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแบบมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศ และเพศเดียวกัน เท่ากับ 34.3/100 คน-ปี และการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสนี้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และ ผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.018$) โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแบบการรับเลือด, การติดยาเสพติดแบบฉีดเข้าเส้นเลือด และการสัมผัสกับเลือดและสารน้ำของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และ ผู้ป่วยโรคเอดส์มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ตั้งแต่ เดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม 2539 จำนวน 738 คน (ทุกคน) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายถึงร้อยละ 72.6 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ มีอายุระหว่าง 26-35 ปี มากที่สุด ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์สูงสุด โดยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวนี้มีความคล้ายคลึงกันทั้ง 3 โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์ ในประเทศไทย ของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข⁽³⁾ ระยะเวลาที่รู้ว่ามีอาการติดเชื้อจนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มีค่ามัธยฐาน 2 เดือน โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0-1 เดือน (ร้อยละ 40.5) เนื่องจากว่าบางรายไม่เคยรู้มาก่อนว่าตนเองติดเชื้อเอช ไอ วี เมื่อมารับการรักษาและรู้จากผลเลือดว่ามีการติดเชื้อแพทย์ก็เริ่มให้การรักษาทันที

จากการติดตามการรักษาของผู้ป่วยทุกคนจากเวชระเบียน พบว่ายังคงมีผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องถึงเดือนพฤศจิกายน 2542 ร้อยละ 29.7 มีผู้ป่วยขาดการรักษาติดต่อกันนานกว่า 2 เดือน ร้อยละ 42.0 แพทย์เห็นสมควรให้หยุดการรักษา ร้อยละ 12.0 ผู้ป่วยหยุดการรักษาเองร้อยละ 3.5 ย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นย้ายไปอยู่ที่อื่น ร้อยละ 3.8 และเสียชีวิต ร้อยละ 7.0

จากการติดตามผู้ป่วยทั้งหมด โดยดูจากเวชระเบียน สอบถามจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลญาติ เพื่อน และทะเบียนราษฎร พบว่ายังมีชีวิตอยู่ร้อยละ 49.7 และเสียชีวิตแล้ว ร้อยละ 23.7 ดังนั้นอาจจะเชื่อได้ว่า การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มีผลในการยืดอายุของผู้ป่วย^(7,8,9,10)

กลุ่มผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ เมื่อเริ่มได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนใหญ่อยู่ในระยะเป็นโรคเอดส์ (ร้อยละ 70.1) รองลงมาเป็นระยะติดเชื้อที่ไม่ปรากฏอาการ (ร้อยละ 26.8) และระยะติดเชื้อที่ปรากฏอาการ (ร้อยละ 4.1) หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แล้ว ร้อยละ 74.4 อยู่ในระยะเป็นโรคเอดส์ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงระยะของการติดเชื้อในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยที่การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากการที่มี Disease progression⁽¹³⁾ และมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ CD4+cell⁽¹⁴⁾

มีผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ร้อยละ 45.4 มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้น โดยที่เกิดอาการ 1 ครั้ง ร้อยละ 81.5, 2 ครั้ง ร้อยละ 14.6 และ 3 ครั้ง ร้อยละ 3.9 โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบ 5 อันดับแรกก็คือ

1. Oral candidiasis ร้อยละ 27.3 อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 9.6 /100 คน-ปี Median CD4+ cell = 40 cells/cu.mm (Min-Max = 0-460)
2. Pruritic papular eruption ร้อยละ 16.3 อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 5.7 /100 คน-ปี Median CD4+ cell = 90 cells/cu.mm (Min-Max = 8-220)
- 3 Tuberculosis ร้อยละ 15.1 อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 5.3 /100 คน-ปี Median CD4+ cell = 80 cells/cu.mm (Min-Max = 0-460)
4. Cryptococcosis ร้อยละ 12.5 อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 4.4 /100 คน-ปี Median CD4+ cell = 20 cells/cu.mm (Min-Max = 0-250)
5. Herpes zoster ร้อยละ 8.6 อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 3.0 /100 คน-ปี Median CD4+ cell = 90 cells/cu.mm (Min-Max = 10-465)

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Chaison RE และ Moore RD⁽⁵⁷⁾ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบ 5 อันดับแรกก็คือ

1. Candida esophagitis อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 13.3 /100 คน-ปี Median CD4+ cell = 79 cells/cu.mm
2. Primary *Pneomocystis carinii* pneumonia อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 8.9/100 คน-ปี Median CD4+ cell = 79 cells/cu.mm.
- 3 *Mycobacterium avium* complex อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 7.4/100 คน-ปี Median CD4+ cell = 29 cells/cu.mm.
4. Cytomegalovirus อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 6.9/100 คน-ปี Median CD4+ cell = 37 cells/cu.mm.
5. Secondary *Pneomocystis carinii* pneumonia อุบัติการณ์ของโรค เท่ากับ 5.1 /100 คน-ปี Median CD4+ cell = 34 cells/cu.mm.

จากการศึกษานี้จะเห็นว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในคนไทยต่างกับคนในสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้เนื่องจาก ลักษณะทางประชากรและการที่อยู่ในภูมิภาคที่ต่างกันก็จะพบเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคที่ต่างกันได้ (ตารางที่ 56)

ตารางที่ 56 เปรียบเทียบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบใน 5 อันดับแรก ในการศึกษาครั้งนี้
กับ Chaison RE

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	
การศึกษานี้	Chaison RE
① Oral candidiasis	① Candida esophagitis
② Pruritic papular eruption	② Primary <i>Pneomocystis carinii</i> pneumonia
③ Tuberculosis	③ <i>Mycobacterium avium</i> complex
④ Cryptococcosis	④ Cytomegalovirus
⑤ Herpes zoster	⑤ Secondary <i>Pneomocystis carinii</i> pneumonia

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสส่วนใหญ่จะเป็นในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะโรคเอดส์ ทั้งนี้เนื่องจากระดับภูมิคุ้มกันที่ต่ำลง ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่าย โดยส่วนใหญ่พบว่ามีอาการของ Oral candidiasis ร้อยละ 26.6 สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะที่ปรากฏอาการ ก็พบว่าส่วนใหญ่มีอาการของ Oral candidiasis เช่นเดียวกัน ซึ่ง Klein RS. และคณะ⁽⁷⁵⁾ พบว่า Oral candidiasis มักเริ่มพบในผู้ป่วยที่มีระดับ CD4+ cell มากกว่า 300 cells/cu.mm และอุบัติการณ์การเกิด Oral candidiasis จะสูงขึ้นเมื่อ CD4+ cell น้อยกว่า 200 cells/cu.mm. และเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส กับระยะของการติดเชื้อพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งแสดงว่าผู้ที่อยู่ในระยะโรคเอดส์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากกว่าระยะของการติดเชื้ออื่น ๆ

การติดตามข้อมูลด้านการรักษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้รับการรักษาในสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดเดียวถึงร้อยละ 60.7 และส่วนใหญ่อยู่ในระยะโรคเอดส์ 51.4 เอดส์ ได้รับการรักษาในสูตรยาต้านไวรัสเอดส์สองชนิดพร้อมกัน ร้อยละ 17.8 และส่วนใหญ่อยู่ในระยะไม่ปรากฏอาการร้อยละ 10.2 และยาต้านไวรัสเอดส์สามชนิดพร้อมกัน ร้อยละ 0.1 (1 คน) และเมื่อรักษาไปได้ระยะหนึ่ง ผู้ป่วยบางคนมีการเปลี่ยนแปลงสูตรการรักษาจากยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดเดียวเป็นยาต้านไวรัสเอดส์สองชนิดพร้อมกัน หรือ จากสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดเดียวเป็นยาต้านไวรัสเอดส์สามชนิดพร้อมกัน หรือ จากสูตรยาต้านไวรัสเอดส์สองชนิดพร้อมกันเป็นยาต้านไวรัสเอดส์สามชนิดพร้อมกัน หรือ จากสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดเดียวเป็นยาต้านไวรัสเอดส์สองชนิดพร้อมกัน

และเป็นยาด้านไวรัสเอดส์สามชนิดพร้อมกัน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระยะโรคเอดส์ร้อยละ 11.3 อุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสพบสูงในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาในสูตรยาด้านไวรัสเอดส์ชนิดเดียวคือ 60/100 คน-ปี สำหรับอุบัติการณ์การเกิดโรคในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาด้านไวรัสเอดส์สองชนิดพร้อมกัน และผู้ที่เปลี่ยนแปลงสูตรยาร่วมกับการรักษาด้วยสูตรยาด้านไวรัสเอดส์สามชนิดพร้อมกัน เท่ากับ 10/100 คน-ปี และ 20/100 คน-ปี ตามลำดับ โดยผลการศึกษาในโครงการ ACTG 175⁽³⁵⁾ พบว่า การรักษาด้วยยา AZT+ddi และ AZT+ddC ซึ่งเป็นสูตรยาที่ให้แบบสองชนิดพร้อมกัน ให้ผลดีกว่า การให้ AZT เพียงตัวเดียว ในการป้องกันการลดลงของระดับ CD4+ cell หรือการเกิดโรคเอดส์ หรือการเสียชีวิต สำหรับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่พบในรูปแบบต่าง ๆ ของการรักษา มีลักษณะคล้ายกัน โดยใน 5 อันดับแรกได้แก่ Oral candidiasis, Cryptococcosis, Tuberculosis, Pruritic papular eruption และ Herpes zoster เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคกับรูปแบบของการรักษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กล่าวคือ การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ชนิดเดียวในระยะที่เป็นโรคเอดส์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากกว่า การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์สองชนิดพร้อมกัน หรือการเปลี่ยนแปลงสูตรยา เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ เป็นการได้จากการตัดสินใจของแพทย์ผู้รักษา ไม่ใช่จากการ randomization จึงทำให้เกิดมี selection effect ได้

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึง 10 เดือน อุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสค่อนข้างสูงคือ 160.7/100 คน-ปี และลดลงไปเรื่อย ๆ เมื่อการรักษานานขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประสิทธิภาพของยาด้านไวรัสเอดส์จะยับยั้งหรือออกฤทธิ์ด้านการแบ่งตัวของเชื้อเอช ไอ วี ได้ ทำให้จำนวนไวรัสในร่างกายลดลง ระดับ CD4+ cell จะเพิ่มสูงขึ้น และเมื่อได้รับการรักษาไปตลอด โอกาสที่ไวรัสจะเพิ่มจำนวนก็มีย่นลงไปเรื่อย ๆ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ เกียรติ รัชชธรรม และคณะ⁽³⁶⁾ ที่ศึกษาเปรียบเทียบความปลอดภัยและผลของการรักษาด้วยยา d4T+ddi และ ddi ในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มี CD4+ cell 150-300 cell/cu.mm. พบว่าระดับ CD4+ cell ในการรักษาสัปดาห์ที่ 48 สูงกว่าระดับ CD4+ cell ในการรักษาสัปดาห์ที่ 24 ซึ่งทำให้มีผลต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และอีกประการหนึ่งก็คือจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงเนื่องจากเสียชีวิตในระยะที่เป็นโรคเอดส์ ทำให้เหลือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะติดเชื้อปรากฏอาการและไม่ปรากฏอาการมากขึ้นก็อาจมีผลทำให้จำนวนการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลงเมื่อการรักษานานขึ้น สำหรับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่พบในระยะต่าง ๆ ของการติดตามการรักษามีลักษณะคล้ายกัน โดยใน 5 อันดับแรก ได้แก่ Oral candidiasis, Pruritic papular eruption, Cryptococcosis, Tuberculosis และ Herpes zoster และพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสกับระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วย

ยาต้านไวรัสเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กล่าวคือระยะเวลาการรักษาานานขึ้นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอาจจะมีน้อยลง

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสกับระดับ CD4+ cell พบว่ามีระดับ CD4+ cell ในขณะที่ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจำนวน 126 ครั้ง (ร้อยละ 38.9) จึงนำระดับ CD4+ cell ที่มีบันทึกไว้ในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสคือก่อนและหลังการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 1, 2, และ 3 เดือน จำนวน 198 ครั้ง (ร้อยละ 61.1) มาวิเคราะห์ร่วมด้วย เมื่อได้จำแนกระดับ CD4+ cell ออกเป็น 3 ระดับ ตามที่กำหนดโดยศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา⁽³⁸⁾ พบว่าส่วนใหญ่โรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีระดับ CD4+ cell ต่ำกว่า 200 cells/cu.mm. ทั้งนี้เพราะว่าเมื่อภูมิคุ้มกันถูกทำลายจนเหลือน้อยกว่า 200 cells/cu.mm. ถือว่าเข้าสู่ระยะภูมิคุ้มกันที่บกพร่องอย่างรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งมะเร็งบางชนิดในอัตราที่สูงขึ้น จากการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาด้วย AZT+ddl หรือ AZT+ddC กับ AZT ในผู้ป่วยที่มีระดับ CD4+ cell ต่ำกว่า 200 cells/cu.mm. ของ Saravolatz LD. และคณะ⁽³⁶⁾ พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร้อยละ 70 และการรักษาผู้ป่วยในระยะที่รุนแรงในสูตรยาดังกล่าวไม่ได้ทำให้การเกิด disease progression ช้าลง และไม่ได้ช่วยยืดอายุของผู้ป่วย โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในระดับ CD4+ cell ต่ำกว่า 200 cells/cu.mm. และ ระดับ CD4+ cell เท่ากับ 200-499 cells/cu.mm. มีลักษณะคล้ายกัน ใน 5 อันดับแรก คือ Oral candidiasis, Pruritic papular eruption, Tuberculosis, Cryptococcosis และ Herpes zoster

ส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 74.1) และส่วนใหญ่ผู้ที่ได้รับยาป้องกันอยู่ในระยะเป็นโรคเอดส์ (ร้อยละ 62.4) ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้รับยาป้องกัน *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP) มากที่สุด (ร้อยละ 70.4) ซึ่งในกลุ่มนี้ มีพัฒนาการการเกิด *Pneumocystis carinii* pneumonia ร้อยละ 3.1 ในการศึกษาของ Chaison RE.⁽⁵⁷⁾ พบว่าแม้จะมีการให้ PCP prophylaxis ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งจะช่วยลดการเกิด *Pneumocystis carinii* pneumonia ลง แต่ร้อยละ 25.0 ของผู้ป่วยก็จะเกิดอาการของ *Pneumocystis carinii* pneumonia ภายในระยะเวลา 2 ปี การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดอื่นในกลุ่มที่ได้รับ PCP prophylaxis มีมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาป้องกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ที่ได้รับ PCP prophylaxis อยู่ในระยะเป็นโรคเอดส์ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยาป้องกัน ซึ่งเป็นระยะที่ระดับภูมิคุ้มกันต่ำและเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย เมื่อเปรียบเทียบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดในกลุ่มที่ได้ PCP prophylaxis และไม่ได้ยาป้องกัน ใน 3 อันดับแรก คือ Oral candidiasis ร้อยละ 29.1 vs 17.5, Pruritic papular eruption ร้อยละ 16.9 vs 15.0, Tuberculosis ร้อยละ 15.4 vs 12.5 จะคล้ายกับลักษณะที่พบในการศึกษาของ Donald R. และ

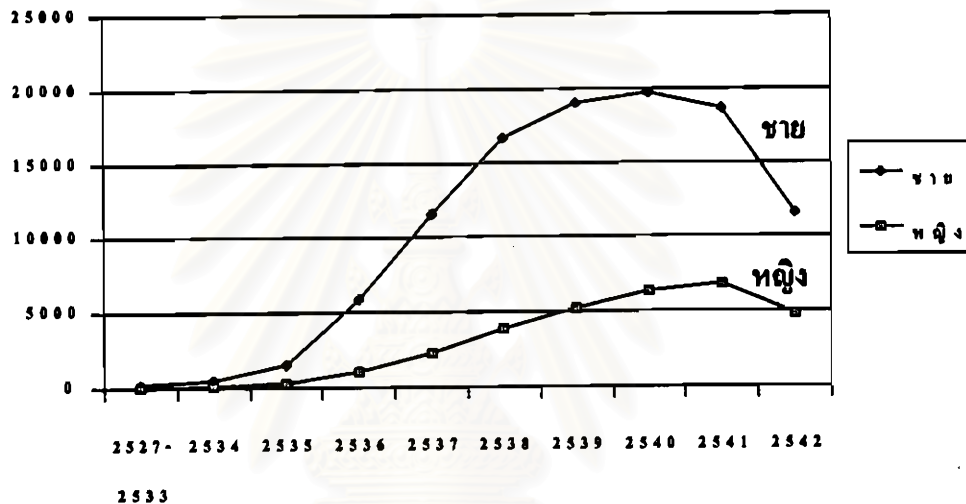
คณะ⁽⁷⁷⁾ แต่โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบนั้นแตกต่างกัน กล่าวคือในผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ CD4+ cell ต่ำกว่า 100 และ 200 cells/cu.mm. และได้รับ PCP prophylaxis เมื่อเปรียบเทียบการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ที่ไม่ได้รับยาป้องกัน ที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ CD4+ cell สูงกว่า 100 และ 200 cells/cu.mm. พบว่า มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 4 โรค เกิดขึ้นในผู้ที่ได้ PCP prophylaxis และเกิดขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยาป้องกัน คือ *Mycobacterium avium* complex ร้อยละ 13.0 vs 1.8, Wasting syndrome ร้อยละ 10.9 vs 0.8 Cytomegalovirus ร้อยละ 9.4 vs 3.1 และ Esophageal candidiasis ร้อยละ 9.4 vs 5.0

สำหรับในกลุ่มที่ได้ยาป้องกัน *Pneumocystis carinii* pneumonia และ Cryptococcosis ก็ยังคงมี *Pneumocystis carinii* pneumonia เกิดขึ้น ร้อยละ 14.3 และ Cryptococcosis ร้อยละ 28.6 ทั้งนี้อาจเนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในระยะเป็นโรคเอดส์ ซึ่งโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสค่อนข้างสูง ในกลุ่มที่ได้รับยาป้องกัน PCP และ Oral candidiasis ไม่พบว่าเกิด *Pneumocystis carinii* pneumonia แต่พบว่าเกิด Oral candidiasis 2 ราย ในกลุ่มที่ได้รับยาป้องกัน วัณโรคพบว่าเกิดวัณโรค 1 ราย ซึ่งจากการศึกษาการให้ยาป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ของ Ray R. และคณะ⁽⁷⁸⁾ พบว่า การให้ยาป้องกันวัณโรคทั้ง 3 วิธี คือ rifampicin/isoniazid นาน 3 เดือน, rifampicin/pyrazinamide นาน 2 เดือน และ isoniazid นาน 6 เดือน ไม่ได้ให้ผลดีกว่าการที่ไม่ได้รับยาป้องกันเมื่อติดตามผู้ป่วยไปนาน 18 เดือน เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสกับการได้รับยาและไม่ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.036$) กล่าวคือ แม้ว่าจะได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่ผู้ป่วยในระยะโรคเอดส์ก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากกว่า การที่ไม่ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

จากการศึกษาข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาล และพฤติกรรมเสี่ยง กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ชาย (42.1/100 คน-ปี) สูงกว่าผู้หญิง (23.5/100 คน-ปี) และยังพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งดูเหมือนว่าผู้ชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากกว่าผู้หญิง แต่ทั้งนี้อาจจะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย กล่าวคือระยะของการติดเชื้อเอช ไอ วี โดยเพศชายอาจจะติดเชื้อมานานกว่า เนื่องจากการระบาดเกิดในผู้ชายก่อนผู้หญิง จึงมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนผู้หญิงและเกิดในจำนวนที่มากกว่า จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยก็พบว่าเกิดโรคเอดส์ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงเช่นเดียวกัน⁹ (ภาพที่ 4) ซึ่งความแตกต่างทางเพศและการดำเนินโรคนั้น การศึกษาในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่พบว่าเพศหญิงมีการ

ดำเนินโรคที่รุนแรงกว่าเพศชายและมีอัตราการตายที่สูงกว่า^(79,80,81) แต่อย่างไรก็ตามเชื่อว่าอาจเป็นผลมาจากการด้อยโอกาสต่อการเข้ารับการรักษและในการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ สำหรับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในผู้หญิงและผู้ชาย คล้ายคลึงกันคือส่วนใหญ่จะมีอาการ Oral candidiasis รองลงมาเป็น Tuberculosis, Pruritic papular eruption, Cryptococcosis และ Herpes zoster

ภาพที่ 8 แสดงร้อยละของผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามเพศ



อุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส พบสูงในกลุ่มอายุที่มากกว่า 55 ปี (44.1/100 คน-ปี) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 46-55 ปี (39.0/100 คน-ปี), 36-45 ปี (37.1/100 คน-ปี), 26-35 ปี (36.5/100 คน-ปี) และ 18-25 ปี (27.7/100 คน-ปี) ตามลำดับอายุและลำดับอุบัติการณ์ เมื่อพิจารณาแล้วอาจจะเนื่องจากผู้ที่มีอายุมากการทำงานในระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เมื่อติดเชื้อเอช ไอ วี ก็ทำให้มีโอกาสติดเชื้อโรคอื่น ๆ ได้ง่าย ในเรื่องของอายุและการดำเนินของโรคนี้ ในการศึกษาของ Sabin CA และคณะ⁽⁸²⁾ ก็พบว่าอายุยิ่งมากจะยิ่งมีการดำเนินโรคที่เร็วกว่าอายุที่น้อย

ในการศึกษานี้พบว่า อายุของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น มีแนวโน้มต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่ความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.339$) และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในทุกกลุ่มอายุมีลักษณะคล้ายกัน โดยส่วนใหญ่พบ Oral candidiasis รองลงมาเป็น Pruritic papular eruption, Tuberculosis, Cryptococcosis และ Herpes zoster

สำหรับสถานภาพสมรส พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสสูงในผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ (37.1/100 คน-ปี) ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งใน

ผู้ชายไทยที่มีประวัติติดเชื้อเอช ไอ วี มี เพศสัมพันธ์ กับภรรยาโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้เป็นบางครั้งถึงร้อยละ 32⁽⁸³⁾ ทำให้มีโอกาสรับเชื้อเพิ่มขึ้นอีก แต่จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส พบว่าสถานภาพสมรสก็มีแนวโน้มต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่ความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.270$) โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในสถานภาพสมรสคู่ และโสด มีลักษณะคล้ายกัน คือ ส่วนใหญ่พบ Oral candidiasis รองลงมาเป็น Pruritic papular eruption, Tuberculosis, Cryptococcosis และ Herpes zoster สำหรับผู้ที่อยู่ในสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก พบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสค่อนข้างน้อย

ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสค่อนข้างสูงในผู้ที่มีอาชีพงานบ้าน (55.3/100 คน-ปี) รองลงมาเป็นอาชีพนักศึกษา (48.8/100 คน-ปี), อาชีพรับราชการ (43.9/100 คน-ปี), อาชีพรับจ้าง (35.4/100 คน-ปี) และไม่มีอาชีพ (34.4/100 คน-ปี) เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส พบว่าอาชีพก็มีแนวโน้มต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่ความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.209$) สำหรับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบคล้ายกันเกือบทุกกลุ่มอาชีพ โดยส่วนใหญ่จะมีอาการ Oral candidiasis รองลงมาเป็น Tuberculosis, Pruritic papular eruption, Cryptococcosis และ Herpes zoster

ทางด้านการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสสูงในกลุ่มที่ใช้สิทธิของสวัสดิการข้าราชการ (42.9/100 คน-ปี) กลุ่มที่ขอสงวนสงเคราะห์ร่วมกับได้รับยาฟรีในโครงการศึกษาวิจัย พบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสรองลงมา (41.6/100 คน-ปี) เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิในการรักษาพยาบาลกับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสปรากฏว่าสิทธิในการรักษาพยาบาลก็มีแนวโน้มต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเช่นเดียวกัน แต่ความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.204$) โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง กลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองร่วมกับขอสงวนสงเคราะห์/กลุ่มที่ขอสงวนสงเคราะห์ร่วมกับได้รับยาฟรีในโครงการศึกษาวิจัย กลุ่มที่ใช้สวัสดิการข้าราชการ และกลุ่มที่ใช้บัตรสุขภาพและบัตรผู้มีรายได้น้อย มีลักษณะไม่แตกต่างกัน คือส่วนใหญ่มีอาการ Oral candidiasis รองลงมาเป็น Cryptococcosis, Tuberculosis, Pruritic papular eruption และ Herpes zoster

ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแบบการรับเลือด, การติดยาเสพติดแบบฉีดเข้าเส้นเลือด และการสัมผัสกับเลือดและสารน้ำของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และ ผู้ป่วยโรคเอดส์ (Blood Tx/IVDU/ Expose blood&secretion) มีอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสค่อนข้างสูง (62.7/100 คน-ปี) สำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแบบมีเพศสัมพันธ์กับต่างประเทศ และมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (Heterosexual/ Homosexual) พบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเท่ากับ 34.3/100 คน-ปี และพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.018$) กล่าวคือ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแบบการรับเลือด, การติดยาเสพติดแบบฉีดเข้าเส้นเลือด และการสัมผัสกับเลือดและสารน้ำของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และ ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสสูงกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแบบมีเพศสัมพันธ์กับต่างประเทศ และมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในทั้ง 2 กลุ่มก็มีลักษณะคล้ายกัน คือ ส่วนใหญ่เป็น Oral candidiasis รองลงมาเป็น Pruritic papular eruption, Tuberculosis, Cryptococcosis และ Herpes zoster

(หมายเหตุ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงได้จากการที่ลงบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่มีลงบันทึกไว้จะใส่ไว้ในกลุ่มที่ไม่มีข้อมูล)

จากการสัมภาษณ์แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง โดยสัมภาษณ์โรงพยาบาลละ 2 คน เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง มีลักษณะของการจัดระบบบริการที่คล้ายกัน (ภาคผนวก ก, แผนภูมิที่ 4, 5, 6 และ 7) คือ มีการจัดทีมงานในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร Counsellor และ lab

การดูแลรักษาทางแพทย์ (Medical care) มีการตรวจการติดเชื้อเอช ไอ วี ตรวจระดับ CD4+ cell การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส บางแห่งมี Alternative care มีการส่งต่อรักษาในโรงพยาบาลและนอกพยาบาลโดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบ

การดูแลด้านสังคมจิตวิทยา (Psychosocial support) มีบริการให้คำแนะนำปรึกษา ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ และอารมณ์ มีการติดตามผู้ป่วยให้ได้รับคำแนะนำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

การดูแลทางด้านการดำรงชีวิตและบริการทางสังคมต่าง ๆ (Social service) โดยสนับสนุนนมผงให้ในแม่ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ช่วยเหลือเด็กเรื่องการศึกษา ประสานกับองค์กรเอกชน กรมประชาสงเคราะห์ และแรงงานจังหวัด เพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรที่อาจมีผลต่อการดูแลรักษา ในผู้ป่วยที่สูงอายุจะมีปัญหาในเรื่องการมาติดตามการรักษา การช่วยเหลือตนเอง และโรคประจำตัว เพศชายดูแลง่ายกว่าหญิง

ผู้ที่ไม่มีอาชีพจะมีปัญหาเรื่องค่ารักษา ผู้ที่มีครอบครัวจะมีคนคอยดูแลเอาใจใส่ แต่จะมีปัญหาในการบอกเรื่องการติดเชื้อ สำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแบบติดยาเสพติดจะรักษาค่อนข้างยากเนื่องจากผู้ป่วยไม่ค่อยมาติดตามการรักษา

การดูแลที่เป็นระบบดังกล่าวนี้เป็นวิวัฒนาการของการดูแลรักษา ที่สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่จะเพิ่มมากขึ้นต่อไปได้ในอนาคต และอาจจะช่วยให้การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสน้อยลง เนื่องจากมีการดูแลรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้ตระหนักต่อการมาติดตามดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ เกิดประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีขึ้น และข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยก็สามารถนำมาประกอบในการพิจารณาให้การดูแลรักษาได้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานทางการดูแลรักษาและลักษณะทางประชากรของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปใช้วางแผนในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ และใช้ประโยชน์ในการค้นหาและติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่อไป

1. จากการศึกษาพบว่าโรคติดเชื้อฉวยโอกาสส่วนใหญ่จะเป็นในผู้ป่วยโรคเอดส์ ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แล้วก็ตาม เนื่องจากเป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันเหลืออยู่ค่อนข้างน้อย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้การรักษาผู้ป่วยควรพิจารณาให้คำแนะนำผู้ป่วยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การสังเกตอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งการกินยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. รูปแบบของการรักษา จากการศึกษาพบว่า การรักษาในสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดเดี่ยว อุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสค่อนข้างสูง ซึ่งการรักษาในสูตรยาต้านไวรัสเอดส์สองชนิดพร้อมกัน พบอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่ำกว่ามาก ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้สามารถนำไปพิจารณาในการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ว่าควรให้การรักษาด้วยสูตรยาตั้งแต่สองชนิดขึ้นไป และควรเริ่มการรักษาก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะเป็นโรคเอดส์ เนื่องจากพบว่าเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากในระยะที่เป็นโรคเอดส์และเป็นโรคที่รุนแรง ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก

3. การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก็เช่นเดียวกัน ก็ควรพิจารณาให้ในระยะที่ปรากฏอาการ (Symptomatic) เพราะถ้าให้ในระยะที่เป็นโรคเอดส์แล้ว โอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก็ยังมีค่อนข้างสูง

4. ในข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาล และพฤติกรรมเสี่ยง อาจจะมีแนวโน้มต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ควรคำนึงถึงปัจจัยทางลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยด้วย

5. หน่วยงานที่รับผิดชอบหรือมีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยงานให้มีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เพื่อจะได้นำความรู้นี้ไปแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยในขณะที่ได้รับการรักษา

6. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร ว่ามีแนวโน้มต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างไร อะไรเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพราะข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อไป

7. ในการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้เป็นแบบ bivariate เท่านั้น ซึ่งต้องดำเนินการวิเคราะห์แบบ multivariate เพื่อให้ได้ผลที่ชัดเจนยิ่งขึ้นต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย